

**PREFEITURA
DE GOIÂNIA****Secretaria Municipal de Saúde****PORTARIA Nº 580/2021**

Institui, no âmbito da Secretaria de Saúde do Município de Goiânia, a Linha de Cuidado Integral às Vítimas de Tentativas de Suicídio (LIVITS).

O SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE DE GOIÂNIA, no uso de suas atribuições legais e regulamentares, conferidas pela Lei Complementar nº 335, de 01 de janeiro de 2021, e pelo Decreto Municipal nº 017/2021 e,

Considerando os Art. 196 a 200 da Constituição Federal de 1988 (CF/88);

Considerando a Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, que instituiu a obrigatoriedade dos profissionais de saúde ou responsáveis pelos serviços públicos e privados de saúde, que prestam assistência à saúde de realizarem as notificações compulsórias;

Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes;

Considerando a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde;

Considerando a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que instituiu o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que trata da comunicação obrigatória ao Conselho Tutelar das violências cometidas contra crianças e adolescentes;

Considerando a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;

Considerando a Lei nº 10.778, de 24 novembro de 2003 e Decreto-Lei nº 5.099 de 03 de junho de 2004, que instituiu a notificação compulsória de violência contra a mulher em serviços de saúde públicos e privados;

Considerando a Lei nº 12.461, de 26 de julho de 2011, que altera a Lei nº 10.741, de 01 de outubro de 2003, para estabelecer a notificação compulsória dos atos de violência praticados contra a pessoa idosa atendida em serviço de saúde;

Considerando a Lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015, que institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência) e a notificação compulsória de violência contra pessoas com deficiência;



Considerando a Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019, que institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio;

Considerando a Portaria MS nº 737/GM, de 16 de maio de 2001 que institui a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Violências e Acidentes;

Considerando a Portaria GM/MS nº 936 de 2004, que instituiu a Rede Nacional de Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde;

Considerando a Portaria MS/GM nº 1.356, de 23 de junho de 2006, que implantou a Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) no SUS;

Considerando a Portaria MS/GM nº 1.876, de 14 de agosto de 2006, que instituiu as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio;

Considerando a Portaria MS/GM nº 1600, de 7 de julho de 2011 que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no sistema Único de Saúde;

Considerando a Portaria de Consolidação nº 03, Anexo V, de 28 de setembro de 2017, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) - Portaria MS/GM nº 3.088/2011;

Considerando a Portaria MS/GM nº 264, de 17 de fevereiro de 2020, que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública, reiterando a notificação compulsória de violências interpessoais e autoprovocadas nos serviços de saúde públicos e privados;

Considerando a Portaria de Consolidação do Ministério da Saúde nº 02, de 28 de setembro de 2017, Anexo I, que atualiza a Política Nacional de Promoção de Saúde (revisada e publicada pela Portaria GM/MS nº 2.446, de 11 de novembro de 2014);

Considerando a Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil: 2017 a 2020;

Considerando a Portaria SMS Goiânia nº 598, de 09 de dezembro de 2020, que institui a Política Municipal de Promoção e Atenção ao Desenvolvimento Infantil Saudável, Promoção da Saúde Mental e Prevenção de Violências de Goiânia;

Considerando a Portaria SMS Goiânia nº 600, de 09 de dezembro de 2020, que institui a Política Municipal de Promoção da Saúde de Goiânia;

**PREFEITURA
DE GOIÂNIA****Secretaria Municipal de Saúde**

Considerando os relatórios finais da 16ª Conferência Nacional de Saúde, da 9ª Conferência Estadual de Saúde de Goiás e da 10ª Conferência Municipal de Saúde de Goiânia, ocorridas em 2019;

Considerando o Plano Municipal de Saúde para o período 2018-2021 da SMS Goiânia, que na Diretriz 3 (Redução e prevenção dos riscos e agravos à saúde da população por meio da promoção da saúde, da vigilância de doenças crônicas não transmissíveis, doenças transmissíveis, acidentes e violências), no Objetivo 3.1, que trata da necessidade de fortalecer, ampliar e potencializar as ações de vigilância epidemiológica e de promoção da saúde no município), cujos itens 3.1.4. e 3.1.6 tratam de “Fortalecer as Notificações de Violências Interpessoais e Autoprovocadas” e de “Implementar a vigilância de tentativas de suicídio com o monitoramento em 24 horas”, respectivamente;

Considerando que cabe à esfera municipal a responsabilidade de promover, implantar e implementar políticas públicas para o enfrentamento das violências autoprovocadas e a atenção e proteção às vítimas em articulação intra e intersetorial e com participação do controle social.

RESOLVE:

Art. 1º - Instituir, na forma do anexo a esta Portaria, a **Linha de Cuidado Integral às Vítimas de Tentativas de Suicídio (LIVITS)** e as estratégias para sua implantação e implementação na Rede de Atenção à Saúde do SUS, no município de Goiânia.

Art. 2º - Esta Portaria entra em vigência a partir da sua publicação.

GABINETE DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, aos 22 dias do mês de outubro de 2021.

Durval Ferreira Fonseca Pedroso
Secretário Municipal de Saúde

www.goiania.go.gov.br



ANEXO I

LINHA DE CUIDADO INTEGRAL ÀS VÍTIMAS DE TENTATIVAS DE SUICÍDIO (LIVITS)

I. INTRODUÇÃO

Segundo a OMS, 2002, “violência é o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação” (KRUG et al., 2002). A OMS classifica as violências segundo a tipologia em três grandes grupos, conforme, o(a) autor(a) que comete o ato violento: violência contra si mesmo (autoprovocada ou autoinfligida); violência interpessoal (intrafamiliar, doméstica e comunitária) e violência coletiva (grupos políticos, organizações terroristas, milícias).

Dentre as violências autoprovocadas ou autoinfligidas, tem-se as automutilações, os autoflagelos, que buscam provocar dor ou aliviar “a dor da alma”; as tentativas de suicídio, que se configuram como a tentativa do autoextermínio, sem o desfecho pretendido; e o suicídio, que tem o óbito como consequência, assim o suicídio se configura como um problema de saúde pública, que demanda a atenção de toda a sociedade, porém esse tema ainda é um tabu em alguns ambientes, pois carrega a ideia da morte e do fracasso.

O suicídio tem comportamentos que expressam uma série de fenômenos ligados ao suicídio, dos quais os mais relevantes são o suicídio propriamente dito e a tentativa de suicídio. Esse comportamento pode se apresentar de maneira progressiva, podendo ir da ideação suicida, ameaças de suicídio, planejamento suicida, que podem ter o desfecho do suicídio ou não. A pessoa que, frequentemente, pensa em se matar, pode não buscar o serviço de saúde mental. Ela tenta falar sobre estes pensamentos com seus parentes, conhecidos ou com profissionais de serviços de saúde, como os da Atenção Primária em Saúde (APS), que de certa maneira deveriam ser os mais acessíveis a ela (BOTEGA, 2014).

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002) cita que o suicídio é definido como uma violência auto infligida, iniciada e levada até o fim por uma pessoa com a expectativa de um resultado fatal. É um agravo que apresenta muitos fatores desencadeadores associados, e que sua execução sofre influências da cultura do indivíduo e seu meio, do momento histórico vivido e do grupo social o qual a pessoa pertence (OMS, 2002). Para a OMS o suicídio é um evento prevenível e evitável por meio de políticas públicas intersetoriais e cuidado e seguimento das vítimas de tentativas de suicídio.

A tentativa de suicídio é considerada um transtorno multidimensional, que sofre influências de vários fatores como: ambientais, sociais, fisiológicos, genéticos e biológicos. Não é um ato aleatório, ele é realizado com um propósito. Existe o sofrimento insuportável e a ação é um meio de eliminar a dor (PARANÁ, 2018). É um fenômeno complexo, e a multicausalidade de fatores, sejam biológicos, psicológicos, sociais, ambientais e culturais, contribuem um com os outros (WHO, 2014). É um comportamento autolesivo com um desfecho não fatal, no qual há



Secretaria Municipal de Saúde

alguma evidência de que o indivíduo procurou o autoextermínio. Essas tentativas se configuram de maneiras diversas, podendo ser planejadas, ou cometidas de maneira impulsiva (WHO, 2014).

A OMS, 2002, aponta que entre 40 e 60% das pessoas que cometeram o suicídio consultaram um médico no mês anterior ao suicídio, destes, a maioria foi a um clínico geral, e não a um psiquiatra. Em países nos quais os serviços de saúde mental não têm a especificidade própria, a quantidade de pessoas em crises suicidas que procuram um médico, não psiquiatra, é possivelmente maior.

A automutilação é um comportamento de autodestruição oriundo de um desejo de se punir que pode ser inconsciente e apresenta grande impacto na vida do indivíduo. Franklin *et al.*, 2017, cita que algumas pessoas podem apresentar uma tolerância aumentada à dor em cada nova tentativa, o que pode ocasionar o aumento da gravidade das mutilações a cada novo episódio, mesmo que a intenção de morrer não esteja presente.

A ideação suicida refere-se a ideias e pensamentos sobre morrer, estar morto, ou se suicidar, isso pode abarcar um amplo campo de pensamento, que pode se apresentar de diferentes maneiras. Entretanto, alguns estudos mostram que a ideação suicida pode ser associada a um maior risco na tentativa do suicídio (PARANÁ, 2018).

A tentativa de suicídio é um evento de notificação compulsória imediata (BRASIL, 2014), assim as notificações devem ser feitas em 24 horas, por se configurar como campo de intervenções que devem ser rápidas visando a proteção da vida do indivíduo e de prevenção de novas tentativas.

O suicídio é considerado um tabu entre muitas pessoas. É um fenômeno silenciado ao longo dos anos pela sociedade, minimizando assim um grave problema de saúde pública. De acordo com a OMS, 2018, embora existam tratamentos eficazes para a depressão, um dos fatores precipitadores mais frequentes, menos da metade das pessoas com essa condição no mundo recebem tratamento. Isso se deve à falta de profissionais, à falta de diagnósticos, pela não percepção do médico na detecção dos sinais e sintomas sugestivos do quadro, de recursos para o tratamento e o próprio silêncio da sociedade.

O Brasil é um dos signatários dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável para o ano 2030 (ODS), sendo que, a taxa de mortalidade por suicídio é um indicador da meta 3.4. Até 2030, almeja-se reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis, via prevenção e tratamento, e promover a saúde mental e o bem-estar (OPAS, 2020).

No sentido de enfrentar esse grave problema de saúde pública, foi instituída a “Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio” por meio da Lei nº 13.819/2019 (BRASIL, 2019), que tem como objetivos:

- a. Promover a saúde mental;
- b. Prevenir a violência autoprovocada;
- c. Controlar os fatores determinantes e condicionantes da saúde mental;
- d. Garantir o acesso à atenção psicossocial das pessoas em sofrimento psíquico agudo ou crônico, especialmente daquelas com histórico de ideação suicida, automutilações e tentativa de suicídio;



- e. Abordar adequadamente os familiares e as pessoas próximas das vítimas de suicídio e garantir-lhes assistência psicossocial;
- f. Informar e sensibilizar a sociedade sobre a importância e a relevância das lesões autoprovocadas como problemas de saúde pública passíveis de prevenção;
- g. Promover a articulação intersetorial para a prevenção do suicídio, envolvendo entidades de saúde, educação, comunicação, imprensa, polícia, entre outras;
- h. Promover a notificação de eventos, o desenvolvimento e o aprimoramento de métodos de coleta e análise de dados sobre automutilações, tentativas de suicídio e suicídios consumados, envolvendo a União, os Estados, o Distrito Federal, os Municípios e os estabelecimentos de saúde e de medicina legal, para subsidiar a formulação de políticas e tomadas de decisão;
- i. Promover a educação permanente de gestores e de profissionais de saúde em todos os níveis de atenção quanto ao sofrimento psíquico e às lesões autoprovocadas.

A Agenda Estratégica para Prevenção do Suicídio do Ministério da Saúde (2010-2020) traz diretrizes e eixos para nortear as ações a serem desenvolvidas na prevenção do suicídio, como: Estratégias de promoção de qualidade de vida, de educação, de proteção e de recuperação da saúde e de prevenção de danos; Estratégias de informação, de comunicação e de sensibilização da sociedade de que o suicídio é um problema de saúde pública que pode ser prevenido; Organizar linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) em todos os níveis de atenção, garantindo o acesso às diferentes modalidades terapêuticas; Identificar a prevalência dos determinantes e condicionantes do suicídio e tentativas, assim como os fatores protetores; Projetos estratégicos fundamentados em estudos de custo-efetividade, eficácia e qualidade, bem como em processos de organização da rede de atenção e intervenções nos casos de tentativas de suicídio; Desenvolvimento de métodos de coleta e análise de dados, permitindo a qualificação da gestão, a disseminação das informações e dos conhecimentos; Promover intercâmbio entre o Sistema de Informações do SUS e outros sistemas de informações setoriais afins; e Promover a educação permanente dos profissionais de saúde das unidades de atenção primária, inclusive do PSF, dos serviços de saúde mental, das unidades de urgência e emergência, de acordo com os princípios da integralidade e da humanização. Nesta Agenda, tem-se os eixos de atuação:

- **Eixo I: Vigilância e Qualificação da Informação**
 - Qualificação da notificação de tentativa de suicídio, do registro de óbitos;
 - Estudos/pesquisas e disseminação de informações.
- **Eixo II: Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde**
 - Comunicação Social;
 - Articulação inter e intrasetorial de ações de promoção de saúde.
- **Eixo III: Gestão e Cuidado**
 - Pactuação de fluxos para os serviços de saúde locais com vistas à prevenção do suicídio e integralidade do cuidado;
 - Educação Permanente para qualificação das práticas dos profissionais de saúde na prevenção do suicídio.



Secretaria Municipal de Saúde

Nesse sentido, a SMS de Goiânia ressalta esse problema de saúde pública a ser enfrentado como uma das prioridades, com a implantação da **Linha de Cuidado Integral às Vítimas de Tentativas de Suicídio** e as estratégias para sua implementação na Rede de Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), no Município de Goiânia, em conformidade com os marcos legais e recomendações da OMS/OPAS.

II. SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

Estudos mostram que a associação entre o suicídio e a existência de transtornos mentais, nos indivíduos, é de mais de 90%. Entre os transtornos mentais associados ao suicídio, a depressão é a que mais se destaca. Os outros transtornos mentais com maior prevalência, que são citados na literatura associados ao suicídio, são os transtornos bipolares do humor, abuso de álcool, esquizofrenia e transtornos de personalidade (SANTA CATARINA, 2019).

Estimativas feitas pela WHO (2021) apontam o suicídio como uma das principais ocorrências de óbito em todo o planeta. Em uma comparação, mais pessoas morrem por suicídio do que HIV, malária, homicídio e câncer de mama. O suicídio foi a quarta maior causa de morte de jovens entre 15 e 29 anos precedido de mortes por acidentes de trânsito, tuberculose e violência interpessoal. Com relação ao sexo das vítimas, o relatório da OMS aponta que homens morrem por suicídio mais do que o dobro que as mulheres — sendo 12,6 homens e 5,4 mulheres vítimas de suicídio a cada 100 mil mortes.

No Brasil, nos anos de 2011 a 2016, foram notificados, no Sistema de Notificação de Agravos Notificáveis (SINAN), 176.226 eventos relativos à prática de lesão autoprovocada, sendo 116.113 (65,9%) casos em mulheres e 60.098 (34,1%) em homens. Com o recorte da tentativa de suicídio, identificaram-se 48.204 (27,4%) casos, sendo 33.269 (69,0%) em mulheres e 14.931 (31,0%) em homens (BRASIL, 2017).

No período de 2011 a 2015, foram registrados 55.649 óbitos por suicídio no Brasil, no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), com uma taxa geral de mortalidade por suicídio de 5,5/100 mil hab., variando de 5,3 em 2011 a 5,7 em 2015. O risco de suicídio no sexo masculino foi de 8,7/100 mil hab., sendo aproximadamente quatro vezes maior que o feminino (2,4/100 mil hab.). O enforcamento, a intoxicação exógena e as armas de fogo foram, nessa ordem, os meios mais utilizados para cometer o suicídio (BRASIL, 2017).

Nas tentativas de suicídio, com o CID-10 de intoxicação exógena, Goiás é o terceiro estado no Brasil com maior frequência no ano de 2017 (BRASIL, 2017).

Em Goiânia, no período de 2015 a 2020, foram notificados, no Sistema de Notificação de Agravos Notificáveis (SINAN-NET), 14.805 casos de violências interpessoais e autoprovocadas, na sua totalidade. Desse total, 9.497 foram de residentes de Goiânia (64%). Dentre esses, 2.587 (27,2%) foram relativos à prática de lesão autoprovocada, que inclui as automutilações e tentativas de suicídio. A maioria das vítimas são pessoas do sexo feminino. Percebe-se que o número de notificações/eventos é ascendente, apresentando um aumento de 503,6% de notificações de lesões autoprovocadas no sexo feminino e 372,6% no masculino, no período analisado. A maioria das vítimas são da raça/cor da pele negra. O principal local de ocorrência da violência é a



residência, tendo sido o meio mais utilizado o envenenamento, seguido de corte perfurocortante. Na faixa etária de 10 a 19 anos, o crescimento das tentativas de suicídio/automutilações foi de 578%; na faixa de 20 a 39 anos o aumento foi de 439,7%. No período de 2010 a 2018, verificou-se o aumento da taxa das notificações nas mulheres nesse período, variando de 4,6/100 mil habitantes em 2010 para de 41/100 mil habitantes em 2018 (GOIÂNIA, 2019).

A taxa geral de suicídios em Goiânia em 2020 foi de 7/100 mil habitantes, variando de 6,2 em 2015 a 7 em 2020, tendo um aumento de 14,2%. No período de 2015 a 2020 o número de suicídios aumentou em 22,5%, saindo de 89 óbitos para 109. A maioria dos óbitos foi do sexo masculino em todos os anos analisados com crescimento de 26% nesse período; o aumento do sexo feminino foi de 12,5%. A maior frequência foi em adultos (20 - 59 anos) com aumento de 26% nesse período. No entanto, a maior variação registrada foi em adolescentes com 71% de crescimento nesse período. No ano de 2020, a taxa de mortalidade no sexo masculino foi de 11/100 mil habitantes e nas mulheres de 3,3/100 mil habitantes; portanto, a mortalidade foi 3 vezes maior sexo masculino. Observa-se ainda que, no período 2015 a 2020, houve um aumento percentual de 17,8 na taxa de mortalidade. De uma forma geral, com relação ao ciclo de vida, a taxa foi maior na população idosa, à exceção de 2018, onde se registrou a maior taxa de mortalidade em adolescentes residentes em Goiânia com 9,8 óbitos/100 mil habitantes. Em 2020 observou-se uma queda na taxa de mortalidade em idosos(as) de 47%, sendo a maior taxa de suicídio nesse ano na população adulta (20 a 59 anos) com 9,3/100 mil habitantes desta população.

III. FATORES DE RISCO PARA O AUTOEXTERMÍNIO

Os fatores de risco envolvem vários aspectos do comportamento, seja ele individual, estilo de vida, exposição ambiental e características genéticas ou congênitas. Dentre os fatores de risco destacam-se (BRASIL, 2006):

- **Transtornos mentais:** transtornos do humor (ex.: depressão); transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso e/ou abuso de substâncias psicoativas (ex.: alcoolismo); transtornos de personalidade (principalmente borderline, narcisista e antissocial); esquizofrenia; transtornos de ansiedade; comorbidade potencializadora de riscos (ex.: alcoolismo + depressão).
- **Sociodemográficos:** sexo masculino; faixas etárias entre 15 e 35 anos e acima de 75 anos; estratos econômicos extremos; residentes em áreas urbanas; desempregados (principalmente perda recente do emprego); aposentados; isolamento social; solteiros ou separados; migrantes; Pessoas em situação de maior vulnerabilidade social; Ausência de rede protetiva;
- **Psicológicos:** perdas recentes; perdas de figuras parentais na infância; dinâmica familiar conturbada; datas importantes; reações de aniversário; personalidade com traços significativos de impulsividade, agressividade, humor lábil; vínculos frágeis ou inexistente (familiares, amigos, sociais); antecedentes de suicídio na família;
- **Condições clínicas incapacitantes:** doenças orgânicas incapacitantes; dor crônica; lesões desfigurantes perenes; epilepsia; trauma medular; neoplasias malignas; Aids; doenças terminais (adaptado de BRASIL, 2006);
- **Situações de violências:** violências severas e continuadas na infância, bullying e cyberbullying na escola, dentre outras.

**PREFEITURA
DE GOIÂNIA****Secretaria Municipal de Saúde**

A literatura cita que aproximadamente dois terços das pessoas que cometeram suicídio tinham um histórico anterior de tentativas de suicídio, sendo esse evento o maior fator de risco para o suicídio. Ressalta-se que o perigo é maior durante os primeiros meses e anos após a tentativa e tende a diminuir ao longo do tempo. O risco de uma repetição fatal é maior após a primeira tentativa. Observa-se ainda que a cada repetição da tentativa, aumenta-se o risco de letalidade (PARANÁ, 2018). Considerando a população geral, dentre todos fatores de risco para o suicídio, os principais são: história de tentativa de suicídio pregressa e transtorno mental.

IV. PREVENÇÃO AO SUICÍDIO

A prevenção do suicídio abrange tanto fatores amplos, sejam ambientais, econômicos e sociais, quanto os individuais, incluindo-se, como fator importante, a oferta de condições adequadas para o atendimento e o tratamento efetivo das pessoas em sofrimento psíquico, quanto ao controle ambiental dos fatores de risco.

São elementos considerados essenciais para ações de prevenção do suicídio, o aumento da sensibilidade das pessoas e principalmente dos profissionais de saúde para percepção da presença do risco nos indivíduos (OMS, 2000).

A OMS, 2002, cita que a prevenção do suicídio envolve uma série de atividades, sejam amplas ou individuais. E essas atividades variam desde os aspectos ligados à criação das crianças e dos jovens, dos tipos de tratamento dos transtornos mentais e até o controle dos fatores de risco ambientais. Enfatiza-se que para que programas de prevenção sejam efetivos é importante que a informação e o aumento da conscientização sobre o tema sejam divulgados e disseminados entre quem cuida das vítimas.

A abordagem do risco de suicídio e sua prevenção são de responsabilidade de todos os profissionais de saúde, não importando em qual nível de atenção trabalhem. No entanto, a Atenção Primária à Saúde (APS) ocupa um papel privilegiado no cuidado e na articulação da rede de suporte da pessoa em risco e no apoio aos familiares e amigos. Isso se dá por suas características de longitudinalidade, capilaridade e capacidade de diagnosticar na comunidade (PARANÁ, 2018).

Rutz & al (1992), verificaram que em um programa governamental conduzido na Suécia, em que foi desenvolvida a educação continuada dos médicos clínicos gerais para a identificação e tratamento da depressão, associado à atuação clínica mais perceptiva, reduziu o suicídio na Suécia. Essa redução foi identificada durante o programa e até 3 anos depois de sua finalização, mas, após esse período, em que não houve a educação permanente dos médicos, os níveis de suicídio voltaram aos níveis anteriormente obtidos antes do programa.

O investimento na capacitação da APS quanto aos sinais e sintomas sugestivos de sofrimento psíquico e aos riscos dos eventos suicidas constituem ações de prevenção. A APS parte de um entendimento ampliado do processo saúde-doença, em que os aspectos biológicos fazem parte do todo e não são a expressão completa dos agravos/doenças, de modo que coordena o cuidado nos diferentes níveis do Sistema Único de Saúde (SUS). Também, pode-se acionar alguns recursos da comunidade, para a construção do suporte necessário aos indivíduos que necessitam do cuidado em saúde, especificamente, as pessoas em sofrimento mental.



Secretaria Municipal de Saúde

No documento “Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio” (BRASIL, 2006), as estratégias de enfrentamento a este problema de saúde pública devem ser articuladas e executadas pelos três níveis de gestão do SUS e de forma intersetorial, buscando:

- a. Promoção de qualidade de vida, de educação, de proteção e de recuperação da saúde e de prevenção de danos;
- b. Produção de informação, de comunicação e de sensibilização da sociedade de que o suicídio é um problema de saúde pública que pode ser prevenido;
- c. Organização de linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) em todos os níveis de atenção, garantindo o acesso às diferentes modalidades terapêuticas;
- d. Identificação da prevalência dos determinantes e condicionantes do suicídio e tentativas, assim como os fatores protetores e o desenvolvimento de ações intersetoriais de responsabilidade pública, sem excluir a responsabilidade de toda a sociedade;
- e. Fomento e execução de projetos estratégicos fundamentados em estudos de custo-efetividade, eficácia e qualidade, bem como em processos de organização da rede de atenção e intervenções nos casos de tentativas de suicídio;
- f. Desenvolvimento de métodos de coleta e análise de dados, permitindo a qualificação da gestão, a disseminação das informações e dos conhecimentos;
- g. Promoção de intercâmbio entre o Sistema de Informações do SUS e outros sistemas de informações setoriais afins, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e garantindo a democratização das informações;
- h. Promoção de educação permanente dos profissionais de saúde das unidades de atenção primária, inclusive do Programa Saúde da Família, dos serviços de saúde mental, das unidades de urgência e emergência, de acordo com os princípios da integralidade e da humanização.

Dentre as ações de prevenção do suicídio destacam-se:

- A importância do preenchimento obrigatório da **Ficha de Notificação Compulsória de Violências Interpessoais e Autoprovocadas**. Essa notificação pode ser feita por qualquer profissional de saúde ao identificar uma vítima de tentativa de suicídio ou de automutilação. A mesma deve ser feita e encaminhada em até 24h, nos casos de tentativa de suicídio, o que indica a necessidade de acionamento imediato da rede de atenção e proteção, para a adoção de medidas adequadas a cada caso (BRASIL, 2014; 2016). A notificação das violências autoprovocadas se torna, pois, num instrumento de articulação da rede de cuidados em saúde e de proteção, para além de ser um instrumento de vigilância epidemiológica;
- O encaminhamento e seguimento da vítima de violência autoprovocada na **Rede de Atenção Psicossocial – RAPS** (BRASIL, 2011), para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. O cuidado em saúde mental é ofertado por todos os pontos da RAPS, que prevê a articulação desde a Atenção Primária: Centro de Saúde da Família (CSF), Centro de Saúde (CS), Centro de Convivência, Consultório na Rua, Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental (EMAESM), Atenção Hospitalar e Serviços de Urgência e Emergência (UPA 24h, SAMU 192), sob a articulação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS);



- **Restrição do acesso a meios letais.** Essas iniciativas foram bem sucedidas de todas as formas que já foram implementadas: a troca do gás encanado por gás não letal, o banimento de pesticidas tóxicos, a construção de barreiras em pontes, reduzir o acesso e aumentar o controle da posse de armas de fogo – tudo o que historicamente dificultou o ato de se matar, reduziu as taxas de suicídio;
- A atuação do **Centro de Valorização da Vida (CVV)**, que realiza apoio emocional e prevenção do suicídio, atendendo voluntária e gratuitamente todas as pessoas que queiram e precisam conversar, sob total sigilo por telefone, e-mail e chat 24 horas todos os dias. As ligações telefônicas podem ser feitas por meio do número de telefone 188;
- A imprensa e demais meios de comunicação devem evitar a cobertura sensacionalista de um suicídio, particularmente quando uma celebridade está envolvida. Não se deve divulgar casos de suicidas. Deve-se evitar fotografias do falecido, da cena do suicídio e do método utilizado. Manchetes de primeira página nunca são o local ideal para uma chamada de reportagem sobre suicídio. Devem ser evitadas descrições detalhadas do método usado e de como ele foi obtido (OMS, 2000).

V. OBJETIVOS DA LINHA DE CUIDADO INTEGRAL ÀS VÍTIMAS DE TENTATIVAS DE SUICÍDIO

- **Objetivo Geral**

Implantar a **Linha de Cuidado Integral às Vítimas de Tentativas de Suicídio** na Rede de Atenção à Saúde de Goiânia.

- **Objetivos específicos**

1. Desenvolver e articular com outros setores a realização de ações de promoção da saúde buscando intervir nos determinantes e condicionantes do suicídio;
2. Qualificar as informações sobre esse evento por meio dos sistemas de informação existentes (mortalidade, notificação, internação, outros), buscando conhecer a magnitude, gravidade do suicídio e tentativas, e populações em situação de maior risco e vulnerabilidade com vistas à formulação e implementação de ações de enfrentamento do problema;
3. Estabelecer e definir competências e fluxos da RAS, incluindo os vários pontos de atenção à saúde (Atenção Primária, Serviços de Urgências e Emergências e RAPS), garantindo-se a integralidade e a resolutividade no cuidado. Considera-se, também, a complementaridade de serviços e ações de saúde do SUS, via regulação dos casos, quando necessário;
4. Implantar protocolos específicos nas situações de sofrimento mental, ideação e planejamento suicida, tentativas de suicídio e automutilação;
5. Ofertar educação permanente aos gestores(as) e profissionais de saúde e de outros setores envolvidos na prevenção do suicídio e no cuidado e proteção às pessoas vítimas de violências autoprovocadas;
6. Promover capacitações para gestores(as) e profissionais dos serviços de saúde da atenção primária, secundária e terciária; de serviços públicos, privados e filantrópicos (ambulatorios, centros de saúde, clínicas, CAPS, UPAs, pronto socorro, hospitais, outros);



- e no nível distrital e central, sobre vigilância e prevenção do suicídio, manejo clínico adequado, e seguimento das pessoas vítimas de tentativa de suicídio e de automutilações;
7. Desenvolver campanhas e ações de prevenção do suicídio de forma contínua, durante todo o ano, voltada para a população em geral, e em articulação com outros setores e com o controle social;
 8. Implementar as ações de vigilância e acompanhamento dos casos de forma sistemática, vinculando os(as) usuários(as) vítimas de violências autoprovocadas aos CAPS e/ou Atenção Primária, em conformidade com a territorialização, a equidade e os princípios da humanização. Essas ações poderão ser feitas por telefone, visitas domiciliares e busca ativa de casos, quando necessário;
 9. Implementar e qualificar a notificação compulsória de violências autoprovocadas;
 10. Desenvolver ações de prevenção das violências autoprovocadas em parceria com outros setores governamentais (educação, assistência social, conselho tutelar, outros) e não governamental, incluindo parceria com o Centro de Valorização da Vida (CVV), instituições de ensino e pesquisa, conselhos de direitos, controle social e setor privado;
 11. Diminuir a morbidade e mortalidade por violências autoprovocadas no município de Goiânia, por intermédio das ações de vigilância, prevenção, controle, monitoramento, e atenção integral aos(as) usuários(as) vítimas de tentativas de suicídio e de automutilações e das pessoas com fatores de risco e grande vulnerabilidade ao evento.

VI. VIGILÂNCIA DAS VIOLÊNCIAS AUTOPROVOCADAS E FLUXOS DA NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

Fazer vigilância é conhecer a realidade epidemiológica de um problema ou agravo à saúde para intervir e prevenir. Na vigilância e monitoramento dos casos de tentativas de suicídio e de automutilações utiliza-se a notificação compulsória de Violências Interpessoais e Autoprovocadas, que é digitada no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), além das análises de informações de outras fontes de dados.

É atribuição da SMS de Goiânia realizar análises das notificações de intoxicações exógenas, cuja motivação foi intencional para que se possa conhecer melhor a magnitude deste problema; além das análises sobre internações por tentativas de suicídio, registradas no Sistema de Informação Hospitalar (SIH-SUS), e dos óbitos por suicídios, registradas no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM).

Neste sentido, de conhecer o problema para intervir, faz-se necessário outras parcerias com instituições de ensino e pesquisa e com outros serviços, a exemplo do Centro de Informações Toxicológicas (CIT), da Secretaria Estadual de Saúde de Goiás, que possui uma equipe multidisciplinar de profissionais, que atuam em regime de plantão, funcionando 24 horas por dia, de forma ininterrupta, inclusive feriados e finais de semana (Contatos: 0800 646 4350 ou 0800 722 6001).

Com relação à notificação compulsória de violências, ela é um instrumento de vigilância epidemiológica e se insere no contexto da linha de cuidado, pois propicia o início do processo de atenção à vítima das violências autoprovocadas e desencadeia ações intra e intersetoriais voltadas para o cuidado integral e proteção.

**PREFEITURA
DE GOIÂNIA****Secretaria Municipal de Saúde**

A violência autoprovocada engloba a ideação suicida, autoagressão, tentativa de suicídio e suicídio. Casos de ideação requerem ações de atenção integral em saúde, mas não são objeto de notificação. São objeto de notificação no SINAN: a automutilação e a tentativa de suicídio.

A notificação é obrigatória e deve ser feita em duas vias (podendo fazer cópia ou digitalização), sem prejuízo de outras providências legais; uma via fica na unidade de saúde notificante e a outra via deve ser encaminhada para a SMS Goiânia.

Destaca-se que, no caso das tentativas de suicídio, desde 2014, essa **notificação deve ser feita de imediato**. A notificação compulsória imediata deve ser realizada pelo(a) profissional de saúde ou responsável pelo serviço assistencial que prestar o primeiro atendimento ao(à) usuário(a), devendo a ficha ser encaminhada para a SMS Goiânia em até 24 horas após a notificação, conforme a seguir:

_ Serviços de Saúde da SMS Goiânia: enviar cópia física da ficha de notificação via Distritos Sanitários (DS) ou por email:

- DS Norte- notificaviolencianorte@gmail.com
- DS Noroeste- notificaviolencianoroeste@gmail.com
- DS Sudoeste- notificaviolenciasudoeste@gmail.com
- DS Campinas Centro- notificaviolenciacampinas@gmail.com
- DS Leste- notificaviolencialeste@gmail.com
- DS Oeste- notificaviolenciaoeste@gmail.com
- DS Sul- notificaviolenciasul@gmail.com

_ Serviços de saúde da SES/GO e HC-EBSERH/UFG: digitar a notificação e enviar a cópia da mesma para a Gerência de Vigilância às Violências e Acidentes (GVVA) – SMS Goiânia (Paço Municipal, Bloco D, 1º andar, sala 03) ou via email para a Gerência de Vigilância às Violências e Acidentes (GVVA) notificaviolenciagoiania@gmail.com;

_ Serviços de saúde privados e conveniados: enviar a ficha de notificação para a Gerência de Vigilância às Violências e Acidentes (GVVA) via email: notificaviolenciagoiania@gmail.com;

_ Nos feriados, finais de semana e à noite as notificações devem ser enviadas via email para Distrito Sanitário de Referência com cópia para notificaviolenciagoiania@gmail.com e contactar Plantão CIEVS (62) 99689-7470, em caso de dúvidas sobre encaminhamentos;

VII. COMUNICAÇÃO EXTERNA AOS SERVIÇOS DE PROTEÇÃO

Destaca-se que nas situações de violências autoprovocadas cometidas por crianças e adolescentes, o Conselho Tutelar deverá ser comunicado, de acordo com o ECA. Nas situações de violências autoprovocadas cometidas por pessoas idosas ou com deficiência, deverá ser feita comunicação obrigatória ao Ministério Público, Delegacia do Idoso ou da Pessoa com Deficiência, ou ao Conselho do Idoso ou da Pessoa com Deficiência, respectivamente, conforme a legislação vigente.



VIII. LINHA DE CUIDADO INTEGRAL ÀS VÍTIMAS DE TENTATIVAS DE SUICÍDIO

A implantação da Linha de Cuidado Integral às Vítimas de Tentativas de Suicídio deve seguir os pressupostos da integralidade, da corresponsabilização, da humanização e territorialidade de toda a RAS, seguindo pactuações regionalizadas, conforme demandas e ordenamentos de cuidado local e educação continuada de profissionais de saúde.

A Atenção Primária em Saúde (APS) tem papel fundamental no processo de implantação da linha de cuidado, na medida em que é responsável pela organização do cuidado, conforme demandas da população atendida, além de sua capilaridade e a vinculação mais próxima com as pessoas.

Os suicídios e as automutilações são situações resultantes de múltiplas causas. Assim, o acompanhamento da vítima deve envolver uma equipe multidisciplinar e interdisciplinar em todos os níveis de atenção, onde a compreensão do problema seja compartilhada e discutida, incentivando a participação do próprio sujeito em seu processo de cuidado. Considera-se ainda que as ações de saúde devem estar articuladas com os demais setores e serviços da Rede de Atenção e Proteção às Pessoas em Situação de Violências de Goiânia, que envolve serviços da assistência social (CRAS, CREAS), da educação (Centro Municipal de Educação Infantil/CMEI, escolas), Ministério Público, Defensoria Pública, Delegacias, dentre outros.

No caso das automutilações, orienta-se as seguintes ações:

AUTOMUTILAÇÕES

- Acolhimento;
- Atendimento clínico multiprofissional;
- Realizar a notificação de violência autoprovocada, em até 7 dias;
- Encaminhamento, se necessário, para atendimento especializado no CAPS;
- Se necessário, o CAPS encaminhará para a EMAESM;
- Acompanhamento e monitoramento dos casos pelas equipes das UBS/ESF;
- Monitoramento regionalizado dos Distritos Sanitários com articulação da Rede de Atenção e Proteção às Pessoas em Situação de Violências, no território: US, CRAS/CREAS, Escolas, Conselho Tutelar (Criança e Adolescente), outros.

Destaca-se que as ações de vigilância e promoção da saúde e da cultura da paz estão presentes transdisciplinarmente em todos os pontos de atenção da LIVITS.

A organização da **LIVITS** tem como estratégia a orientação de gestores(as) e profissionais de saúde nos três níveis de atenção, visando a integralidade e humanização no cuidado da pessoa vítima de automutilação ou de tentativa de suicídio, conforme as diretrizes da Portaria



Secretaria Municipal de Saúde

MS nº 3.088/2011, que instituiu a RAPS no SUS, além das outras normativas do MS, da OPAS/OMS e legislações vigentes.

No seu Art. 5º, na Portaria MS nº 3.088/2011, apresenta-se a RAPS, sua constituição e componentes, conforme abaixo descritos, e se constituem em pontos de atenção da LIVITS às vítimas de automutilações e de tentativas de suicídio.

Quadro 1- Pontos de Atenção e Componentes da Linha de Cuidado Integral às Vítimas de Tentativas de Suicídio

Pontos de Atenção	Componentes
Atenção Primária em Saúde	<p>Unidade de Atenção Primária em Saúde (81 unidades, sendo 59 Centros de Saúde da Família e 22 Centros de Saúde)</p> <p>Equipe de Atenção Primária para populações em situações específicas - Consultório na Rua (05 equipes)</p> <p>Centro de Convivência e Cultura - Cuca Fresca (01 unidade)</p>
Atenção Psicossocial Estratégica	<p>Centros de Atenção Psicossocial, sendo:</p> <p>05 CAPS para atendimento de transtornos mentais: CAPS II Beija-Flor, CAPS II Esperança, CAPS II Liberdade, CAPS II Vida e CAPS III Novo Mundo</p> <p>04 CAPS AD para atendimento de usuários(as) que têm problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas: CAPS AD Casa, CAPS AD Oeste, CAPS AD III Ipê e CAPS AD III Noroeste</p> <p>03 CAPS Infantojuvenil para atendimento de crianças e adolescentes até 18 anos que apresentam transtornos mentais e/ou em uso de álcool e outras drogas: CAPSi II Água Viva, CAPSi II Girassol e CAPSi II Cativar</p>
Atenção Ambulatorial Especializada de Atenção Psicossocial	<p>10 Ambulatórios de Psicologia nos CAIS/CIAMS</p> <p>Ambulatório Municipal de Psiquiatria - AMP</p> <p>Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental - EMAESM: 14 equipes, sendo 02 por Distrito Sanitário</p>
Atenção de Urgência e Emergência	<p>Pronto Socorro Psiquiátrico Wassily Chuc - PSPWC</p> <p>SAMU 192</p> <p>UPA 24h (5 unidades: Itaipu, Jardim América, Noroeste e</p>



	<p>Novo Mundo)</p> <p>CAIS (07 unidades: Amendoeiras, Bairro Goyá, Cândida de Moraes, Campinas, Chácara do Governador, Finsocial, Vila Nova) e CIAMS (02 unidades: Novo Horizonte e Urias Magalhães)</p> <p>Pronto Socorro de hospitais públicos (HC, HUGO, HUGOL), rede conveniada ao SUS e rede privada</p>
Atenção Hospitalar	Serviço de internação hospitalar psiquiátrico da rede pública e conveniada ao SUS
Atenção Residencial de Caráter Transitório	Unidade de Acolhimento: 01 Unidade de Acolhimento Infantojuvenil – UAI
Estratégias de Desinstitucionalização	Serviços Residenciais Terapêuticos: 06 serviços residenciais terapêuticos, sendo: 02 SRTs femininos vinculados ao CAPS II Beija-Flor, 02 SRTs masculinos vinculados ao CAPS III Novo Mundo, 01 SRT feminino e 01 masculino vinculados ao CAPS II Esperança
Estratégias de Reabilitação Psicossocial	<p>Associação de Trabalho e Produção Solidária em Saúde Mental/Geração de Trabalho e Renda - GERARTE: GERARTE I, GERARTE II, GERARTE III, GERARTE IV</p> <p>Fortalecimento do Protagonismo de Usuários(as) e Familiares (incentivado nos serviços de saúde mental)</p>

Em Goiânia, a organização da LIVITS é formulada a partir dos seguintes pontos de Atenção:

1. Atenção Primária em Saúde

a. Unidade de Atenção Primária em Saúde: Estratégia Saúde da Família, Centros de Saúde, Equipes de Consultório na Rua:

- Centro de Saúde: serviço de saúde constituído por equipe multiprofissional responsável por um conjunto de ações de saúde, de âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver a atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. Tem a responsabilidade de desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede (Portaria MS/GM nº 3.088/2011).
- Equipes de Atenção Primária para populações em situações específicas - Equipe de Consultório na Rua: equipe constituída por profissionais que atuam de forma itinerante,



ofertando ações e cuidados de saúde para a população em situação de rua, considerando suas diferentes necessidades de saúde, sendo responsabilidade desta equipe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, ofertar cuidados em saúde mental, para: 1. pessoas em situação de rua em geral; 2. pessoas com transtornos mentais; 3. Usuários(as) de álcool e outras drogas, incluindo ações de redução de danos, em parceria com equipes de outros pontos de atenção da rede de saúde, como Unidades Primárias de Saúde, Centros de Atenção Psicossocial, Prontos-Socorros, entre outros (Portaria MS/GM nº 3.088/2011).

- Realização de ações de vigilância em saúde, que compreendem a notificação compulsória de violências autoprovocadas em todos os ciclos de vida;
- Acompanhamento e monitoramento dos casos.

b. Centro de Convivência: unidade pública, articulada às RAS, em especial à Rede de Atenção Psicossocial, onde são oferecidos espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cultura e na cidade à população em geral.

2. Atenção Secundária - Psicossocial Especializada: unidades com atendimento regionalizado e com porta aberta para acolhimento de usuários(as) conforme endereço de domicílio.

- a.** CAPS II: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Atendimento de segunda à sexta-feira;
- b.** CAPS III: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS AD;
- c.** CAPS AD II: atende pacientes com transtorno decorrente do uso e dependência de substâncias psicoativas. Atendimento de segunda à sexta-feira;
- d.** CAPS AD III: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo 12 leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana;
- e.** CAPS IJ: atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário. Atendimento de segunda à sexta-feira;
- f.** Unidade de Acolhimento Infantojuvenil/UAI: Unidade de Acolhimento destinada a adolescentes e jovens (de doze a dezoito anos incompletos).

3. Atenção Ambulatorial Especializada de Atenção Psicossocial

- a.** Ambulatório de Psicologia: unidades regionalizadas nos CAIS/CIAMS para atendimento de usuários(as) de saúde mental via regulação.
- b.** Ambulatório Municipal de Psiquiatria: unidade para atendimento de usuários(as) de saúde mental do município com transtornos leves a moderados, encaminhados via regulação.
- c.** Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental: equipes regionalizadas para consultas aos usuários(as) com transtornos mentais moderados ou leves, que necessitem de atendimento especializado pontual. O encaminhamento direto



de casos somente deve ocorrer a partir da Atenção Primária e/ou CAPS.

4. Atenção Secundária e Terciária de urgência e emergência

- a. Pontos de atenção da Rede de Atenção às Urgências - SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas, portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, entre outros: esses serviços são responsáveis, em seu âmbito de atuação, pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas vítimas de violências autoprovocadas;
- b. Serviço Móvel de Urgência - SAMU: serviço assistencial móvel de atenção às urgências, que tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido uma tentativa de suicídio, mediante o envio de veículos tripulados por equipe capacitada, acessado pelo número “192” e acionado por uma Central de Regulação Médica das Urgências ou pelo Corpo de Bombeiros, número “193”;
- c. Pronto Socorro Wassily Chuc: unidade de referência especializada em urgência e emergência psiquiátrica para atendimento de usuários(as) do município que apresentam quadros de crises decorrentes de transtorno mental e/ou uso abusivo de substâncias, e situações de tentativas de suicídio. Atendimento porta aberta, com leitos de observação infantojuvenil e adulto (72 horas).
- d. Pronto Socorro de hospitais públicos (HC, HUGO, HUGOL), rede conveniada ao SUS e rede privada: atendimento das emergências psiquiátricas nas situações de tentativas de suicídio.

5. Atenção Terciária / Hospitalar

- a. Internação em serviço hospitalar de referência (hospital psiquiátrico): leitos SUS em hospital psiquiátrico pertencente a rede conveniada com a Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia para atenção às pessoas que tentaram suicídio. A alta deve estar condicionada e vinculada ao seguimento do caso num CAPS da área de abrangência de residência do usuário(a) ou a serviço de saúde suplementar/privado. A equipe deve ser multidisciplinar e interdisciplinar. A internação é feita via regulação com emissão de AIH (Autorização de Internação Hospitalar) via SUS/Regulação/PSP Wassily Chuc. Outros leitos pertencentes a convênios e particulares também atendem essa demanda.

6. Atenção Residencial de Caráter Transitório

- a. Unidade de Acolhimento Infantojuvenil – UAI - vinculada aos CAPS IJ para acolhimento de adolescentes que fazem uso abusivo de substâncias e estão em situação de risco e/ou com vínculos familiares rompidos. O acolhimento acontece via CAPS IJ com formulação de Projeto Terapêutico Singular (PTS). Acolhimento máximo de 06 meses.

7. Estratégias de Desinstitucionalização

- a. Residências Terapêuticas: são pontos de atenção na Rede de Atenção Psicossocial nas Estratégias de Desinstitucionalização para acolhimento de usuários(as) de longa permanência oriundos de hospitais psiquiátricos que possuem quadro crônico e com vínculos familiares rompidos. Os Serviços Residenciais Terapêuticos são moradias inseridas na comunidade, destinadas a acolher pessoas egressas de internação de longa



permanência (dois anos ou mais ininterruptos), egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia, entre outros.

8. Estratégias de Reabilitação Psicossocial

- a. Associação de Trabalho e Produção Solidária em Saúde Mental (GERARTE): realizam ações de caráter intersetorial destinadas à reabilitação psicossocial, por meio da inclusão produtiva, formação e qualificação para o trabalho de pessoas com transtorno mental ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários / cooperativas sociais.

IX. FLUXOGRAMA DA PESSOA VÍTIMA DE TENTATIVA DE SUICÍDIO

A Linha de Cuidados às Vítimas de Tentativas de Suicídio tem seu início a partir do primeiro contato, independentemente do nível de atenção à saúde que o indivíduo acessa no SUS. O acesso do indivíduo pode se dar em qualquer Unidade de Saúde da RAS de Goiânia, a depender da gravidade de sua situação. As portas de entrada são todas as Unidades de Saúde do SUS (SMS, SES/GO, HC-EBSERH/UFG, rede conveniada ao SUS e rede privada).

As escolas, serviços da assistência social, conselhos tutelares ou outros pontos da Rede de Atenção e Proteção às Pessoas em Situação de Violências de Goiânia podem também ser porta de entrada para desencadear o cuidado à vítima. Essas instituições podem notificar os casos e encaminhá-los para as unidades de saúde, seguindo critérios de gravidade e de regionalização da saúde.

Figura 01 - Fluxograma da Atenção à Saúde das Pessoas com Tentativas de Suicídio em Goiânia





Nas tentativas de suicídio, o fluxo do(a) usuário(a) dentro da rede de saúde vai depender do risco de morte em que se encontra, das características da autoagressão, do estado geral da vítima, do estado psicológico e do perfil da família diante do evento. As urgências e emergências, sejam UPAs, CAIS, Hospital, SAMU ou outras unidades de saúde são as portas de entrada. Após sua estabilização, os encaminhamentos serão feitos para o atendimento ambulatorial.

TENTATIVAS DE SUICÍDIO

- Acolhimento – Classificação de Risco (Vermelha);
- Atendimento multiprofissional com anotação em prontuário de todos os encaminhamentos;
- Estabilização clínica na US Urgência/Emergência;
- Internação hospitalar (própria US ou transferência para outra US, se necessário);
- Encaminhamento para PS Psiquiátrico Wassily Chuc após estabilização clínica;
- Notificação de violência imediata (até 24 horas), anotando nome da unidade de saúde para onde o paciente foi encaminhado/agendado;
- Ao receber as notificações de tentativa de suicídio, o DS deverá enviar ao CAPS, por email, a lista de nomes/ unidade notificante e data do atendimento;
- Os CAPS irão receber os(as) usuários(as) encaminhados do Wassily Chuc ou de qualquer outra unidade de saúde para acolhimento, vinculação e construção de projeto Terapêutico Singular (PTS) para o mesmo;
- Quando necessário, os CAPS deverão fazer busca ativa dos casos recebidos, em articulação com a Atenção Primária;
- Recomenda-se fazer acompanhamento por teleatendimento ou presencial pela ESF, em conjunto com o CAPS. Nas demais situações, o acompanhamento dos casos deverá ser feito pelas unidades de saúde da Atenção Primária;
- O DS deverá monitorar as violências autoprovocadas na área de abrangência e apoiar a vinculação dos casos à Rede de Atenção e Proteção às Pessoas em Situação de Violência, quando necessário;
- Alta hospitalar: deverá ser feita atrelada ao encaminhamento e acolhimento no CAPS em até 07 (sete) dias;

X. ORGANIZAÇÃO DA DIMENSÃO DO CUIDADO



SAÚDE MENTAL

- **Acolhimento:** consiste no primeiro atendimento ofertado pelos pontos da rede para novos(as) usuários(as) por demanda espontânea ou referenciada, incluindo as situações de crise no território. O acolhimento consiste na escuta qualificada, que reafirma a legitimidade da pessoa e/ou familiares que buscam o serviço e visa reinterpretar as demandas, construir o vínculo terapêutico inicial e/ou corresponsabilizar-se pelo acesso a outros serviços, caso necessário.
- **Atendimento individual:** atendimento direcionado à pessoa, que comporte diferentes modalidades, responda às necessidades de cada um - incluindo os cuidados de clínica geral - que visam à elaboração do projeto terapêutico singular ou dele derivam, promovam as capacidades dos sujeitos, de modo a tornar possível que eles se articulem com os recursos existentes na unidade e fora dela (Portaria MS/GM nº 845/2012).
- **Atendimento em grupo:** ações desenvolvidas coletivamente que explorem as potencialidades das situações grupais com variadas finalidades, como recurso para promover sociabilidade, intermediar relações, manejar dificuldades relacionais, possibilitem experiência de construção compartilhada, vivência de pertencimento, troca de afetos, autoestima, autonomia e exercício de cidadania (Portaria MS/GM nº 845/2012).
- **Atendimento familiar:** ações voltadas para o acolhimento individual ou coletivo dos familiares e suas demandas, sejam elas decorrentes ou não da relação direta com os usuários, que garanta a corresponsabilização no contexto do cuidado e que propicie o compartilhamento de experiências e informações com vistas a sensibilizar, mobilizar e envolvê-los no acompanhamento das mais variadas situações de vida.
- **Consulta clínica médica e psicológica:** após discussão do Projeto Terapêutico Singular, respeitando a singularidade de cada caso;
- **Notificação compulsória da violência autoprovocada;**
- **Acompanhamento das vítimas** de tentativas de suicídio e de automutilação.

Como ajudar a pessoa com risco de suicídio

Quando as pessoas dizem “Eu estou cansado da vida” ou “Não há mais razão para eu viver”, elas geralmente são rejeitadas ou, então, são obrigadas a ouvir sobre outras pessoas que estiveram em dificuldades piores. Nenhuma dessas atitudes ajuda a pessoa com risco de suicídio (OMS, 2000).

O contato inicial com o suicida é muito importante. Este contato pode ser na casa, na escola, no serviço de saúde (emergência, pronto socorro, UPA, CAPS, ambulatório, clínica, Estratégia Saúde da Família, outro), no serviço da assistência social (CRAS, CREAS), no Conselho Tutelar, na igreja, num espaço público ou em outro lugar, podendo ser difícil ter uma conversa particular.



1. O primeiro passo é achar um lugar adequado onde uma conversa tranquila possa ser mantida com privacidade razoável;
2. O próximo passo é reservar o tempo necessário. Pessoas com ideação suicida usualmente necessitam de mais tempo para deixarem de se achar um fardo e é preciso estar preparado mentalmente para lhes dar atenção;
3. A tarefa mais importante é ouvi-las efetivamente. “Conseguir esse contato e ouvir é por si só o maior passo para reduzir o nível de desespero suicida” (OMS, 2000).

Como se comunicar

- Ouvir atentamente, ficar calmo;
- Entender os sentimentos da pessoa (empatia);
- Dar mensagens não-verbais de aceitação e respeito;
- Expressar respeito pelas opiniões e valores da pessoa;
- Conversar honestamente e com autenticidade;
- Mostrar sua preocupação, cuidado e afeição;
- Focalizar nos sentimentos da pessoa;
- Realizar uma abordagem calma, aberta, de aceitação e de não-julgamento é fundamental para facilitar a comunicação.

Como não se comunicar

- Interromper muito frequentemente;
- Ficar chocado ou muito emocionado;
- Dizer que você está ocupado;
- Tratar o(a) usuário(a) de maneira que o coloca numa posição de inferioridade;
- Fazer comentários invasivos e pouco claros;
- Fazer perguntas indiscretas.

Como identificar uma pessoa em risco de suicídio

Sinais para procurar na história de vida e no comportamento das pessoas:

- Comportamento retraído, inabilidade para se relacionar com a família e amigos;
- Doença psiquiátrica;
- Alcoolismo;
- Ansiedade ou pânico;
- Mudança na personalidade, irritabilidade, pessimismo, depressão ou apatia;
- Mudança no hábito alimentar e de sono;
- Tentativa de suicídio anterior;
- Odiar-se, sentimento de culpa, de se sentir sem valor ou com vergonha;
- Uma perda recente importante – morte, divórcio, separação etc;
- História familiar de suicídio;
- Desejo súbito de concluir os afazeres pessoais, organizar documentos, escrever um testamento, etc;

**PREFEITURA
DE GOIÂNIA****Secretaria Municipal de Saúde**

- Sentimentos de solidão, impotência, desesperança;
- Cartas de despedida;
- Doença física;
- Menção repetida de morte ou suicídio;
- Crianças e adolescentes: Isolamento, uso excessivo de eletrônicos e baixa tolerância à frustração

Como abordar o(a) usuário(a)

Quando a equipe de saúde suspeitar que exista a possibilidade de um comportamento suicida, os seguintes aspectos necessitam ser avaliados:

- Estado mental atual e pensamentos sobre morte e suicídio;
- Perguntar sobre plano suicida atual – quão preparada a pessoa está e quão cedo o ato está para ser realizado;
- Investigar sistema de apoio social da pessoa (família, amigos etc.).

XI. EDUCAÇÃO PERMANENTE DAS EQUIPES DE SAÚDE

O atendimento às vítimas de violências autoprovocadas demanda das equipes de saúde uma abordagem multiprofissional e interdisciplinar nos diversos níveis de atenção da RAS com o objetivo de qualificação e humanização no cuidado em saúde e atualização em relação aos protocolos e normas técnicas.

Faz-se necessário que o processo de formação das equipes de saúde da RAS e RAPS por meio de capacitações pontuais e contínuas (educação permanente em saúde) por meio de várias estratégias: educação à distância, educação em serviço, seminários e rodas de conversa, estudos de casos, dentre outros.

Esta proposta deverá estar articulada entre as superintendências da SMS Goiânia e com a Escola de Saúde Pública do Município e/ou em parcerias com outras instituições de ensino-pesquisa, devendo estar contemplada nas ações do Plano Municipal de Saúde.

XII. MONITORAMENTO DE INDICADORES

Em relação ao monitoramento da LIVITS, considerando a prioridade em relação à identificação e notificação das tentativas de suicídio e de automutilações, bem como o encaminhamento e vinculação das vítimas aos serviços de atenção psicossocial, definiu-se os indicadores relacionados a seguir:

- **Nº de notificações compulsória de tentativas de suicídio realizadas por meio da Ficha de Notificação de Violências Interpessoal e Autoprovocada no período** (Fonte de dados: SINAN)
 - **Método de cálculo:** nº usuários(as) com notificação compulsória de automutilações e tentativas de suicídio realizadas no período.



**PREFEITURA
DE GOIÂNIA**

Secretaria Municipal de Saúde

- **Nº de usuários(as) vítimas de tentativas de suicídio vinculados a um serviço da RAPS e com Plano Terapêutico Singular (PTS)** (Fonte de dados: Sistemas de Informações Oficiais da SMS Goiânia):
 - Método de cálculo: nº usuários(as) vítimas de tentativas de suicídio vinculados à RAPS e com PTS.



**PREFEITURA
DE GOIÂNIA****Secretaria Municipal de Saúde****XIII. REFERÊNCIAS**

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subsecretaria para Assuntos Jurídicos. Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975. Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6259.htm Acessado em 17/04/2021.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subsecretaria para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm Acessado em 17/04/2021.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subsecretaria para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm Acessado em 17/04/2021.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subsecretaria para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm Acessado em 17/04/2021.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subsecretaria para Assuntos Jurídicos. Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.778.htm Acessado em 17/04/2021.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subsecretaria para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 5.099, de 3 de junho de 2004. Regulamenta a Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, e institui os serviços de referência sentinela. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2004/decreto/d5099.htm#:~:text=Regulamenta%20a%20Lei%20no,os%20servi%C3%A7os%20de%20refer%C3%Aancia%20sentinela. Acessado em 17/04/2021.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subsecretaria para Assuntos Jurídicos. Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm Acessado em 17/04/2021.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subsecretaria para Assuntos Jurídicos. Lei nº 12.461, de 26 de julho de 2011. Altera a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, para estabelecer a notificação compulsória dos atos de violência praticados contra o idoso atendido em serviço de saúde. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2011/lei/L12461.htm Acessado em 17/04/2021.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subsecretaria para Assuntos Jurídicos. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm Acessado em 17/04/2021.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subsecretaria para Assuntos Jurídicos. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm Acessado em 17/04/2021.



_____. Presidência da República. Casa Civil. Subsecretaria para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm Acessado em 17/04/2021.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subsecretaria para Assuntos Jurídicos. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta a CF/88 para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde e dá outras providências. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm Acessado em 17/04/2021.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subsecretaria para Assuntos Jurídicos. Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019. Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio. DOU publicado em 29/04/2019 | Edição: 81 | Seção: 1 | Página: 1. Disponível em <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n%C2%BA-13.819-de-26-de-abril-de-2019-85673796> Acessado em 17/04/2021.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 737, de 16 de maio de 2001. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0737_16_05_2001.html Acessado em 17/04/2021.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 936, de 19 de maio de 2004. Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0936_19_05_2004.html Acessado em 17/04/2021.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.356, de 23 de junho de 2006. Implantou a Vigilância de Acidentes e Violências em Serviços Sentinela. Disponível em <https://antigo.saude.gov.br/vigilancia-em-saude/vigilancia-de-violencias-e-acidentes-viva> Acessado em 17/04/2021.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006. Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html#:~:text=Institui%20Diretrizes%20Nacionais%20para%20Preven%C3%A7%C3%A3o,das%20tr%C3%AAs%20esferas%20de%20gest%C3%A3o. Acessado em 17/04/2021.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 854, de 22 de agosto de 2012. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0854_22_08_2012.html Acessado em 14/07/2021.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados e torna as tentativas de suicídio e violência sexual de notificação imediata. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html Acessado em 17/04/2021.

**Secretaria Municipal de Saúde**

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 264, de 17 de fevereiro de 2020. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados e torna as tentativas de suicídio e violência sexual de notificação imediata. Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0264_19_02_2020.html Acessado em 17/04/2021.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html Acessado em 17/04/2021.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html Acessado em 13/07/2021.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0004_03_10_2017.html Acessado em 17/04/2021.

_____. Ministério da Saúde. Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil: 2017 a 2020. Disponível em https://www.neca.org.br/wp-content/uploads/cartilha_agenda-estrategica-publicada.pdf Acessado em 17/04/2021.

_____. Boletim Epidemiológico. Volume 48. Nº 30. Secretaria de Vigilância em Saúde, Brasília, 2017. Disponível em: <https://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-atencao-a-saude.pdf>. Acessado em: 27/04/2020.

_____. Ministério da Saúde. Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CASAPS) - Versão Profissionais de Saúde e Gestores – Completa. 2019. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/casaps_versao_profissionais_saude_gestores_completa.pdf. Acessado em: 02/05/2020.

BOTEGA, N. J. Comportamento suicida: epidemiologia. Psicologia USP, 2014 I volume 25 I número 3, pág. 231-236. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/pusp/v25n3/0103-6564-pusp-25-03-0231.pdf> Acessado em 17/04/2021.

CVV. Centro de Valorização da Vida. Programas de Prevenção do Suicídio e Saúde Mental. Falando Abertamente sobre o Suicídio. Cartilha. Disponível em: https://www.cvv.org.br/wp-content/uploads/2017/05/falando_abertamente_sobre_suicidio.pdf. Acessado em: 04/05/2020.

DAHLBERG, L, Krug E. J. Violência: um problema global de saúde pública. Ciênc. Saúde coletiva [online]. 2006, vol.11, supl., pp.1163-1178. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v11s0/a07v11s0.pdf>. Acessado em: 02/05/2020.

GOIÂNIA. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2018 – 2021. Goiânia, março de 2018. Disponível em http://www10.goiania.go.gov.br/DadosINTER/Trans/Plano%20Municipal/Secretaria%20Municipal%20de%20Sa%C3%BAde/0/arq_405755.pdf Acessado em: 12/12/2020.



GOIÂNIA. Secretaria Municipal de Saúde. Superintendência de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico: Suicídio e Tentativas nos anos de 2010 a 2018. Goiânia, 2019.

GOIÂNIA. Secretaria Municipal de Saúde. Seminário de prevenção ao suicídio. Apresentação de Slides. Ministério Público do Estado de Goiás. Evento dia 25 de setembro de 2019. Goiânia, 2019.

GOIÂNIA. Secretaria Municipal de Saúde. Portaria SMS nº 598, de 09 de dezembro de 2020. Institui a Política Municipal de Promoção e Atenção ao Desenvolvimento Infantil Saudável, Promoção da Saúde Mental e Prevenção de Violências de Goiânia. Disponível em <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=405692> Acessado em: 12/12/2020.

GOIÂNIA. Secretaria Municipal de Saúde. Portaria SMS nº 600, de 09 de dezembro de 2020. Institui a Política Municipal de Promoção da Saúde de Goiânia. Disponível em <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=405693> Acessado em: 12/12/2020.

GOTSENS, M, MARÍ-DELL'OLMO, M., RODRÍGUEZ-SANZ, M., MARTOS, D., ESPELT, A., PÉREZ, G., ... BORRELL, C. (2011). Validation of the underlying cause of death in medicolegal deaths. *Revista Espanhola de Salud Publica*, 85(2), 163-74.

KRUG, E.G. et al. World report on violence and health. Geneva, World Health Organization, 2002. Disponível em <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude/> Acessado em 17/04/2021.

OMS. Relatório mundial sobre violência e saúde. Organização Mundial de Saúde, Genebra, 2002. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/04/14142032-relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude.pdf> Acessado em 21/07/2021.

_____. Saúde mental: é necessário aumentar recursos em todo o mundo para atingir metas globais. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5694:saude-mental-e-necessario-aumentar-recursos-em-todo-o-mundo-para-atingir-metas-globais&Itemid=839. Acessado em: 16/05/2020.

_____. Organização Mundial da Saúde. Departamento de Saúde Mental, Transtornos Mentais e Comportamentais. Genebra/Suíça, 2000. Prevenção do Suicídio: Manual para Profissionais da Mídia. Disponível em https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_media_port.pdf Acessado em: 12/12/2020.

_____. Organização Mundial da Saúde. Departamento de Saúde Mental, Transtornos Mentais e Comportamentais. Genebra/Suíça, 2000. Prevenção do Suicídio: Manual para Profissionais da Saúde em Atenção Primária. Disponível em https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_phc_port.pdf Acessado em: 12/12/2020.

OPAS. Folha informativa – Suicídio. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5671:folha-informativa-suicidio&Itemid=839 Acessado em: 27/04/2020.

PARANÁ. Escola de Saúde Pública. O que é o Suicídio? Curitiba, 2018. Disponível em: <http://pr.avasus.ufrn.br/mod/resource/view.php?id=686>. Acessado em: 24/04/2020.

RUTZ, W.; CARLSSON, P.; VON KNORRING, L & WALINDER, J. Análise de custo-benefício de um programa educacional para médicos de clínica geral pelo Comitê Sueco para a Prevenção e Tratamento da Depressão. *Acta Psychiatr Scand* 1992; 85: 457-64.

SANTA CATARINA. Linha do Cuidado de Saúde Mental. 2019. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/legislacao-principal/anexos-de-deliberacoes->



**PREFEITURA
DE GOIÂNIA**

Secretaria Municipal de Saúde

[cib/anexos-deliberacoes-2018/14574-anexo-deliberacao-287-2018-linha-cuidado-saude-mental/file](#). Acessado em: 16/05/2020.

VIEIRA, MG; PIRES, MH; PIRES, OC. Self-mutilation: pain intensity, triggering and rewarding factors Automutilação: intensidade dolorosa, fatores desencadeantes e gratificantes. Rev. Dor. São Paulo, 2016 out-dez; 17(4):257-60.

WHO. Live life: an implementation guide for suicide prevention in countries. Geneva: World Health Organization, 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026629> Acesso em 23/09/2021.

WHO. Preventing suicide: A global Perspective. Geneva, World Health Organization. 2014.

WHO. Suicide Rate. 2017. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/Global_AS_suicide_rates_bothsexes_2016.png?ua=1 . Acesso em: 28/04/2020.

WHO. Live life: an implementation guide for suicide prevention in countries. Geneva: World Health Organization, 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026629> Acesso em 23/09/2021.