



Ministério da Justiça  
Departamento Penitenciário Nacional  
Diretoria Executiva

# Caderno Didático

ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

Biblioteca - Ministério da Justiça



MJU00054624D11

34158  
G965A  
DEP. LEGAL

**Atenção à Saúde Mental**

**Ministério da Justiça**  
Tarso Fernando Herz Genro  
MINISTRO

**Departamento Penitenciário Nacional**

Airton Aloisio Michels  
DIRETOR-GERAL

**Diretoria Executiva**

Luís Henrique Garcia Esteves  
DIRETOR

**Ministério da Justiça**  
**Secretaria Nacional de Justiça**  
**Departamento Penitenciário Nacional**

**Atenção à Saúde Mental**

Leonardo Guirao Júnior  
Mario Angelo Silva

Brasília-DF  
2009

903243

341.58  
G 965A  
Dep. Legal

Este trabalho é de responsabilidade do Departamento Penitenciário Nacional/MJ.

---

**Editoração:** José Gleydiston de Aguiar Rocha

**Revisão ortográfica:** Mariana Paranhos Calderon

**Revisão pedagógica:** Caslos Alberto Venâncio de Sousa

**1ª Edição** - julho/2009

**Tiragem:** 325 - Exemplares

## Sumário

1 NOTA INTRODUTÓRIA .....	7
PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 1777, DE 09 DE SETEMBRO DE 2003 .....	9
PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 3.343 DE 28 DE DEZEMBRO DE 2006. ....	33
PORTARIA Nº 1.028, DE 1º DE JULHO DE 2005 .....	37
LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990. ....	41
PREVENÇÃO DO SUICÍDIO - MANUAL DIRIGIDO A PROFISSIONAIS DAS EQUIPES DE SAÚDE MENTAL.....	59
Apresentação.....	59
Comportamento suicida:a dimensão do problema.....	60
A importância das equipes dos centros de atenção psicossocial na prevenção do suicídio .....	61
Alguns fatores de risco para o suicídio .....	61
Suicídio e transtornos mentais .....	62
Esquizofrenia .....	63
Diferenças principais entre antipsicóticos atípicos e típicos ou clássicos.....	65
Depressão .....	70
Dependência de álcool ou uso nocivo .....	75
Transtornos de personalidade.....	78
Aspectos psicológicos no suicídio .....	80
Como ajudar a pessoa sob risco de suicídio? .....	82
Como abordar o paciente.....	83
Pessoas sob risco de suicídio .....	85
Como lidar com o paciente.....	86
Encaminhando o paciente com risco de suicídio .....	89
O que fazer e o que não fazer.....	90
Referências .....	91

## 1 NOTA INTRODUTÓRIA

Segundo a Constituição Federal Brasileira de 1988, a saúde integra o elenco dos direitos sociais que devem ser garantidos pelo Estado, em caráter universal, democrático e descentralizado. Além disso, a saúde compõe o tripé da Seguridade Social, complementado pela Assistência Social e Previdência, com responsabilidade de gestão nas três esferas administrativas e órgãos colegiados.

A matéria que trata da saúde na Constituição define que o Estado deve promover políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Segundo o entendimento do Ministério da Saúde, essas ações e serviços devem extrapolar o entendimento da individualidade ou da biologia de cada pessoa e considerar as relações sociais e as ações articuladas com outros setores determinantes para a saúde, tais como: moradia; saneamento básico; meio ambiente; trabalho; renda; educação; transporte; lazer; acesso a bens e serviços essenciais, entre outros.

O Sistema Único de Saúde (SUS) está organizado de forma descentralizada, com a hierarquização dos serviços de saúde em atenção básica, média e alta complexidade, tendo como princípios a universalidade, a equidade e a integralidade. O princípio da equidade refere-se às questões de justiça no tratamento desigual daqueles que estão em situação de desigualdade e que, por isso, têm maiores dificuldades no acesso aos serviços de saúde, ou vulnerabilidade, como é o caso das pessoas presas.

As pessoas recolhidas em unidades prisionais estão sujeitas aos mesmos agravos transmissíveis e não-transmissíveis que atingem a população geral, contudo, acrescem-se a estes agravos elementos complicadores específicos. A superlotação, violência e insalubridade, comuns ao sistema penitenciário, facilitam a transmissão de doenças dermatológicas e viróticas e é alta a incidência de tuberculose, DST/AIDS e doenças correlacionadas. Há ainda o uso e abuso de álcool e outras doenças causadas por práticas veladas dentro das prisões, o que dificulta ações de redução de danos. Listam-se ainda os transtornos mentais decorrentes da situação de confinamentos, os traumatismos, lesões, o diagnóstico tardio para determinados agravos e as dificuldades dos profissionais de saúde no acompanhamento aos tratamentos prolongados.

Na busca de garantir o acesso aos serviços de saúde desta população, foi criada a Política Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, construída pelos Ministérios da Saúde e da Justiça e regulamentada em 2003, com a publicação da Portaria Interministerial MS/MJ n.º 1.777.

As ações voltadas para a promoção da saúde e para atenção de nível básico a serem desenvolvidas nas unidades prisionais referem-se, especialmente, à saúde bucal, saúde da mulher, doenças sexualmente transmissíveis e AIDS, saúde mental, hepatites virais, controle da tuberculose, hipertensão, diabetes, hanseníase, bem como à assistência farmacêutica básica e imunizações.

A disciplina de Atenção à Saúde Mental deste curso de formação busca proporcionar um espaço de reflexão acerca do importante papel que os Agentes Penitenciários Federais têm na garantia do bom funcionamento da Unidade Básica de Saúde das unidades prisionais onde atuam. Para isso, serão utilizadas metodologias participativas, utilizando-se técnicas de grupo e discussão de casos.

Introduzimos neste caderno alguns instrumentos de legislação nessa área (Leis, Portarias, Políticas) que poderão auxiliar o trabalho. Possíveis materiais adicionais serão ofertados por ocasião das unidades temáticas.

## **PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 1777, DE 09 DE SETEMBRO DE 2003**

*O Ministro de Estado da Saúde e o Ministro de Estado da Justiça, no uso de suas atribuições, considerando:*

- A importância da definição e implementação de ações e serviços, consoantes com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS –, que viabilizem uma atenção integral à saúde da população compreendida pelo Sistema Penitenciário Nacional, estimada em mais de 200 mil pessoas, distribuída em todas as unidades federadas;
- A estimativa de que, em decorrência de fatores de risco a que está exposta grande parte dessa população, ocorra um número significativo de casos de DST/AIDS, tuberculose, pneumonias, dermatoses, transtornos mentais, hepatites, traumas, diarreias infecciosas, além de outros problemas prevalentes na população adulta brasileira, tais como hipertensão arterial e diabetes mellitus;
- A necessidade de ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças nos presídios;
- A importância da realização de estudos de abrangência nacional que revelem o perfil epidemiológico da população presidiária brasileira;
- A heterogeneidade, entre as unidades federadas, da assistência à saúde prestada às pessoas presas, e
- As recomendações da Comissão Interministerial, criada pela Portaria Interministerial MS/MJ N.º 2035, de 8 de novembro de 2001, com a atribuição de formular propostas destinadas a viabilizar a atenção integral à saúde dessa população,

### **RESOLVEM:**

Art. 1º Aprovar o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, constante do ANEXO I desta Portaria, destinado a prover a atenção integral à saúde da população prisional confinada em unidades masculinas e femininas, bem como nas psiquiátricas.

§ 1º As ações e serviços decorrentes desse Plano terão por finalidade promover a saúde dessa população e contribuir para o controle e/ou redução dos agravos mais frequentes que a acometem.

§ 2º Estabelecer como prioridades para o alcance dessa finalidade:

I. a reforma e a equipagem das unidades prisionais visando a estruturação de serviços ambulatoriais que atendam às necessidades de atenção no nível básico, mínimo da assistência no nível da média complexidade (conforme NOAS/MS em seu Anexo III – Grupo 7) e componentes das urgências e emergências em saúde, em consonância com as especificidades do Sistema Penitenciário Nacional;

II. a organização do sistema de informação de saúde da população penitenciária;

III. a implantação de ações de promoção da saúde, em especial no âmbito da alimentação, atividades físicas, condições salubres de confinamento e acesso a atividades laborais;

IV. a implementação de medidas de proteção específica, como a vacinação contra hepatites, influenza, tétano;

V. a implantação de ações para a prevenção de tuberculose, hanseníase, diabetes, hipertensão, hepatites, DST/AIDS e dos agravos psicossociais decorrentes do confinamento, bem como a distribuição de preservativos e insumos para a redução de danos associados ao uso de drogas;

VI. a garantia do acesso da população penitenciária aos demais níveis de atenção à saúde, através das referências, que deverão estar incluídas na Programação Pactuada Integrada (PPI) estadual, mediante negociação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

Art. 2º Estabelecer que as Secretarias de Estado da Saúde e da Justiça deverão formular o Plano Operativo Estadual, na forma do ANEXO II desta Portaria, e apresentá-lo ao Conselho Estadual de Saúde correspondente e a Comissão Intergestores Bipartite definindo metas e formas de gestão do referido plano, bem como a gestão e gerência das ações e serviços.

§ 1º A gestão e gerência das ações e serviços de saúde do Plano ora aprovado serão pactuadas no âmbito de cada unidade federada, por meio da Comissão Intergestores Bipartite e entre gestores Estaduais de Saúde e Justiça e gestores Municipais de Saúde.

§ 2º Quando as Secretarias Municipais de Saúde assumirem a gestão e/ou gerência das ações e serviços de saúde, deverá constar do Plano Operativo Estadual a aprovação do Conselho Municipal de Saúde.

§ 3º O processo de credenciamento dos estabelecimentos de saúde das unidades prisionais e dos profissionais, por meio do Sistema de Cadastro Nacional de

Estabelecimentos de Saúde constante no Plano Operativo Estadual, deverá ser realizado pela Secretaria Estadual de Saúde, conforme orientações do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário.

§ 4º Para o desenvolvimento do respectivo Plano, as Secretarias de Estado da Saúde e da Justiça poderão estabelecer pactos de atuação conjunta com as Secretarias Municipais de Saúde.

Art. 3º Definir que, para a implementação das ações contidas no Plano Nacional, o Ministério da Saúde, o Ministério da Justiça, as Secretarias Estaduais de Saúde e de Justiça e as Secretarias Municipais de Saúde poderão estabelecer parcerias, acordos, convênios ou outros mecanismos similares com organizações não governamentais, regularmente constituídas, que detenham experiência de atuação no Sistema Penitenciário.

Art. 4º Determinar que o financiamento das ações de saúde, no âmbito do Sistema Penitenciário, deverá ser compartilhado entre os órgãos gestores da saúde e da justiça das esferas de governo.

Art. 5º Criar o Incentivo para a Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário, cabendo ao Ministério da Saúde financiar o correspondente a 70% do recurso e ao Ministério da Justiça o correspondente a 30% do recurso.

§ 1º Em unidades prisionais com o número acima de 100 pessoas presas, serão implantadas equipes de saúde, considerando uma equipe para até 500 presos, com incentivo correspondente a R\$ 40.008,00 /ano por equipe de saúde implantada.

§ 2º Em unidades prisionais com o número de até 100 pessoas presas, as ações e serviços de saúde serão realizadas por profissionais da Secretaria Municipal de Saúde, à qual será repassado Incentivo, no valor de R\$ 20.004,00/ano por estabelecimento prisional.

§ 3º Esse incentivo financiará as ações de promoção da saúde e de atenção no nível básico relativos à saúde bucal, saúde da mulher, doenças sexualmente transmissíveis e AIDS, saúde mental, hepatites, tuberculose, hipertensão, diabetes, hanseníase, bem como a assistência farmacêutica básica, imunizações e coleta de exames laboratoriais.

§ 4º Os créditos orçamentários e os recursos financeiros provenientes do Fundo Penitenciário Nacional (FUNPEN)/ Ministério da Justiça de que trata este Artigo serão repassados ao Fundo Nacional de Saúde, com vistas a sua transferência aos estados e/ou aos municípios.

§ 5º Os recursos do Ministério da Saúde e do Ministério da Justiça poderão ser repassados do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais e/ou Municipais de Saúde, dependendo da pactuação no âmbito de cada Unidade Federada, para os respectivos serviços executores do Plano, de acordo com regulamentação do Ministério da Saúde.

§ 6º A não alimentação dos Sistemas de Informações, conforme orientações do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, por dois meses consecutivos ou três meses alternados durante o ano, acarretará a suspensão do repasse do Incentivo.

Art. 6º Estabelecer que o Ministério da Justiça alocará recursos financeiros que serão utilizados no financiamento da reforma física e na aquisição de equipamentos para os estabelecimentos de saúde das unidades prisionais, além daqueles que compõem o Incentivo para a Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário.

Art. 7º Definir que as Secretarias Estaduais de Saúde e de Justiça participarão do financiamento do Plano Nacional, fixando suas contrapartidas para o desenvolvimento das ações de atenção básica, promoção, prevenção e assistência à saúde, bem como aquelas relacionadas às condições de infra-estrutura e funcionamento dos presídios, a composição e o pagamento das equipes de saúde e a referência para a média e a alta complexidade (conforme Limite Financeiro de Assistência do Estado).

Parágrafo Único - As Secretarias Municipais de Saúde participarão do financiamento do Plano Nacional, definindo suas contrapartidas para o desenvolvimento das ações de atenção básica, promoção, prevenção e assistência à saúde.

Art. 8º Estabelecer que a atenção básica de saúde, a ser desenvolvida no âmbito das unidades penitenciárias, será realizada por equipe mínima, integrada por médico, enfermeiro, odontólogo, assistente social, psicólogo, auxiliar de enfermagem e auxiliar de consultório dentário, cujos profissionais terão uma carga horária de 20 horas semanais, tendo em conta as características deste atendimento.

§ 1º Cada equipe de saúde será responsável por até 500 presos.

§ 2º Nos estabelecimentos prisionais com até 100 pessoas, o atendimento será realizado no próprio estabelecimento por profissionais da Secretaria Municipal de Saúde, respeitando a composição de equipe citada anteriormente, e com carga horária mínima de 4 horas semanais.

§ 3º Os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico serão beneficiados pelas ações previstas nesta Portaria e, em função de sua especificidade, serão objeto de norma própria.

§ 4º O Ministério da Saúde garantirá, a cada equipe implantada de que trata este Artigo, o fornecimento regular de kit de medicamentos básicos.

Art. 9º Definir que, nos estabelecimentos de saúde em unidades prisionais classificadas como presídios, penitenciárias ou colônias penais, as pessoas presas poderão ser selecionadas para trabalhar como agentes promotores de saúde.

§ 1º A decisão de trabalhar com agentes promotores de saúde deverá ser pactuada entre a direção do estabelecimento prisional e a(s) equipe(s) de saúde.

§ 2º Os agentes promotores de saúde, recrutados entre as pessoas presas, atuarão sob a supervisão da equipe de saúde.

§ 3º Será proposta ao Juízo da Execução Penal a concessão do benefício da remição de pena para as pessoas presas designadas como agentes promotores de saúde.

Art. 10 Determinar que o acompanhamento das ações voltadas à atenção integral das pessoas presas será realizado, em âmbito nacional, por Comissão de Acompanhamento, formalmente indicada e integrada por representantes dos Ministérios da Saúde e da Justiça, a saber:

- I. do Ministério da Saúde
  - Secretaria de Atenção à Saúde
  - Secretaria Executiva
  - Fundação Nacional de Saúde
  - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
- II. Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde/CONASS
- III. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde/CONASEMS
- IV. do Ministério da Justiça
  - Secretaria Nacional de Justiça
  - Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária
- V. Fórum Nacional dos Secretários Estaduais de Justiça

§ 1º Caberá a essa Comissão apoiar os Ministérios da Saúde e da Justiça no cumprimento de suas responsabilidades.

§ 2º Os instrumentos essenciais de trabalho dessa Comissão serão: o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário e os Planos Operativos Estaduais.

§ 3º A Comissão Nacional reunir-se-á periodicamente, em intervalos compatíveis ao acompanhamento sobretudo da operacionalização dos Planos Operativos,

avaliando a tendência do cumprimento dos compromissos assumidos, podendo propor aos Ministérios da Saúde e da Justiça, às Secretarias Estaduais de Saúde e Justiça e Secretarias Municipais de Saúde as modificações que eventualmente se fazem necessárias.

Art. 11 Aprovar o Termo de Adesão ao Plano Nacional, a ser formalizado pelas respectivas Secretarias Estaduais de Saúde e de Justiça, nos termos do ANEXO III desta Portaria.

Art. 12 Determinar à Secretaria de Atenção à Saúde e à Secretaria Executiva, do Ministério da Saúde, que adotem, ouvido o Ministério da Justiça, as providências complementares necessárias à operacionalização do Plano ora aprovado.

Art. 13 Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogando a Portaria Interministerial nº 628, de 02 de abril de 2002.

**HUMBERTO COSTA**  
Ministro de Estado da Saúde

**MÁRCIO THOMAZ BASTOS**  
Ministro de Estado da Justiça

#### ANEXO I

##### Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário

#### 1. Propósito

Contribuir para o controle e ou redução dos agravos mais frequentes à saúde da população penitenciária brasileira.

#### 2. População alvo

100% da população penitenciária brasileira, confinada em unidades masculinas, femininas e psiquiátricas.

#### 3. Linhas de ação

3.1. Elenco mínimo de procedimentos no âmbito da promoção da saúde, prevenção de agravos e assistência em unidades de saúde do sistema prisional. A unidade ou serviço executor das ações deverá desenvolver um elenco de procedimentos necessários ao atendimento no nível da atenção básica e do mínimo da assistência no nível da média complexidade (conforme NOAS/MS em seu Anexo III – Grupo 7).

#### 3.1.1. Ações de Atenção Básica de acordo com o Anexo 1 da Norma Operacional da Assistência (NOAS/MS).

##### a) Controle de tuberculose

Busca de casos de tuberculose (identificar o sintomático respiratório (SR); examinar com baciloscopia o sintomático respiratório (SR); notificar os casos novos descobertos na ficha de notificação do Sinan);

Tratamento (iniciar tratamento de forma supervisionada diária para todos os casos diagnosticados; oferecer sorologia anti-HIV para todos os casos diagnosticados; registrar os casos no Livro de Registro dos casos de tuberculose; acompanhar mensalmente o tratamento por meio de consulta médica ou de enfermagem, bem como realizar baciloscopia de controle para os casos inicialmente positivos);

Proteção dos sadios (examinar contactantes; realizar PPD quando indicado; realizar RX quando indicado; fazer quimioprofilaxia quando indicado; desenvolver ações educativas).

##### b) Controle de hipertensão e diabetes

Ações de promoção e assistência à saúde visando o acompanhamento clínico e a adoção de hábitos saudáveis de vida (cessação do hábito de fumar, diminuição do estresse, combate ao sedentarismo e ao alcoolismo).

##### c) Dermatologia sanitária - hanseníase

Busca ativa de casos (identificação de sintomático dermatológico); Diagnóstico clínico (exame de sintomáticos dermatológicos para diagnóstico de hanseníase ou outras dermatoses de interesse sanitário; coleta de material para baciloscopia direta, para pesquisa de Baar; encaminhamento, para centro de referência, de casos que necessitem esclarecimento diagnóstico);

Cadastramento dos portadores (notificação e dados de acompanhamento de casos de hanseníase);

Tratamento Supervisionado dos casos de hanseníase (consulta mensal para a dose supervisionada, avaliação dermatoneurológica, dispensação de medicação, curativos, atendimento de intercorrências, aplicação de técnicas simplificadas de prevenção e tratamento de incapacidades físicas encaminhamento do paciente sempre que for necessário para atendimento de maior complexidade);

Tratamento de outras dermatoses (dispensação de medicação ou

realização de outros procedimentos adequado ao caso, realização de medidas preventivas);

Realização de exame de comunicantes do caso de hanseníase (notificação do caso e informação ao município de residência para realização de exame de comunicantes dos familiares do caso, pelo Pacs/PSF, rotina de busca de sintomáticos dermatológicos no presídio).

d) Saúde Bucal

Orientação sobre higiene bucal e auto-exame da boca;

Consulta odontológica – 1º consulta;

Aplicação terapêutica intensiva com flúor – por sessão;

Controle de placa bacteriana;

Escariação (por dente);

Raspagem, alisamento e polimento - RAP (por hemi-arcada);

Curetagem supragengival e polimento dentário (por hemi-arcada);

Selamento de cavidade com cimento provisório (por dente);

Capeamento pulpar direto em dente permanente;

Pulpotomia ou necropulpectomia em dente permanente;

Restauração em dentes permanentes;

Exodontia de dente permanente;

Remoção de resto radicular;

Tratamento de alveolite;

Tratamento de hemorragia ou pequenos procedimentos de urgência.

e) Saúde da Mulher

Realização de pré-natal, controle do câncer cérvico-uterino e de mama.

3.1.2. Ações de média complexidade conforme anexo III - Grupo 7 da NOAS/MS:

terapias em grupo executadas por profissional de nível superior;

terapias individuais executadas por profissional de nível superior.

3.1.3 Ações complementares

a) Diagnóstico, aconselhamento e tratamento em DST/ HIV/AIDS:

ações de coleta para o diagnóstico do HIV;

distribuição de preservativos para as pessoas presas e servidores;

ações de redução de danos nas unidades prisionais;

elaboração de material educativo e instrucional;

fornecimento de medicamentos específicos para a AIDS e outras DST;

ações de diagnóstico e tratamento das DST segundo a estratégia de abordagem síndrômica;

ações de vigilância de AIDS, HIV e DST;

alimentação do Siclom e Siscel (respectivamente, Sistema Integrado de Controle de Medicamentos e Sistema Integrado de Controle de Exames Laboratoriais).

b) Atenção em saúde mental:

ações de prevenção dos agravos psicossociais decorrentes do confinamento;

atenção às situações de grave prejuízo à saúde decorrente do uso de álcool e drogas, na perspectiva da redução de danos.

c) Protocolo mínimo para o diagnóstico de saúde e o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e de prevenção de agravos por ocasião do ingresso da pessoa presa no Sistema:

aconselhamento em HIV/DST/AIDS e hepatites;

diagnóstico de hipertensão arterial;

diagnóstico de diabetes;

identificação de sintomáticos dermatológicos;

identificação de sintomáticos respiratórios;

avaliação e orientação para o planejamento familiar;

imunização contra hepatite B.

d) Agentes Promotores de Saúde:

Até 5% das pessoas presas atuarão como agentes promotores de saúde. Os presos agentes promotores de saúde terão as seguintes atribuições:

promoção da saúde e a prevenção de doenças de maior prevalência;

identificação e comunicação à equipe de saúde dos agravos e ou problemas que possam ser detectados durante a sua atividade educativa;

acompanhamento de tratamentos de longa duração, tais como os de tuberculose, AIDS e diabetes, entre outros, verificando as condições de adesão, abandono e as inadequações.

3.2. Referências para média e alta complexidade

As referências para a assistência de média e alta complexidade deverão estar incluídas na Programação Pactuada Integrada (PPI), mediante pactuação na Comissão Intergestores Bipartite.

3.3. Programa de imunizações

As coordenações estaduais e/ou municipais de imunizações, responsáveis pela

operacionalização das ações neste âmbito, deverão garantir o atendimento no Sistema Penitenciário.

#### 3.4. Aquisição de medicamentos

A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Rename – deverá ser o instrumento de referência para a definição das listas de medicamentos a serem utilizadas pelo sistema penitenciário estadual.

A programação para a aquisição de medicamentos será feita mediante os seguintes procedimentos:

- Padronização de tratamentos para as doenças prevalentes (consensos terapêuticos definidos pelo MS);
- Cadastro de pacientes (tuberculose, hanseníase, DST/AIDS, hipertensão, diabetes, entre outros).

Para a aquisição dos medicamentos, poderá ser articulada parceria com os laboratórios oficiais em relação àqueles produtos fabricados por estes laboratórios; para os demais itens, por meio de processo licitatório.

Para as atividades relativas à assistência farmacêutica, cada estado contará com um profissional farmacêutico responsável.

#### 4. Resultados esperados e metas

Resultado 1. Implantação de ações de assistência à saúde que compõem o elenco mínimo referido no item 3.1, relativos à saúde bucal, saúde da mulher, DST/HIV/AIDS, saúde mental, hepatites, tuberculose, hipertensão e diabetes, hanseníase, aquisição e controle de medicamentos, imunizações e exames laboratoriais.

##### Metas

##### Saúde bucal:

100% da população carcerária esclarecida e orientada sobre os autocuidados em higiene bucal e sobre a importância do auto-exame da boca como medida preventiva e de diagnóstico precoce do câncer bucal.

##### Saúde da mulher:

implantação, em 100% das unidades penitenciárias, de ações para detecção precoce do câncer cérvico-uterino e de mama;

implantação, em 100% das unidades penitenciárias, de ações para diagnóstico e tratamento das DST/AIDS;

implantação, em 100% das unidades penitenciárias, da assistência à anticoncepção;

implantação, em 100% das unidades penitenciárias que atendem à população feminina, da assistência ao pré-natal de baixo e alto risco no primeiro ano do Plano;

implantação da imunização das gestantes em 100% das unidades penitenciárias;

implantar a assistência ao puerpério em 100% das unidades penitenciárias;

implantação, em 100% das unidades penitenciárias, de ações educativas sobre pré-natal, parto, puerpério, anticoncepção, controle do câncer cérvico-uterino e de mama, e doenças sexualmente transmissíveis;

garantia do encaminhamento para tratamento das mulheres com câncer cérvico-uterino e de mama atendidas em 100% das unidades penitenciárias;

garantia do acesso das gestantes de 100% das unidades penitenciárias, para o atendimento de intercorrências e parto.

##### DST/HIV/AIDS e hepatites:

100% das pessoas presas na “porta de entrada” aconselhadas em DST/HIV/hepatites;

oferta de exame a 100% da população na “porta de entrada”;

diagnóstico do HIV em 100% de casos suspeitos, história de risco, manifestação clínica associada e presença de infecções oportunistas;

tratamento do HIV em 100% dos casos diagnosticados;

tratamento das DST em 100% dos casos diagnosticados segundo a abordagem sindrômica;

distribuição de preservativos a 100% das pessoas presas e 60% dos servidores prisionais;

oferta de kit de redução de danos segundo a demanda.

Saúde mental:

implantação de Programas de Atendimento Psicossocial nas unidades prisionais capazes de contribuir para a prevenção e redução dos agravos psicossociais decorrentes da situação de confinamento em 40% das unidades prisionais no 1º ano, 60% no 2º ano, 80% no 3º ano e 100% no 4º ano;

atendimento de situações de grave prejuízo à saúde decorrente do uso de álcool e drogas, na perspectiva de redução de danos em 40% das unidades prisionais no 1º ano, 60% no 2º ano, 80% no 3º ano e 100% no 4º ano.

Tuberculose:

implantação de ações de controle da tuberculose (TB) em 100 % das unidades penitenciárias;

diagnóstico de 100 % dos casos existentes;

cura de pelo menos 85% dos casos novos descobertos.

Hipertensão e diabetes:

cadastramento de 100% dos portadores de hipertensão arterial e de diabetes mellitus, garantindo acompanhamento clínico e tratamento para 100% dos casos.

Hanseníase:

implantação de ações de controle de hanseníase e outras dermatoses de interesse sanitário em 100% das unidades prisionais;

diagnóstico de 100 % dos casos existentes;

tratamento de 100 % dos casos de hanseníase e outras dermatoses;

cura de 100 % dos casos em tratamento.

Aquisição e controle de medicamentos:

garantia e disponibilidade de 100% do elenco definido por unidade prisional, de forma contínua, regular e oportuna.

Imunizações:

garantir a oferta de imunizantes a 100% dos funcionários e voluntários que prestam serviços no sistema penitenciário brasileiro, com todos os produtos recomendados pelo MS para uso em cada situação epidemiológica específica;

garantir a oferta de imunizantes a 100% dos detentos do sistema penitenciário brasileiro, com todos os produtos recomendados pelo MS para uso em cada situação epidemiológica específica;

vacinação contra hepatite B de 100% das pessoas presas, nas unidades ambulatoriais;

vacinação contra hepatite B de 100% dos servidores prisionais;

Exames laboratoriais:

garantia da coleta de material para exames.

Resultado 2. Garantia de espaço físico adequado para o desenvolvimento das ações de saúde.

Metas:

100% das unidades prisionais.

Resultado 3. Implantação de ações de promoção da saúde que garantam alimentação adequada, atividades físicas, garantia de condições salubres de confinamento, acesso a atividades laborais.

Metas:

100% das unidades prisionais com o cardápio definido;

100% das unidades prisionais em condições salubres, particularmente no que diz respeito a banheiros, cozinha e espaço de lazer.

Resultado 4. Organização do sistema de informação em saúde da população penitenciária.

Metas:

cadastramento de 100% da população prisional;

geração de 80% de cartões SUS definitivos;

utilização do número do cartão de saúde para 100% dos prontuários;  
cadastramento de 100% da população prisional no Siclom.

Resultado 5. Organização de um plano de capacitação e educação permanente das equipes de atendimento e dos agentes promotores de saúde.

Metas:

100% das equipes resolutivas dentro do nível de complexidade proposta;

100% dos agentes promotores de saúde sensibilizados para ações de promoção de saúde;

100% de servidores prisionais sensibilizados para ações de promoção de saúde;  
ampliação dos conteúdos de saúde nos cursos mantidos pelas instâncias formadoras do Sistema Penitenciário.

Resultado 6. Garantia da composição de equipe mínima de profissionais para o atendimento de até 500 pessoas presas.

Metas:

100% das unidades prisionais cobertas;

incentivo, em 100% das unidades prisionais, de parcerias com instituições da sociedade civil para orientação em saúde dos familiares da pessoa presa.

Resultado 7. Estabelecimento de fluxo de referência/contra-referência para média e alta complexidade (conforme PPI Estadual).

Metas:

fluxo estabelecido em 100% dos municípios com unidades prisionais;

pactuações definidas para a testagem do HIV, tuberculose e hepatites.

## 5. Sistema de informação

### 5.1. CNES e SIA/SUS

os serviços de saúde existentes nos presídios, penitenciárias, colônias agrícolas ou manicômios judiciários serão cadastrados no CNES.

as equipes de atenção à saúde nestes estabelecimentos serão compostas de: mé-

dico, enfermeira, odontólogo, psicólogo, assistente social, auxiliar de enfermagem e ACD -Auxiliar de consultório dentário.

Para identificar estes estabelecimentos será criado no CNES e no SIA, o Serviço: Atenção à Saúde no Sistema Prisional com duas classificações: A- Em Presídio, B - Em Manicômio.

Os estabelecimentos com menos de 100 presos não terão equipes exclusivas, podendo os profissionais designados estarem atendendo na rede, com pelo menos um atendimento semanal no presídio. Neste caso, o tipo do estabelecimento será Posto de Saúde, nível hierárquico 1, oferecendo o serviço acima citado com a respectiva classificação. Os estabelecimentos com mais de 100 presos terão equipes permanentes com 20 horas semanais, serão classificados com o tipo Centro de Saúde, nível hierárquico de 1 a 3, de acordo com sua complexidade, oferecendo o serviço acima citado com a respectiva classificação.

Para cadastrar o serviço de Atenção à Saúde no sistema Penitenciário será obrigatório ter cadastrado nas fl. 08 do CNES todos os profissionais exigidos para compor a equipe mínima citada anteriormente.

Os estabelecimentos terão códigos do CNES e apresentarão BPA com a produção dos serviços realizados no sistema penitenciário, seguindo o mesmo cronograma dos demais prestadores do SIA.

As unidades ambulatoriais especializadas e as unidades hospitalares próprias do sistema penitenciário deverão ser credenciadas junto ao SUS.

### 5.2. Cartão SUS

O cadastramento das pessoas presas será baseado na sistemática do Cartão Nacional de Saúde. Para isso, serão utilizados os mesmos instrumentos que já estão em uso nos municípios: o formulário de cadastramento, o manual e o aplicativo CadSUS.

Na ficha de cadastro individual de usuários, é obrigatório o preenchimento do campo "ocupação", seguido da codificação segundo o CBO-R. No caso das pessoas presas, todas devem ser cadastradas como dependentes econômicos, código XX3.

A apresentação de um dos documentos a seguir, é imprescindível para validação do cadastro e posterior emissão do cartão: certidão de nascimento, certidão de casamento, certidão de separação ou divórcio, carteira de identidade.

No caso dos usuários que não apresentarem nenhum documento que possa validar

o cadastro, será gerado um número provisório pelo próprio Sistema CadSUS, a partir do número do prontuário penitenciário, e poderá ser feito por meio do preenchimento do campo "Uso municipal", já existe no formulário.

O fluxo proposto para os municípios, de modo geral, inicia-se no preenchimento manual da ficha, digitação por técnico capacitado no programa CadSUS e encaminhamento para o Datasus. Para o Sistema Prisional, as fichas em papel devem ser preenchidas pelos responsáveis em cada unidade prisional, repassadas ao município para processamento, que se responsabilizará pelo encaminhamento ao Datasus.

### 5.3. SIAB

O monitoramento e avaliação das ações de saúde pertinentes aos planos operativos estaduais, deverá ser realizado pelo Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB, outrossim pelo SIA/SUS.

5.4. A não alimentação dos Sistemas de Informação, por um período de 02 (dois) meses consecutivos, ou 03 (três) meses alternados, durante o ano, implicará na suspensão da transferência do Incentivo para a Atenção da Saúde no Sistema Penitenciário.

### 5.5. Prontuário

O registro das condições clínicas e de saúde dos presos deverá ser anotado e acompanhado por prontuário, o qual deverá acompanhar o preso em suas transferências, e sob a responsabilidade dos serviços de saúde das unidades prisionais. O modelo de prontuário a ser adotado será de responsabilidade estadual.

### 5.6. Sistema Informatizado de Medicamentos de AIDS (Siclom/Siscel)

Deverá ser pactuado, entre os serviços de saúde das unidades prisionais e a respectiva Secretaria Estadual de Saúde, o fluxo de informações sobre os medicamentos de AIDS e o cadastro do paciente. Nos municípios onde esse sistema ainda não foi implantado, o cadastramento deverá ser feito pela unidade de saúde prisional.

## 6. Recursos humanos

### 6.1. Composição de equipe mínima

a) Profissionais por equipe: médico, enfermeiro, dentista, psicólogo, assistente social, auxiliar de enfermagem e atendente de consultório dentário, com jornada de 20 horas semanais, para atenção a até 500 pessoas presas.

b) Nos presídios em que já houver quadro de saúde, a equipe será complementada.

c) O piso salarial para os profissionais deverá respeitar a política de RH estabelecida em cada unidade federada.

### 6.2. Plano de capacitação

a) Estabelecimento de programas de capacitação dos profissionais de saúde, dos servidores prisionais e dos agentes promotores de saúde.

b) Garantia da participação da sociedade civil, estabelecendo parcerias com instituições para orientação em saúde dos familiares da pessoa presa.

## 7. Estrutura física e equipamentos

A estrutura física e os equipamentos mínimos dos ambulatórios para atendimento deverão observar o disposto nos Anexos A e B deste Plano.

## Anexo A

### do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário

#### Padronização física da unidade de saúde nos estabelecimentos penais para atendimento de até 500 pessoas presas

#### AMBIENTE

#### ÁREA MÍNIMA

#### OBSERVAÇÕES

Consultório médico/psicólogo 7,5 m<sup>2</sup>

Lavatório Consultório odontologia 9,0 m<sup>2</sup>

Bancada de apoio com pia de lavagem

Sala de coleta de material para laboratório 3,6 m<sup>2</sup>

Bancada de apoio com pia de lavagem

Exaustor dotado de filtro e peça de descarga para proteção contra chuva. (Pode ser estudada grade de segurança.)

A porta da sala deve ter uma tomada de ar tipo grelha ou veneziana de simples deflexão para providenciar ar de reposição para o ar que está sendo exaurido.

Sala de curativos/suturas /vacinas e Posto de enfermagem 12,0 m<sup>2</sup>

Bancada de apoio com pia de lavagem.

Visão dos leitos de observação

1 maca de procedimentos

1 mesa (para relatórios)

1 hamper de lixo

1 hamper de roupa suja

Cela de observação 9,0 m<sup>2</sup>

Lavatório.

2 celas no mínimo com um leito cada com visão do posto de enfermagem

Sanitário para pacientes 1,6 m<sup>2</sup>

Comum às celas. Dimensão mínima = 1,2 m

Farmácia 1,5 m<sup>2</sup>

Área para armazenagem de medicamentos e material. Pode ser um armário com chave sobre ou sob a bancada do posto de enfermagem

Central de Material Esterilizado/simplificada

- Sala de lavagem e descontaminação
- Sala de esterilização
- Vestiário 9,0 m<sup>2</sup>
- Vestiário: barreira às salas de esterilização e de lavagem e descontaminação
- Guichê entre as duas salas
- Pia de despejo com válvula de descarga e pia de lavagem na sala de lavagem
- Comum aos consultórios e a sala de curativos

Rouparia

Armário para guarda de roupa limpa

DML 2,0 m<sup>2</sup>

Depósito de material de limpeza – com tanque

Sanitários para equipe de saúde 1,6 m<sup>2</sup> (cada)

1 masculino e 1 feminino

Observações:

1. PROJETOS FÍSICOS: devem estar em conformidade com a resolução ANVISA RDC n.º 50 de 21/02/2002;

2. ACESSOS: o estabelecimento deve possuir acesso externo facilitado para embarque e desembarque em ambulância. O trajeto desse acesso até a unidade de saúde do estabelecimento deve ser o mais curto e direto possível;

3. CORREDORES: os corredores de circulação de pacientes ambulantes ou em cadeiras de rodas, macas ou camas, devem ter a largura mínima de 2,0m para distâncias maiores que 11,0m e 1,20m para distâncias menores, não podendo ser utilizados como áreas de espera. No caso de desníveis de piso superiores a 1,5 cm deve ser adotada solução de rampa unindo os dois níveis;

4. PORTAS: todas as portas de acesso a pacientes devem ter dimensões mínimas de 0,80 (vão livre) x 2,10m, inclusive sanitários. Todas as portas utilizadas para a passagem de camas/macas, ou seja, as portas das salas de curativos e das celas de observação, devem ter dimensões mínimas de 1,10 (vão livre) x 2,10m;

5. ILUMINAÇÃO E VENTILAÇÃO: os consultórios, e as celas de observação devem possuir ventilação e iluminação naturais. A sala de coleta deve possuir ventilação natural;

6. LAVAGEM DE ROUPAS: Toda a roupa oriunda da unidade de saúde do estabelecimento deve ser lavada em uma lavanderia do tipo "hospitalar", conforme previsto da Resolução ANVISA RDC n.º 50 de 21/02/2002, ou ser totalmente descartável;

7. LAVATÓRIOS/PIAS: todos devem possuir torneiras ou comandos do tipo que dispensem o contato das mãos quando do fechamento da água. Junto a estes deve existir provisão de sabão líquido degermante, além de recursos para secagem das mãos. Para a sala de suturas deve existir, além do sabão citado, provisão de anti-séptico junto às torneiras de lavagem das mãos;

8. RALOS: todas as áreas "molhadas" da unidade devem ter fechos hídricos (sifões) e tampa com fechamento escamoteável. É proibida a instalação de ralos em todos os ambientes onde os pacientes são examinados ou tratados;

9. MATERIAIS DE ACABAMENTO: os materiais adequados para o revestimento de paredes, pisos e tetos dos ambientes devem ser resistentes à lavagem e ao uso de desinfetantes, conforme preconizado no manual Processamento de Artigos e Superfícies em Estabelecimentos de Saúde 2ª edição, Ministério da Saúde / Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar, Brasília-DF, 1994 ou o que vier a substituí-lo.

Devem ser sempre priorizados materiais de acabamento que tornem as superfícies monolíticas, com o menor número possível de ranhuras ou frestas, mesmo após o uso e limpeza frequente. Os materiais, cerâmicos ou não, não podem possuir índice de absorção de água superior a 4% individualmente ou depois de instalados no ambiente, além do que, o rejunte de suas peças, quando existir, também deve ser de material com esse mesmo índice de absorção. O uso de cimento sem qualquer aditivo antiabsorvente para rejunte de peças cerâmicas ou similares, é vedado tanto nas paredes quanto nos pisos. As tintas elaboradas a base de epóxi, PVC, poliuretano ou outras destinadas a áreas molhadas, podem ser utilizadas tanto nas paredes, tetos quanto nos pisos, desde que sejam resistentes à lavagem, ao uso de desinfetantes e não sejam aplicadas com pincel. Quando utilizadas no piso, devem resistir também a abrasão e impactos a que serão submetidas. O uso de divisórias removíveis não é permitido, entretanto paredes pré-fabricadas podem ser usadas, desde que quando instaladas tenham acabamento monolítico, ou seja, não possuam ranhuras ou perfis estruturais aparentes e sejam resistentes à lavagem e ao uso de desinfetantes, conforme preconizado no manual citado. Na farmácia e na rouparia as divisórias podem ser utilizadas se forem resistentes ao uso de desinfetantes e a lavagem com água e sabão. Não deve haver tubulações aparentes nas paredes e tetos. Quando estas não forem embutidas, devem ser protegidas em toda sua extensão por um material resistente a impactos, à lavagem e ao uso de desinfetantes;

10. RODAPÉS: a execução da junção entre o rodapé e o piso deve ser de tal forma que permita a completa limpeza do canto formado. Rodapés com arredondamento acentuado, além de serem de difícil execução ou mesmo impróprios para diversos tipos de materiais utilizados para acabamento de pisos, pois não permitem o arredondamento, em nada facilitam o processo de limpeza do local, quer seja ele feito por enceradeiras ou mesmo por rodos ou vassouras envolvidos por panos. Especial atenção deve ser dada a união do rodapé com a parede de modo que os dois estejam alinhados, evitando-se o tradicional ressalto do rodapé que permite o acúmulo de pó e é de difícil limpeza;

11. CONTROLE DE PRAGAS E VETORES: devem ser adotadas medidas para evitar a entrada de animais sinantrópicos nos ambientes da unidade, principalmente quando se tratar de regiões onde há incidência acentuada de mosquitos, por exemplo;

## 12. INSTALAÇÕES:

Espécies que indesejavelmente coabitam com o homem, tais como os roedores, baratas, moscas, pernilongos, pombos, formigas, pulgas e outros.

12.1- Esgoto: caso a região onde o estabelecimento estiver localizado tenha rede pública de coleta e tratamento de esgoto, todo o esgoto resultante da unidade de saúde e mesmo do estabelecimento prisional pode ser lançado nessa rede sem qualquer tratamento. Não havendo rede de coleta e tratamento, todo esgoto terá que receber tratamento antes de ser lançado em rios, lagos, etc. (se for o caso);

12.2- Água: o reservatório d'água deve ser dividido em dois para que seja feita a limpeza periódica sem interrupção do fornecimento de água;

12.3- Elétrica: todas as instalações elétricas devem ser aterradas;

12.4- Combate a incêndios: o projeto deve ser aprovado pelo corpo de bombeiros local;

13. PROGRAMA FUNCIONAL: qualquer outro ambiente não definido neste programa mínimo poderá ser agregado desde que justificado pelas necessidades de demanda ou especificidades do estabelecimento prisional. Para a verificação das dimensões e características dos ambientes a serem acrescidos, deve-se verificar a Resolução da ANVISA RDC nº 50 de 21/02/2002.

## ANEXO B

### do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário

#### Equipamentos necessários para os serviços de saúde nas unidades prisionais

Microcomputador compatível com Pentium 3 – 800 MHZ	Equipamentos Odontológicos:
Frigobar para armazenamento de material biológico coletado para exames laboratoriais.	
2 mesas tipo escritório	amalgamador
6 cadeiras	aparelho fotopolimerizador
1 mesa ginecológica (em presídios femininos)	cadeira odontológica
1 escada c/ dois degraus	compressor
1 foco c/ haste flexível	equipo odontológico com pontas (alta e baixa rotação)
1 esfignomanômetro adulto	estufa ou autoclave
1 estetoscópio	mocho

1 estetoscópio de pinar (em presídios femininos)	refletor
10 espéculos Collin pequeno (em presídios femininos)	unidade auxiliar
15 espéculos Collin médio (em presídios femininos)	
5 espéculos Collin grande (em presídios femininos)	Instrumental Odontológico Mínimo (em quantidade proporcional ao número de
1 fita métrica flexível inelástica (em presídios femininos)	
2 braçadeiras (em presídios femininos)	atendimentos diários previstos:
1 balança antropométrica adulto	alveolótomo
1 mesa de instrumentos	aplicador para cimento (duplo)
1 carrinho de curativo	bandeja de aço
1 histerômetro (em presídios femininos)	brunidor
1 recipiente para esterilização de instrumentos	cabo para bisturi
1 espátula HAYRE (em presídios femininos)	cabo para espelho
2 caixas térmicas para transporte de material biológico	caixa inox com tampa
1 auto - clave vertical cap. 12 l.	condensadores (tamanhos variados)
1 balde c/ pedal	cureta de periodontal tipo Gracey (vários números)
1 banqueta giratória cromada	curetas alveolares
1 armário vitrine	elevadores (alavancas) para raiz adulto
1 lanterna clínica para exame	escavador de dentina (tamanhos variados)
1 negatoscópio	esculpiðor Hollemback
1 oftalmoscópio c/ otoscópio	espátula para cimento
1 cuba retangular c/ tampa	espelho odontológico
1 suporte para soro	fórceps adultos (vários números)
1 glicosímetro	frascos Dappen de plástico e de vidro
1 tesoura SIMS reta	lâmparina
1 tesoura MAYO reta 14cm	lima óssea
2 portas agulha HEGAR	pinça Halstead (mosquito) curva e reta
6 pinças HALSTEAD (mosquito)	pinça para algodão
6 pinças KELLY reta	placa de vidro

6 pinças Pean	porta agulha pequeno
6 pinças KOCHER reta	porta amálgama
6 pinças KOCHER curva	porta matriz
6 pinças FOERSCHÉ (coração)	seringa Carpule
20 pinças cheron, 25cm (em presídios femininos)	sindesmótomo
10 pinças de Pozzi ou Museaux 25cm (em presídios femininos)	sonda exploradora
2 tambores médios	sonda periodontal milimetrada
6 cubas redondas	tesoura cirúrgica reta e curva
6 cubas retangulares	tesoura íris
6 cubas rim	tesoura standard
cubas para solução	
frascos e lâminas de ponta fosca (em presídios femininos)	

**PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 3.343 DE 28 DE DEZEMBRO DE 2006.**

*Altera os valores do Incentivo para Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário e dá outras providências.*

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE E O MINISTRO DE ESTADO DA JUSTIÇA, INTERINO, no uso de suas atribuições, e

Considerando a Portaria Interministerial nº 1.777, de 9 de setembro de 2003, que cria o Incentivo para Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário, como componente variável do Piso da Atenção Básica e define que cabe à Saúde financiar o correspondente a 70% do recurso e ao Ministério da Justiça o correspondente a 30% do recurso;

Considerando a Portaria nº 650/GM, de 28 de março de 2006, que define valores de financiamento do PAB fixo e variável mediante a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica;

Considerando a necessidade de se atualizarem os valores do Incentivo para Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário, tendo em vista o quantitativo de equipes de saúde atuando no Sistema Penitenciário dos Estados/Municípios qualificados no Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário;

Considerando a Portaria nº 268/SAS, de 17 de setembro de 2003, que cria no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) o Serviço de Classificação 065 – Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário; e

Considerando os Decretos nº 1.651/1995 e nº 1.232/1994, que trata das transferências Fundo a Fundo;

**RESOLVEM:**

Art. 1º Definir que, em estabelecimentos prisionais com mais de 100 pessoas presas, as equipes de saúde implantadas, considerando uma equipe para até 500 presos e com carga horária mínima de 20 horas semanais, recebam o incentivo correspondente a R\$ 5.400,00/mês ou 64.800,00/ano por equipe de saúde.

Art. 2º Definir que em estabelecimentos prisionais com até 100 pessoas presas, as ações e serviços de saúde poderão ser realizadas por profissionais da Secretaria Municipal de Saúde, os quais deverão atuar no mínimo 4 horas semanais na unidade prisional, e o valor do Incentivo será de R\$ 2.700,00/mês ou R\$ 32.400,00/ano por estabelecimento de saúde.

Art. 3º Os valores de custeio do Incentivo para Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário serão baseados no número de pessoas incluídas no Sistema Penitenciário Nacional, conforme dados do Departamento Penitenciário Nacional do Ministério da Justiça.

Art. 4º Este Incentivo deverá financiar as ações de promoção da saúde e de atenção no nível básico relativos à saúde bucal, saúde da mulher, doenças sexualmente transmissíveis e AIDS, saúde mental, hepatites, tuberculose, hipertensão, diabetes, hanseníase, bem como à assistência farmacêutica básica, imunizações e coleta de exames laboratoriais.

Art. 5º Determinar que os recursos orçamentários de que trata esta Portaria corram por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.302.1312.8527 - Serviços de Atenção à Saúde da População do Sistema Penitenciário Nacional.

Parágrafo único. Os créditos orçamentários e os recursos financeiros provenientes do Fundo Penitenciário Nacional (Funpen/Ministério da Justiça) serão repassados ao Fundo Nacional de Saúde, mediante destaque de crédito, com vistas a sua transferência aos estados e (ou) aos municípios.

Art. 6º Definir que os recursos do Ministério da Saúde e do Ministério da Justiça possam ser repassados do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais e (ou) Municipais de Saúde, dependendo da pactuação no âmbito de cada unidade federada, para os respectivos serviços executores do Plano, de acordo com regulamentação do Ministério da Saúde.

Parágrafo único. A comprovação da aplicação dos recursos transferidos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e (ou) Municipais de Saúde deve ser apresentada ao Ministério da Saúde e ao Estado, por meio de Relatório de Gestão, aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde.

Art. 7º Estabelecer que o repasse do Incentivo será feito aos estados/municípios qualificados no Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário no valor proporcional ao quantitativo de equipes de saúde cadastradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) no Sistema Penitenciário.

§ 1º A não-atualização dos dados de cadastro, dos estabelecimentos de saúde das unidades prisionais e dos profissionais, no prazo de 90 dias acarretará a suspensão do repasse do Incentivo.

§ 2º As eventuais substituições dos profissionais que compõem a equipe mínima deverão ser feitas no prazo de 90 (noventa) dias, caso contrário o repasse do

Incentivo será suspenso.

Art. 8º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ AGENOR ÁLVARES DA SILVA  
Ministro de Estado da Saúde

LUIZ PAULO TELES FERREIRA BARRETO  
Ministro de Estado da Justiça, Interino

## **PORTARIA Nº 1.028, DE 1º DE JULHO DE 2005**

*Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria.*

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e Considerando que cabe ao Ministério da Saúde regulamentar as ações destinadas à redução de danos sociais e à saúde decorrentes do uso de álcool e outras drogas, conforme os termos do art. 12, inciso II, da Lei nº 10.409, de 11 de janeiro de 2002;

CONSIDERANDO as diretrizes da Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral dos Usuários de Álcool e outras Drogas;

CONSIDERANDO as recomendações produzidas pelo Grupo de Trabalho Interministerial relacionado à política específica sobre bebidas alcoólicas, criado por intermédio do Decreto Presidencial do dia 28 de maio de 2003;

CONSIDERANDO que as intervenções de saúde dirigidas aos usuários e dependentes de álcool e outras drogas devem ser ampliadas e estar baseadas na melhoria da qualidade de vida das pessoas;

CONSIDERANDO a urgência de diminuir os índices da infecção dos vírus HIV e Hepatites B e C entre usuários de drogas injetáveis; e

CONSIDERANDO o crescente consumo de bebidas alcoólicas entre jovens e os acidentes de trânsito decorrentes do uso desta substância, resolve:

Art. 1º Determinar que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria.

Art. 2º Definir que a redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, desenvolva-se por meio de ações de saúde dirigidas a usuários ou a dependentes que não podem, não conseguem ou não querem interromper o referido uso, tendo como objetivo reduzir os riscos associados sem, necessariamente, intervir na oferta ou no consumo.

Art. 3º Definir que as ações de redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, compreendam

uma ou mais das medidas de atenção integral à saúde, listadas a seguir, praticadas respeitando as necessidades do público alvo e da comunidade:

- I - informação, educação e aconselhamento;
- II - assistência social e à saúde; e
- III - disponibilização de insumos de proteção à saúde e de prevenção ao HIV/Aids e Hepatites.

Art. 4º Estabelecer que as ações de informação, educação e aconselhamento tenham por objetivo o estímulo à adoção de comportamentos mais seguros no consumo de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, e nas práticas sexuais de seus consumidores e parceiros sexuais.

§ 1º São conteúdos necessários das ações de informação, educação e aconselhamento:

- I - informações sobre os possíveis riscos e danos relacionados ao consumo de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência;
- II - desestímulo ao compartilhamento de instrumentos utilizados para consumo de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência;
- III - orientação sobre prevenção e conduta em caso de intoxicação aguda ("overdose");
- IV - prevenção das infecções pelo HIV, hepatites, endocardites e outras patologias de padrão de transmissão similar;
- V - orientação para prática do sexo seguro;
- VI - divulgação dos serviços públicos e de interesse público, nas áreas de assistência social e de saúde; e
- VII - divulgação dos princípios e garantias fundamentais assegurados na Constituição Federal e nas declarações universais de direitos.

§ 2º As ações de informação, educação e aconselhamento devem, necessariamente, ser acompanhadas da distribuição dos insumos destinados a minimizar os riscos decorrentes do consumo de produtos, substâncias e drogas que causem dependência.

Art. 5º Estabelecer que a oferta de assistência social e à saúde, na comunidade e em serviços, objetive a garantia de assistência integral ao usuário ou ao dependente de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência.

Parágrafo único. São ações necessárias na oferta de assistência social e à saúde, quando requeridas pelo usuário ou pelo dependente:

- I - o tratamento à dependência causada por produtos, substâncias ou drogas;

II - o diagnóstico da infecção pelo HIV e o tratamento da infecção pelo HIV e da AIDS;

III a imunização, o diagnóstico e o tratamento das hepatites virais;

IV - o diagnóstico e o tratamento das doenças sexualmente transmissíveis (DST); e

V - a orientação para o exercício dos direitos e garantias fundamentais previstos na Constituição Federal e quaisquer outros relativos à manutenção de qualidade digna da vida.

Art. 6º Definir que as estratégias de redução de danos incluam a disponibilização de insumos de prevenção ao HIV/Aids e as estratégias da saúde pública dirigidas à proteção da vida e ao tratamento dos dependentes de produtos, substâncias e drogas que causem dependência.

Art. 7º Estabelecer que as iniciativas relacionadas ao consumo de bebidas alcoólicas sejam incluídas nas estratégias de redução de danos, dados os agravos relacionados a esta substância na população geral e que devam ser articuladas intersetorialmente de forma a potencializar os efeitos de promoção à saúde.

Art. 8º Definir que as ações de redução de danos devem ser desenvolvidas em todos os espaços de interesse público em que ocorra ou possa ocorrer o consumo de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, ou para onde se reportem os seus usuários.

Parágrafo único. As disposições desta Portaria aplicam-se no âmbito do sistema penitenciário, das cadeias públicas, dos estabelecimentos educacionais destinados à internação de adolescentes, dos hospitais psiquiátricos, dos abrigos, dos estabelecimentos destinados ao tratamento de usuários ou dependentes ou de quaisquer outras instituições que mantenham pessoas submetidas à privação ou à restrição da liberdade.

Art. 9º Estabelecer que as ações de redução de danos devem ser desenvolvidas em consonância com a promoção dos direitos humanos, tendo especialmente em conta o respeito à diversidade dos usuários ou dependentes de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência.

§ 1º Em todas as ações de redução de danos, devem ser preservadas a identidade e a liberdade da decisão do usuário ou dependente ou pessoas tomadas como tais, sobre qualquer procedimento relacionado à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento.

§ 2º A contratação de pessoal para o trabalho com redução de danos, de que trata esta Portaria, deve dar prioridade aos membros da comunidade onde as ações serão desenvolvidas, observadas, no âmbito da Administração Pública, as normas de acesso a cargos ou empregos públicos, levando-se em conta principalmente o acesso à população alvo, independentemente do nível de instrução formal.

Art. 10. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

HUMBERTO COSTA

## **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 correspondentes e dá outras providências.*

O Presidente da República, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

### Disposição Preliminar

Art. 1º - Esta Lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados, isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado.

### TÍTULO I

#### Das Disposições Gerais

Art. 2º - A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º - O dever do Estado de garantir a saúde consiste na reformulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º - O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Art. 3º - A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Parágrafo Único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

### TÍTULO II

Do Sistema Único de Saúde  
Disposição Preliminar

Art. 4º - O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde-SUS.

§ 1º - Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para a saúde.

§ 2º - A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde-SUS, em caráter complementar.

CAPÍTULO I  
Dos Objetivos e Atribuições

Art. 5º - Dos objetivos do Sistema Único de Saúde-SUS :

- I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
- II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no §1º do artigo 2º desta Lei;
- III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde-SUS:

- I - a execução de ações:
  - a) de vigilância sanitária;
  - b) de vigilância epidemiológica;
  - c) de saúde do trabalhador; e
  - d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica.
- II - a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;
- III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;

- IV - a vigilância nutricional e orientação alimentar;
- V - a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;
- VI - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;
- VII - o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;
- VIII - a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas, para consumo humano;
- IX - participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- X - o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico;
- XI - a formulação e execução da política de sangue e seus derivados.

§ 1º - Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

- I - o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e
- II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

§ 2º - Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

§ 3º - Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa a recuperação e a reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:

- I - assistência ao trabalhador vítima de acidente de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;

II - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde-SUS, em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;

III - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde - SUS, da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentem riscos à saúde do trabalhador;

IV - avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;

V - informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e a empresas sobre os riscos de acidente de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;

VI - participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;

VII - revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração, a colaboração das entidades sindicais; e

VIII - a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo o ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores.

## CAPÍTULO II

### Dos Princípios e Diretrizes

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde - SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade

física e moral;

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário;

VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII - participação da comunidade;

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X - integração, em nível executivo, das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e

XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

## CAPÍTULO III

### Da Organização, da Direção e da Gestão

Art. 8º - As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde-SUS, seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

Art. 9º - A direção do Sistema Único de Saúde-SUS é única, de acordo com o inciso I do artigo 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:

I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;

II - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva secretaria de saúde ou órgão equivalente; e

III - no âmbito dos Municípios, pela respectiva secretaria de saúde ou órgão equivalente.

Art. 10º - Os Municípios poderão constituir consórcios para desenvolver, em conjunto, as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam.

§ 1º - Aplica-se aos consórcios administrativos intermunicipais o princípio da direção única e os respectivos atos constitutivos disporão sobre sua observância.

§ 2º - No nível municipal, o Sistema Único de Saúde-SUS poderá organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde. Art. 11º (VETADO)

Art. 12º - Serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil.

Parágrafo único - As comissões intersetoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS.

Art. 13º - A articulação das políticas e programas, a cargo das comissões intersetoriais, abrangerá, em especial, as seguintes atividades:

- I - alimentação e nutrição;
- II - saneamento e meio ambiente;
- III - Vigilância Sanitária e farmacoepidemiologia;
- IV - recursos humanos;
- V - ciência e tecnologia; e
- VI - saúde do trabalhador.

Art. 14. Deverão ser criadas comissões permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior.

Parágrafo único - Cada uma dessas comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde-SUS, na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições.

CAPÍTULO IV  
Da Competência e das Atribuições  
SEÇÃO I  
das Atribuições Comuns

Art. 15º A União, os estados, o Distrito Federal e os municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:

I - definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e fiscalização das ações e serviços de saúde;

II - administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde;

III - acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais;

IV - organização e coordenação do sistema de informação em saúde;

V - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde;

VI - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador;

VII - participação de formulação da política e da execução das ações de saneamento básico e colaboração na proteção e recuperação do meio ambiente;

VIII - elaboração e atualização periódica do plano de saúde;

IX - participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;

X - elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde-SUS, de conformidade com o plano de saúde;

XI - elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública;

XII - realização de operações externas de natureza financeira de interesse da saúde, autorizadas pelo Senado Federal;

XIII - para atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de irrupção de epidemias, a autoridade competente da esfera administrativa correspondente poderá requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como jurídicas, sendo-lhes assegurada justa indenização;

XIV - implementar o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;

XV - propor a celebração de convênios, acordos e protocolos internacionais relativos a saúde, saneamento e o meio ambiente;

XVI - elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde;

XVII - promover articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional, e outras entidades representativas da sociedade civil, para a definição e controle dos padrões éticos para a pesquisa, ações e serviços de saúde;

- XVIII - promover a articulação da política e dos planos de saúde;
- XIX - realizar pesquisas e estudos na área de saúde;
- XX - definir as instâncias e mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder da política sanitária; XXI - fomentar, coordenar e executar programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial.

## SEÇÃO II Da Competência

Art. 16. À direção nacional do Sistema Único de Saúde-SUS compete:

- I - formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição;
- II - participar na formulação e na implementação das políticas:
  - a) de controle das agressões ao meio ambiente;
  - b) de saneamento básico; e
  - c) relativas às condições e aos ambientes de trabalho;
- III - definir e coordenar os sistemas:
  - a) de redes integradas de assistência de alta complexidade;
  - b) de rede de laboratórios de saúde pública;
  - c) de vigilância epidemiológica; e
  - d) de vigilância sanitária.
- IV - participar da definição de normas e mecanismos de controle, com órgãos afins, de agravos sobre o meio ambiente, ou deles decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana;
- V - participar da definição de normas, critérios e padrões para controle das condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a política de saúde do trabalhador;
- VI - coordenar e participar na execução das ações de vigilância epidemiológica;
- VII - estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo a execução ser complementada pelos Estados, Distrito Federal e Municípios;
- VIII - estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano;
- IX - promover a articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos na área de saúde;
- X - formular, avaliar, elaborar normas e participar na execução da política

- nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos governamentais;
- XI - identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde;
- XII - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde;
- XIII - prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional.
- XIV - elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde-SUS e os serviços privados contratados de assistência à saúde;
- XV - promover a descentralização, para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal;
- XVI - normatizar e coordenar nacionalmente o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;
- XVII - acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências Estaduais e Municipais;
- XVIII - elaborar o planejamento estratégico nacional no âmbito do SUS em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal;
- XIX - estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS, em todo o território nacional, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal.

Parágrafo único. A União poderá executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária em circunstâncias especiais, como na ocorrência de agravos inusitados à saúde, que possam escapar do controle da direção estadual do Sistema Único de Saúde-SUS ou que representem risco de disseminação nacional.

Art. 17. - À direção estadual do Sistema Único de Saúde-SUS compete:

- I - promover a descentralização, para os Municípios, dos serviços e das ações de saúde;
- II - acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde- SUS.
- III - prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;
- IV - coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços:
  - a) de vigilância epidemiológica;
  - b) de vigilância sanitária;

- c) de alimentação e nutrição; e
  - d) de saúde do trabalhador;
- V - participar, junto com órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana; VI - participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico;
- VII - participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho;
- VIII - em caráter suplementar formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde;
- IX - identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional;
- X - coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa;
- XI - estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e a avaliação das ações e serviços de saúde;
- XII - formular normas estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano;
- XIII - colaborar com a União na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;
- XIV - acompanhar, avaliar e divulgar os indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federada.

Art. 18. À direção municipal do Sistema Único de Saúde-SUS, compete:

- I - planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;
- II - participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde-SUS, em articulação com sua direção estadual;
- III - participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;
- IV - executar serviços:
  - a) de vigilância epidemiológica;
  - b) de vigilância sanitária;
  - c) de alimentação e nutrição;
  - d) de saneamento básico; e

- e) de saúde do trabalhador;
- V - dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde;
- VI - colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente, que tenham repercussão sobre a saúde humana, e atuar, junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes, para controlá-las;
- VII - formar consórcios administrativos intermunicipais;
- VIII - gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;
- IX - colaborar com a União e com os Estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;
- X - observado o disposto no artigo 26 desta lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução;
- XI - controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde:
- XII - normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.

Art.19. Ao Distrito Federal competem as atribuições reservadas aos Estados e aos Municípios.

### TÍTULO III

#### Dos Serviços Privados de Assistência à Saúde

#### CAPÍTULO I

#### Do Funcionamento

Art. 20. Os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas e de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde.

Art. 21. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

Art. 22. Na prestação de serviços privados de assistência à saúde, serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde-SUS quanto às condições para seu funcionamento.

Art. 23. É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros na assistência à saúde, salvo através de doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos.

§ 1º Em qualquer caso é obrigatória a autorização do órgão de direção nacional do Sistema Único de Saúde-SUS, submetendo-se a seu controle as atividades que forem desenvolvidas e os instrumentos que forem firmados.

§ 2º Excetuam-se do disposto neste artigo os serviços de saúde mantidos, sem finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a Seguridade Social.

## CAPÍTULO II

### Da Participação Complementar

Art. 24. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde-SUS poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.

Parágrafo único. A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público.

Art. 25. Na hipótese do artigo anterior, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência para participar do Sistema Único de Saúde-SUS.

Art. 26. Os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecida pela direção nacional do Sistema Único de Saúde-SUS, aprovados no Conselho Nacional de Saúde.

§ 1º Na fixação dos critérios, valores, formas de reajuste e de pagamento da remuneração, aludida neste artigo, a direção nacional do Sistema Único de Saúde-SUS, deverá fundamentar seu ato em demonstrativo econômico-financeiro que garanta a efetiva qualidade dos serviços contratados.

§ 2º Os serviços contratados submeter-se-ão às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde-SUS, mantido o equilíbrio econômico e financeiro do contrato.

§ 3º (VETADO)

§ 4º Aos proprietários, administradores e dirigentes de entidades ou serviços contratados é vedado exercer cargo de chefia ou função de confiança no Sistema Único de Saúde-SUS.

## TÍTULO IV Dos Recursos Humanos

Art. 27. A política de recursos humanos na área de saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos:

I - organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal;

II - (VETADO)

III - (VETADO)

IV - valorização da dedicação exclusiva aos serviços do Sistema Único de Saúde-SUS.

Parágrafo único. Os serviços públicos que integram o Sistema Único de Saúde-SUS constituem campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional.

Art. 28. Os cargos e funções de chefia, direção e assessoramento, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS, só poderão ser exercidos em regime de tempo integral.

§ 1º Os servidores que legalmente acumulam dois cargos ou empregos poderão exercer suas atividades em mais de um estabelecimento do Sistema Único de Saúde-SUS.

§ 2º O disposto no parágrafo anterior aplica-se também aos servidores em regime de tempo integral, com exceção dos ocupantes de cargos ou função de chefia, direção ou assessoramento.

Art. 29. (VETADO)

Art. 30. As especializações na forma de treinamento em serviço sob supervisão ser o regulamentadas por comissão nacional, instituída de acordo com o artigo 12 desta lei, garantida a participação das entidades profissionais correspondentes.

## TÍTULO V Do Financiamento CAPÍTULO I Dos Recursos

Art. 31. O orçamento da Seguridade Social destinará ao Sistema Único de Saúde-SUS, de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de

suas finalidades, previstos em propostas elaborada pela sua direção nacional, com a participação dos órgãos de previdência social e da assistência social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias.

Art. 32. São considerados de outras fontes os recursos provenientes de:

I - (VETADO)

II - serviços que possam ser prestados sem prejuízo da assistência à saúde;

III - ajuda, contribuições, doações e donativos;

IV - alienações patrimoniais e rendimentos de capital;

V - taxas, multas, emolumentos e preços públicos arrecadados no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS; e

VI - rendas eventuais, inclusive comerciais e industriais.

§ 1º Ao sistema Único de Saúde-SUS caberá metade da receita de que trata o inciso I deste artigo, apurada mensalmente, a qual será destinada à recuperação de viciados.

§ 2º As receitas geradas no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS serão creditadas diretamente em contas especiais, movimentadas pela sua direção, na esfera de poder onde forem arrecadadas.

§ 3º As ações de saneamento, que venham a ser executadas supletivamente pelo Sistema Único de Saúde-SUS, serão financiadas por recursos tarifários específicos e outros da União, Estados, Distrito Federal, Municípios e, em particular, do Sistema Financeiro da Habitação-SFH.

§ 4º (VETADO)

§ 5º As atividades de pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde serão co-financiadas pelo Sistema Único de Saúde-SUS, pelas universidades e pelo orçamento fiscal, além de recursos de instituições de fomento e financiamento ou de origem externa e receita próprias das instituições executoras.

§ 6º (VETADO)

## CAPÍTULO II

### Da Gestão Financeira

Art. 33. Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde-SUS serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos conselhos de saúde.

§ 1º Na esfera federal, os recursos financeiros, originários do orçamento da Seguridade Social, de outros orçamentos da União, além de outras fontes, serão administrados pelo Ministério da Saúde, através do Fundo Nacional de Saúde.

§ 2º (VETADO)

§ 3º (VETADO)

§ 4º - O Ministério da Saúde acompanhará através de seu sistema de auditoria a conformidade à programação aprovada da aplicação dos recursos repassados a Estados e Municípios; constatada a malversação, desvio ou não aplicação dos recursos, caberá ao Ministério da Saúde aplicar as medidas previstas em lei.

Art. 34. As autoridades responsáveis pela distribuição da receita efetivamente arrecadada transferirão automaticamente ao Fundo Nacional de Saúde-FNS, observado o critério do parágrafo único deste artigo, os recursos financeiros correspondentes às dotações consignadas no orçamento da Seguridade Social, a projetos e atividades a serem executados no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS.

Parágrafo único. Na distribuição dos recursos financeiros da Seguridade Social será observada a mesma proporção da despesa prevista de cada área, do orçamento da Seguridade social.

Art. 35. Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica de programas e projetos:

I - perfil demográfico da região;

II - perfil epidemiológico da população a ser coberta; III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;

IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;

V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;

VI - previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;

VII - ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

§ 1º Metade dos recursos destinados a Estados e Municípios será distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio.

§ 2º Nos casos de Estados e Municípios sujeitos a notório processo de migração, os critérios demográficos mencionados nesta lei serão ponderados por outros

indicadores de crescimento populacional, em especial o número de eleitores registrados.

§ 3º (VETADO)

§ 4º (VETADO)

§ 5º (VETADO)

§ 6º O disposto no parágrafo anterior não prejudica a atuação dos órgãos de controle interno e externo e nem a aplicação de penalidades previstas em lei em caso de irregularidades verificadas na gestão dos recursos transferidos.

### CAPÍTULO III

#### Do Planejamento e do Orçamento

Art. 36. O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde-SUS será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União.

§ 1º Os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde-SUS e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária.

§ 2º É vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área de saúde.

Art. 37. O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa.

Art. 38. Não será permitida a destinação de subvenções e auxílios a instituições prestadoras de serviços de saúde com finalidade lucrativa.

#### DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 39. (VETADO)

§1º (VETADO)

§2º (VETADO)

§3º (VETADO)

§4º (VETADO)

§ 5º A cessão de uso dos imóveis de propriedade do INAMPS para órgãos integrantes do Sistema Único de Saúde-SUS será feita de modo a preservá-los como patrimônio da Seguridade Social.

§ 6º Os imóveis de que trata o parágrafo anterior serão inventariados com todos os acessórios, equipamentos e outros bens imóveis e ficarão disponíveis para utilização pelo órgão de direção municipal do Sistema Único de Saúde-SUS, ou eventualmente, pelo estadual, em cuja circunscrição administrativa se encontrem, mediante simples termo de recebimento.

§ 7º (VETADO)

§ 8º O acesso aos serviços de informática e base de dados, mantidos pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério do Trabalho e Previdência Social, será assegurado às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde ou órgãos congêneres, como suporte ao processo de gestão, de forma a permitir a gerência informatizada das contas e a disseminação de estatísticas sanitárias e epidemiológicas médico-hospitalares.

Art. 40. (VETADO)

Art. 41. As ações desenvolvidas pela Fundação das Pioneiras Sociais e pelo Instituto Nacional do Câncer, supervisionadas pela direção nacional do Sistema Único de Saúde-SUS, permanecerão como referencial de prestação de serviços, formação de recursos humanos e para transferência de tecnologia. Art. 42. (VETADO)

Art. 43. A gratuidade das ações e serviços de saúde fica preservada nos serviços públicos e privados contratados, ressalvando-se as cláusulas dos contratos ou convênios estabelecidos com as entidades privadas.

Art. 44. e seus parágrafos (VETADOS)

Art. 45. Os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino integram-se ao Sistema Único de Saúde-SUS, mediante convênio, preservada a sua autonomia administrativa, em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão, dos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados.

§1º Os serviços de saúde de sistemas estaduais e municipais de previdência social deverão integrar-se à direção correspondente do Sistema Único de Saúde-SUS, conforme seu âmbito de atuação, bem como quaisquer outros órgãos e serviços de saúde.

§2º Em tempo de paz e havendo interesse recíproco, os serviços de saúde das Forças Armadas poderão integrar-se ao Sistema Único de Saúde-SUS, conforme se dispuser em convênio que, para esse fim, for firmado.

Art. 46. O Sistema Único de Saúde-SUS estabelecerá mecanismos de incentivo à participação do setor privado no investimento em ciência e tecnologia e estimulará a transferência de tecnologia das Universidades e institutos de pesquisa aos serviços de saúde nos Estados, Distrito Federal e Municípios, e às empresas nacionais.

Art. 47. O Ministério da Saúde, em articulação com os níveis estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde-SUS organizará, no prazo de 2(dois) anos, um sistema nacional de informações em saúde, integrado em todo o território nacional, abrangendo questões epidemiológicas e de prestação de serviços.

Art. 48. (VETADO)

Art. 49. (VETADO)

Art. 50. Os convênios entre a União, os Estados e os Municípios, celebrados para a implantação dos sistemas unificados e descentralizados de saúde, ficarão rescindidos à proporção que seu objeto for sendo absorvido pelo Sistema Único de Saúde-SUS.

Art. 51. (VETADO)

Art. 52. Sem prejuízo de outras sanções cabíveis, constitui crime de emprego irregular de verbas ou rendas públicas (Código Penal, artigo 315) a utilização de recursos financeiros do Sistema Único de Saúde-SUS em finalidades diversas das previstas nesta lei.

Art. 53. (VETADO)

Art. 54. Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 55. São revogadas a Lei nº 2.312, de 3 de setembro de 1954; a Lei nº 6.229, de 17 de julho de 1975, e demais disposições em contrário.

## **PREVENÇÃO DO SUICÍDIO - MANUAL DIRIGIDO A PROFISSIONAIS DAS EQUIPES DE SAÚDE MENTAL.**

*Ministério da Saúde – Brasil/ Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio/ Organização Pan-Americana da Saúde/ Universidade Estadual de Campinas*

*Ministério da Saúde*

*Secretaria de Atenção à Saúde*

*Departamento de Ações Programáticas Estratégicas*

*Área Técnica de Saúde Mental*

*www.saude.gov.br*

*Universidade Estadual de Campinas (Unicamp)*

*Faculdade de Ciências Médicas*

*Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria*

*Organização Pan-Americana da Saúde (Opas)*

*Organização: Carlos Felipe D'Oliveira e Neury José Botega*

*Equipe técnica responsável pela elaboração do texto: Carlos Filinto da Silva Cais e Sabrina Stefanello*

*Revisão técnica: Carlos Felipe D'Oliveira e Beatriz Montenegro Franco de Souza*

### **Apresentação**

No ano em que a Organização Mundial da Saúde escolhe como tema do Dia Mundial da Saúde Mental – 10 de outubro – a Prevenção do Suicídio, o Ministério da Saúde, após ter lançado, em agosto deste ano, as Diretrizes nacionais de prevenção do suicídio, lança este manual para profissionais das equipes de saúde mental dos serviços de saúde, com especial ênfase às equipes dos Centros de Atenção Psicossociais (Caps). Esta iniciativa é parte da Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio, que visa a reduzir as taxas de suicídios e tentativas e os danos associados com os comportamentos suicidas, assim como o impacto traumático do suicídio na família, entre amigos e companheiros (as), nos locais de trabalho, nas escolas e em outras instituições.

Como um sério problema de saúde pública, a prevenção do comportamento suicida não é uma tarefa fácil. Uma estratégia nacional de prevenção, como a que se organiza no Brasil a partir de 2006, envolve uma série de atividades, em diferentes níveis, e uma delas é a qualificação permanente das equipes de saúde, uma das diretrizes desta proposta. Uma vez que várias doenças mentais

se associam ao suicídio, a detecção precoce e o tratamento apropriado dessas condições são importantes na sua prevenção.

Nesse sentido, este manual é um recurso a mais, dentre vários que estão sendo preparados, resultante de uma cooperação entre o Ministério da Saúde, a Organização Pan-Americana da Saúde e o Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. Sua principal finalidade é a transmissão de informações básicas que possam orientar a detecção precoce de certas condições mentais associadas ao comportamento suicida, bem como o manejo inicial de pessoas que se encontrem sob risco suicida e medidas de prevenção.

José Gomes Temporão  
Secretaria de Atenção à Saúde  
Outubro de 2006

### **Comportamento suicida: a dimensão do problema**

O comportamento suicida vem ganhando impulso em termos numéricos e, principalmente, de impacto, como podemos ver pelos dados da Organização Mundial da Saúde (OMS):

- O número de mortes por suicídio, em termos globais, para o ano de 2003 girou em torno de 900 mil pessoas.
- Na faixa etária entre 15 e 35 anos, o suicídio está entre as três maiores causas de morte.
- Nos últimos 45 anos, a mortalidade global por suicídio vem migrando em participação percentual do grupo dos mais idosos para o de indivíduos mais jovens (15 a 45 anos).
- Em indivíduos entre 15 e 44 anos, o suicídio é a sexta causa de incapacitação.
- Para cada suicídio há, em média, 5 ou 6 pessoas próximas ao falecido que sofrem consequências emocionais, sociais e econômicas.
- 1,4% do ônus global ocasionado por doenças no ano 2002 foi devido a tentativas de suicídio, e estima-se que chegará a 2,4% em 2020.
- O Brasil encontra-se no grupo de países com taxas baixas de suicídio.
- Essas taxas variaram de 3,9 a 4,5 para cada 100 mil habitantes a cada ano, entre os anos de 1994 e 2004 (Fonte: MS/SVS, 2006).

- No entanto, como se trata de um país populoso, está entre os dez países com maiores números absolutos de suicídio (7.987 em 2004).

Embora o Brasil apresente uma taxa geral considerada baixa pela OMS, os dados identificados na série de 1994 a 2004 apontam que alguns estados brasileiros já apresentam taxas comparáveis aos países apontados como de frequência de média a elevada. Além disso, seguem a mesma tendência de ascensão e apresentam um coeficiente agregado para os sexos masculino e feminino de 3,7:1 (dados de 2004), semelhante à média para inúmeros países. Embora a mortalidade no sexo masculino seja mais elevada, o aumento proporcional das taxas, no período, foi de 16,4% para os homens e de 24,7% nas mulheres.

### **A importância das equipes dos centros de atenção psicossocial na prevenção do suicídio**

Os estudos têm demonstrado que indivíduos que padecem de esquizofrenia, transtorno esquizoafetivo ou transtorno afetivo bipolar possuem maior risco para suicídio. As equipes dos Caps são responsáveis pelo cuidado de pessoas que, em grande proporção, padecem de alguns desses transtornos. Essas equipes lidam constantemente com indivíduos em situação de crise, quando o risco de suicídio se encontra agudizado. Também por estarem em contato próximo e duradouro com os pacientes, seus familiares e sua comunidade, estão em posição privilegiada para avaliação da "rede de proteção social" dos pacientes em risco de suicídio e a criação de estratégias de reforço dessa rede.

### **Alguns fatores de risco para o suicídio**

- transtornos mentais;
- sociodemográficos;
- psicológicos;
- condições clínicas incapacitantes.

#### **Transtornos mentais**

(em participação decrescente nos casos de suicídio)

- transtornos do humor (ex.: depressão);
- transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas (ex.: alcoolismo);
- transtornos de personalidade (principalmente borderline, narcisista e anti-social);
- esquizofrenia;
- transtornos de ansiedade;

- comorbidade potencializa 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.

#### **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;

#### **Condições clínicas incapacitantes**

- doenças orgânicas incapacitantes;
- dor crônica;
- lesões desfigurantes perenes;
- epilepsia;
- trauma medular;
- neoplasias malignas;
- Aids.

### **Suicídio e transtornos mentais**

Estudos em diferentes regiões do mundo têm demonstrado que, na quase totalidade dos suicídios, os indivíduos estavam padecendo de um transtorno mental.

Enfocaremos os principais transtornos mentais (a seguir) associados ao risco de suicídio, pois com seu diagnóstico e tratamento adequados atuamos na prevenção do comportamento suicida.

### **Esquizofrenia**

A prevalência da esquizofrenia situa-se ao redor de 1% da população em termos tanto globais quanto brasileiros.

Aproximadamente 10% dos indivíduos que possuem esquizofrenia falecem por suicídio.

A maneira mais eficiente de se reduzir o risco de suicídio nessas pessoas (assim como em outros transtornos mentais) é o tratamento correto do transtorno de base. Por isso, a seguir, apresentaremos informações que facilitam o manejo clínico.

#### **Diagnóstico**

- delírios;
- alucinações;
- discurso desorganizado;
- comportamento desorganizado;
- sintomas negativos (embotamento afetivo, diminuição da vontade, alergia, hipoedonia);
- perda de capacidade laboral/acadêmica/social.

#### **Definições**

**Delírios:** uma falsa crença baseada em uma inferência incorreta acerca da realidade externa, firmemente mantida, apesar do que todas as outras pessoas acreditam e apesar de provas ou evidências incontestes em contrário. Esta crença não é compreensível por uma diferença de concepção religiosa ou cultural.

**Alucinações:** uma percepção sensorial que apresenta a sensação de realidade de uma verdadeira percepção, mas que ocorre sem estimulação externa do órgão sensorial em questão.

**Esquizofrenia refratária:** paciente com diagnóstico de esquizofrenia que fez uso em dose e por tempo corretos de pelo menos três diferentes antipsicóticos, sendo pelo menos um deles um atípico, sem resposta clínica significativa.

#### **Dicas gerais de manejo**

- A) Tratamento multidisciplinar – o tratamento farmacológico é fundamental na esquizofrenia, mas de maneira nenhuma dispensa outros tratamentos concomitantes, como a terapia ocupacional ou a psicoterapia.

B) Momentos de maior risco de suicídio para o paciente que padece de esquizofrenia:

1. No período intercrise, quando percebe e não elabora toda a limitação e o prejuízo que a doença acarretou à sua vida.
2. Durante a crise, quando, por exemplo, segue vozes de comando que mandam se matar.
3. No período logo após a alta de uma internação psiquiátrica.

C) Apesar do maior acesso a recursos terapêuticos, o prognóstico dos indivíduos que padecem de esquizofrenia não é melhor nos países desenvolvidos. A maioria dos autores atribui tal fato à maior exigência social que recai sobre os indivíduos residentes nesses países. Concluímos, então, que exigências excessivas sobre os pacientes com esquizofrenia não são desejáveis. Sabemos também que pacientes cronicamente pouco estimulados (como os institucionalizados) apresentam maiores perdas cognitivoemocionais ao longo do tempo.

D) Quando um paciente não responde satisfatoriamente a um antipsicótico, o primeiro questionamento que devemos fazer é se o paciente está realmente tomando a medicação regularmente.

E) O histórico de reações e respostas aos antipsicóticos no passado é uma importante fonte para a escolha do fármaco atual.

F) Medicações de depósito podem ser usadas quando a questão da adesão é um fator muito limitante ao tratamento, desde que o paciente já tenha usado tal fármaco e reações adversas importantes não tenham aparecido. É contra-indicado portanto o uso de medicações de depósito em situações de emergência.

G) Estudos em esquizofrenia refratária têm mostrado ganhos significativos de qualidade de vida quando clozapina é introduzida para tais pacientes.

H) A introdução dos antipsicóticos atípicos trouxe, basicamente, ganhos no tratamento dos sintomas negativos da esquizofrenia e um perfil de efeitos colaterais mais tolerável para a ampla maioria dos pacientes. Também houve um significativo incremento do custo do tratamento farmacológico da esquizofrenia.

O clínico, na escolha de um antipsicótico, deve levar em conta ao menos quatro aspectos centrais:

1. Eficácia do fármaco nos sintomas positivos da esquizofrenia.

2. Eficácia do fármaco nos sintomas negativos da esquizofrenia.
3. Fármaco com perfil de efeitos colaterais mais adequado ao indivíduo em questão.
4. Custo do antipsicótico.

Alguns clínicos, equivocadamente, podem pensar que o custo monetário do tratamento recomendado pouco lhes diz respeito, devendo ficar a cargo do Estado no serviço público e do próprio paciente na clínica privada, esquecendo-se que ele, clínico, tem informações exclusivas e às vezes fundamentais para o balanço entre custo e benefício do tratamento. Duas situações extremas devem ser evitadas:

- manter o paciente com antipsicótico cujo perfil de efeitos colaterais lhe restringe a qualidade de vida apenas porque este é mais barato;
- introduzir um antipsicótico com preço muito superior aos mais antigos, com um ganho bem discreto ou até discutível para o paciente, sendo às vezes o mesmo volume de recursos suficiente para o sustento completo, em termos de moradia, alimentação, educação, saúde física para vários pacientes que padecem do mesmo transtorno.

### **Diferenças principais entre antipsicóticos atípicos e típicos ou clássicos**

Os antipsicóticos atípicos diferenciam-se dos típicos ou clássicos por possuírem um perfil diferente e mais tolerável de efeitos colaterais e pela melhor eficácia nos sintomas negativos da esquizofrenia. No nível bioquímico, os antipsicóticos clássicos funcionam, basicamente, bloqueando receptores de dopamina tipo 2. Já os atípicos bloqueiam, simultaneamente, outros tipos de receptores dopamínicos além do D2 e, de maneira geral, agem também em outros receptores, como os serotoninérgicos.

#### **Antipsicóticos típicos**

Haloperidol

Em relação ao uso concomitante de anticolinérgicos, como o biperideno, desde o início do tratamento com haloperidol, há dois pontos principais antagônicos:

- a) A adesão ao tratamento será facilitada, pois diminuem-se os sintomas parkinsonianos causados pelo haloperidol.
- b) Somam-se ao conjunto de efeitos colaterais os efeitos anticolinérgicos.

A maioria dos autores aprova o uso de anticolinérgicos desde o início do tratamento, por considerar que a melhor adesão e a diminuição dos sintomas parkinsonianos suplantam o aumento de efeitos colaterais anticolinérgicos, desde que as doses de haloperidol que o indivíduo esteja usando não sejam baixas como 2 mg/dia a 3 mg/dia.

Possíveis efeitos adversos (não estão listados todos os possíveis):

1. parkinsonismo;
2. efeitos extrapiramidais em geral;
3. distonia aguda;
4. discinesia tardia;
5. sedação;
6. síndrome neuroléptica maligna;
7. acatisia;
8. acinesia;
9. ganho de peso;
10. hiperprolactinemia (aumento das mamas, galactorrêa, alterações menstruais, diminuição da libido).

#### **Clorpromazina**

- Os antipsicóticos de baixa potência, como a clorpromazina e a tioridazina, causam, na comparação com o haloperidol, mais efeitos colaterais anticolinérgicos e hipotensão postural e menos parkinsonismo.

Possíveis efeitos adversos (não estão listados todos os possíveis):

1. sedação;
2. acatisia;
3. ganho de peso;
4. hiperprolactinemia (aumento das mamas, galactorrêa, alterações menstruais, diminuição da libido);
5. pseudoparkinsonismo;
6. efeitos extrapiramidais em geral;
7. discinesia tardia;
8. síndrome neuroléptica maligna;
9. boca seca;
10. constipação;
11. retenção urinária;
12. tontura;

13. hipotensão postural;
14. reações alérgicas dermatológicas;
15. depósito de pigmentos nos olhos;
16. fotosensibilidade cutânea.

#### **Tioridazina**

- Doses muito altas aumentam a chance de ocorrência de pigmentação na retina, uma séria e praticamente irreversível complicação, relativamente rara em doses baixas.

Possíveis efeitos adversos (não estão listados todos os possíveis):

1. sedação;
2. acatisia;
3. ganho de peso;
4. hiperprolactinemia (aumento das mamas, galactorrêa, alterações menstruais, diminuição da libido);
5. pseudoparkinsonismo;
6. efeitos extrapiramidais em geral;
7. discinesia tardia;
8. síndrome neuroléptica maligna;
9. boca seca;
10. constipação;
11. retenção urinária;
12. tontura;
13. hipotensão postural;
14. prolongamento do intervalo QT (eletrocardiograma antes de iniciar o tratamento e durante o tratamento);
15. ejaculação retrógrada.

#### **Antipsicóticos atípicos**

##### **Risperidona**

- Uma das melhores relações custo-benefício.
- A dose terapêutica idealmente deve manter-se entre 2 mg e 7 mg em duas tomadas diárias.
- Em doses superiores a 8 mg/dia, a risperidona age de maneira semelhante a um antipsicótico típico em termos de efeitos extrapiramidais.

Possíveis efeitos adversos (não estão listados todos os possíveis):

1. efeitos extrapiramidais em geral (intensificam-se com doses acima de 8 mg/dia);
2. hipotensão ortostática;
3. agitação;
4. sedação (menos intensa em comparação à clozapina, à olanzapina, à quetiapina);
5. hiperprolactinemia (aumento das mamas, galactorréia, alterações menstruais, diminuição da libido);
6. acatisia.

#### Olanzapina

- Menor intensidade de efeitos extrapiramidais em comparação à risperidona e principalmente em relação aos antipsicóticos típicos.
- A dose terapêutica idealmente deve manter-se entre 10 mg/dia e 20 mg/dia, podendo ser tomada em dose única, preferencialmente à noite.

Possíveis efeitos adversos (não estão listados todos os possíveis):

1. ganho de peso;
2. sedação;
3. acatisia;
4. boca seca;
5. constipação;
6. hipotensão ortostática;
7. parkinsonismo (menor que risperidona e principalmente menor que os típicos);
8. elevação em enzimas hepáticas.

#### Quetiapina

- A dose terapêutica idealmente deve manter-se entre 300 mg/dia e 800 mg/dia, devendo ser tomada em pelo menos duas doses diárias, sendo a maior concentração à noite por causa da sedação.
- Apesar de a associação com catarata não estar comprovada, recomenda-se um exame oftalmológico em lâmpada de fenda a cada seis meses.

Possíveis efeitos adversos (não estão listados todos os possíveis):

1. sedação (maior que risperidona e ziprasidona);
2. tontura;
3. hipotensão ortostática;
4. ganho de peso (menor que olanzapina e clozapina).

#### Ziprasidona

- É o antipsicótico atípico que causa o menor ganho de peso.
- Necessita ser tomada em pelo menos duas tomadas diárias, recomenda-se, assim, que sejam no almoço e no jantar, porque a tomada junto com alimento aumenta significativamente a biodisponibilidade da ziprasidona.

Possíveis efeitos adversos (não estão listados todos os possíveis):

1. sedação (menor que olanzapina, quetiapina, clozapina);
2. dispepsia;
3. constipação intestinal;
4. náusea;
5. hipotensão ortostática;
6. prolongamento do intervalo QT (eletrocardiograma antes de iniciar tratamento e durante o tratamento).

#### Clozapina

- Não causa parkinsonismo, distonia ou discinesia.
- É o tratamento mais efetivo da discinesia tardia.
- Está bem indicada para esquizofrenias refratárias.
- A dose habitual vai de 300 mg/dia a 600 mg/dia, em raros casos podemos chegar cuidadosamente à dose de 900 mg/dia, mas recomenda-se a associação de um anticonvulsivante (ex.: ácido valpróico) pelo risco de convulsões.

Deve-se evitar a associação com a carbamazepina pelo aumento do risco de agranulocitose.

- Hemogramas para monitoramento da ocorrência de agranulocitose grave (1,2%) são necessários por pelo menos 18 semanas na frequência semanal, e depois, se não tiver havido intercorrências nesse sentido, pode-se espaçar a frequência dos hemogramas para mensal.

- A introdução deve ser gradual, inicia-se com 25 mg/dia chegando-se a 200 mg/dia somente após duas semanas.
- A dose deve ser dividida em duas tomadas, com a porção mais concentrada à noite, para diminuir a sedação.
- A fluvoxamina pode aumentar significativamente os níveis terapêuticos; e o lítio concomitante pode favorecer a ocorrência de síndrome neuroléptica maligna, a qual pode ter uma apresentação atípica com a clozapina.

Possíveis efeitos adversos (não estão listados todos os possíveis):

1. sedação;
2. ganho de peso;
3. taquicardia;
4. hipotensão ortostática;
5. sintomas gastrointestinais;
6. sintomas imitando uma gripe;
7. salivação excessiva noturna;
8. enurese noturna;
9. febre;
10. agranulocitose (quando os leucócitos caem abaixo de 3.000, a medicação deve ser interrompida).

## Depressão

- Acomete, ao longo da vida, entre 10% e 25% das mulheres e entre 5% e 12% dos homens.
- Quanto mais precoce o tratamento, mais rápida a remissão e menor a chance de cronificação.
- Entre os gravemente deprimidos, 15% se suicidam.
- Cerca de 2/3 das pessoas tratadas respondem satisfatoriamente ao primeiro antidepressivo prescrito.

### Diagnóstico de depressão

Os sintomas a seguir têm de estar presentes há mais de duas semanas, trazer sofrimento significativo, alterar a vida social, afetiva ou laboral do indivíduo e não serem por causa de um luto recente.

- sentir-se triste, durante a maior parte do dia, quase todos os dias;
- perder o prazer ou o interesse em atividades rotineiras (anedonia);

- irritabilidade (pode substituir o humor deprimido em crianças e adolescentes);
- desesperança;
- queda da libido;
- perder peso ou ganhar peso (não estando em dieta);
- dormir demais ou de menos, ou acordar muito cedo;
- sentir-se cansado e fraco o tempo todo, sem energia;
- sentir-se inútil, culpado, um peso para os outros;
- sentir-se ansioso;
- sentir dificuldade em concentrar-se, tomar decisões e dificuldade de memória;
- ter pensamentos frequentes de morte e suicídio.

O episódio depressivo ainda pode ser classificado em:

**Leve:** dois dos sintomas a seguir, humor deprimido, perda de interesse (anedonia), falta de energia e mais dois dentre os expostos anteriormente. O paciente não pára suas funções completamente.

**Moderado:** dois dos sintomas a seguir, humor deprimido, perda de interesse (anedonia), falta de energia e mais três dentre os expostos anteriormente, alguns em grande intensidade. O paciente apresenta dificuldade em executar suas funções.

**Grave:** dois dos sintomas a seguir, humor deprimido, perda de interesse (anedonia), falta de energia e pelo menos mais quatro dentre os expostos anteriormente, alguns em grande intensidade, mais considerável inquietação e agitação, ou retardo psicomotor; às vezes com sintomas psicóticos, como delírios e alucinações. Além do episódio depressivo e do transtorno depressivo recorrente (repetidos episódios depressivos), é preciso lembrarmos da distímia. Nela o paciente possui rebaixamento crônico do humor, persistindo ao menos por vários anos, mas cuja gravidade não é suficiente, ou na qual os episódios individuais são muito curtos para responder aos critérios de transtorno depressivo recorrente leve, moderado ou grave.

### Algumas dicas para o diagnóstico da depressão

Pergunte...

- sobre coisas do dia-a-dia que o indivíduo gostava de fazer,

- como, por exemplo, ver uma novela, brincar com o cachorro, ler o jornal, escutar música... A seguir, pergunte se ele continua fazendo e tendo prazer ao fazer tais atividades;
- se ele se anima com coisas positivas que estão para acontecer, se tem esperança;
- se a tristeza que ele está sentindo é diferente da tristeza que ele já sentiu quando viveu outras situações difíceis;
- sobre desejo de estar morto, ou de se matar;
- quando, além de depressão, o paciente se mostra desesperado, o risco de suicídio é maior.

Atitudes que conduzem a erro no diagnóstico e no tratamento do paciente deprimido

- *"No lugar dele eu também estaria deprimido."*
- *"Esta depressão é compreensível; não vou tratar."*
- *"Depressão só dá em quem tem fraqueza de caráter."*
- *"Você só está estressado..."*
- *"Depressão é uma consequência natural do envelhecimento."*
- *"Só depende de você: força de vontade cura a depressão!"*
- *"Antidepressivos são perigosos; só vou passar um comprimido por dia."*
- *"Primeiro vamos tentar algumas vitaminas para stress..."*
- *"Retorne daqui a um ou dois meses, e então conversaremos mais longamente..."*

#### Quando o caso necessita de maior atenção

Depressões moderadas e graves, com ou sem sintomas psicóticos, em caso de transtorno afetivo bipolar ou com presença de risco de suicídio importante devem ser tratadas com o auxílio do psiquiatra, de preferência com equipe multiprofissional que viabilize a associação de psicoterapia, terapia ocupacional, serviço de hospitalidade diurna e até noturna, dependendo do caso.

#### Etapas do tratamento da depressão

- Geralmente, as pessoas com episódio depressivo melhoram com o primeiro antidepressivo.
- Em geral, há demora de cerca de duas semanas para início de ação dos antidepressivos.

- São necessárias, aproximadamente, oito semanas para retorno ao humor de antes da depressão.
- É fundamental, após a remissão dos sintomas, a continuidade do tratamento na fase de manutenção.
- O tratamento completo tem duração mínima de seis meses, a partir da remissão completa dos sintomas.
- Quando há recorrência da depressão, quando a intensidade é grave ou em caso de idade avançada, o tratamento mínimo vai de dois anos até o resto da vida, em alguns casos.

#### Tratamento do paciente deprimido

- Os antidepressivos não são recomendados para o tratamento inicial da depressão leve. Deve ser tentada psicoterapia primeiramente, quando disponível.
- Nos casos de depressão moderada e grave, os antidepressivos devem ser iniciados e, de preferência, associados com alguma forma de psicoterapia.
- O maior risco associado à depressão é o aumento da mortalidade, em especial por suicídio. Nas primeiras semanas, em uma minoria dos pacientes, pode haver uma intensificação da ideação suicida, independentemente da classe de antidepressivo usada.
- Para lidar com o problema anterior, recomendamos retornos próximos, avisar o paciente e familiares e garantir acessibilidade de ajuda.
- Os inibidores seletivos da recaptção de serotonina (ISRS), cujo representante disponível na rede de saúde é a fluoxetina, devem ser iniciados lentamente, pois podem trazer um aumento da ansiedade nos primeiros dias de tratamento.
- Quando, mesmo com a introdução lenta dessa droga, a ansiedade continua sendo um empecilho, pode-se usar um benzodiazepínico em doses baixas por um prazo de duas semanas. Deve-se evitar ao máximo seu uso prolongado.
- Benzodiazepínicos não devem ser usados isoladamente como tratamento para a depressão.
- A fluoxetina diminui a impulsividade e o comportamento suicida no médio e no longo prazos.
- Os tricíclicos podem ser fatais em superdosagem, de forma que

enquanto houver risco de suicídio pactuamos com um familiar o controle das medicações.

- No caso dos tricíclicos, a dose deve ser aumentada gradualmente, até se atingir a dose mínima efetiva para o tratamento.
- Os indivíduos que apresentarem sintomas psicóticos deverão ser tratados, além do antidepressivo, com antipsicótico enquanto durarem esses sintomas.
- Sintomas de abstinência ocorrem principalmente, mas não exclusivamente, na retirada da paroxetina e da venlafaxina. Portanto, sua diminuição deverá ser lenta e gradual.
- Por fim, é importante estar atento para doenças e medicamentos que podem causar depressão. Algumas das doenças são: doença cerebrovascular, hipo/hipertireoidismo, diabetes melito, tumor de pâncreas, pulmão e sistema nervoso central, Aids (síndrome da imunodeficiência adquirida) deficiências de folato, B2 e B12, lúpus eritematoso sistêmico, infarto agudo do miocárdio. Entre os principais medicamentos temos: anfetamínicos, anti-hipertensivos, antiinflamatórios não esteroidais, betabloqueadores, cimetidina, digitálicos, benzodiazepínicos, corticosteróides, interferon, levodopa e outros.
- Apesar da desconfiança de alguns profissionais e do público em geral, a eletroconvulsoterapia (ECT) permanece como o tratamento mais eficaz para a depressão.

Para que seja feita com segurança e conforto para o paciente é necessário que seja realizada em centro cirúrgico, com a participação do anestesista e do psiquiatra, de modo que a reservamos para os casos mais graves, principalmente quando há sintomas psicóticos ou estupor depressivo.

Principais neurotransmissões ativadas e faixa terapêutica de alguns antidepressivos.

### **Transtorno afetivo bipolar (TAB)**

Para se pensar neste diagnóstico, o indivíduo deve ter apresentado pelo menos um episódio maníaco ao longo da vida. Em geral, essas pessoas vivenciam episódios maníacos, depressivos e/ou mistos. Sua prevalência na população geral

gira em torno de 1,5%. Apesar da cronicidade do quadro, a maior parte dos indivíduos corretamente tratados atinge a estabilização do humor, o que permite uma vida normal.

### **Episódio maníaco**

- Período de anormalidade com humor elevado ou irritado significativamente, com duração de pelo menos uma semana (ou qualquer duração se uma internação é necessária).
- Durante este período três ou mais dos seguintes sintomas devem estar presentes num grau significativo:
- auto-imagem inflada ou grandiosidade;
- menor necessidade de sono;
- logorréia;
- aumento da velocidade do pensamento;
- hipotencidade (não consegue concentrar-se em uma atividade);
- tenta realizar várias atividades simultaneamente ou agitação psicomotora;
- põe-se em situações de risco (inadequação social, hipersexualidade, compras inadequadas).

O TAB é associado a um maior risco de suicídio, especialmente nas fases de depressão e nos casos de ciclagem rápida. Em várias condições o tratamento com lítio é a primeira opção (ver próxima tabela). Mas atenção: assim como nos casos dos tricíclicos, a ingestão excessiva de lítio pode ser fatal. Em casos de risco de suicídio, é aconselhável que alguém próximo do paciente controle a medicação.

### **Dependência de álcool ou uso nocivo**

Cerca de 11,2% da população brasileira é dependente de álcool. O número de pessoas que faz uso nocivo do álcool mas não atinge um padrão de dependência é ainda maior. O uso nocivo e a dependência do álcool têm atingido populações cada vez mais jovens. Ambos estão fortemente relacionados a outras importantes questões sociais, tais como: acidentes de trânsito, comportamento sexual de risco, violência doméstica. Uma parte importante das doenças clínicas atendidas na atenção primária, ou que requerem internação hospitalar, é consequência ou condição agravada por tais padrões de uso.

A dependência do álcool está associada a vários transtornos psiquiátricos, sendo responsável por uma boa parte das internações psiquiátricas. Também está relacionada a faltas no trabalho e à diminuição da capacidade laboral.

O álcool aumenta a impulsividade e, com isso, o risco de suicídio.

### Diagnóstico da dependência do álcool

A síndrome de dependência é um conjunto de fenômenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos no qual o uso de uma substância alcança prioridade na vida do indivíduo. Pelo menos três dos seguintes critérios devem estar presentes no último ano:

- forte desejo ou compulsão pelo consumo;
- dificuldade de controlar o consumo a partir de seu início;
- sinais e sintomas de abstinência quando o uso cessa ou é reduzido, ou uso da substância para evitar ou aliviar sintomas de abstinência;
- evidência de tolerância;
- abandono de atividades e interesses em favor do uso da substância;
- persistência do uso a despeito de consequências nocivas.

Especificamente com o álcool, à medida que a dependência se instala, há uma tendência a beber independentemente da situação ou do horário, bem como preferência por bebidas de maior teor alcoólico. Também ocorre uma rápida reinstalação da síndrome após período de abstinência.

### Dicas no tratamento da dependência ao álcool

1) Os sintomas da síndrome de abstinência, quando não tratados, são uma causa importante no fracasso da tentativa de o indivíduo ficar abstêmio. Quando for leve ou moderada, sem complicações clínicas ou antecedentes de convulsão ou delírium e possuir apoio social, pode ser tratada ambulatorialmente.

2) O início ou agravamento de um problema de saúde relacionado ao uso de álcool é um momento importante para ser usado na motivação do paciente para tratamento. Procure evitar uma posição confrontadora e auxilie o paciente a assumir ele próprio a responsabilidade pela mudança.

3) Atuar de acordo com o estágio de prontidão para mudança que o indivíduo se encontra (a seguir).

### Estágios de prontidão para mudança de Prochaska e Di Clemente

Pré-contemplação: a pessoa não enxerga motivos para mudar seu padrão de consumo de álcool. Ex.: *"Não tenho problema com bebidas, fico quanto tempo quiser sem beber"*.

Atuação do profissional – com diplomacia ajudar o paciente a perceber as relações entre o uso do álcool e problemas familiares, no trabalho ou de saúde.

Contemplação: posição marcada pela ambivalência, a pessoa ainda não está convencida da necessidade de se tratar. Ex.: *"Talvez fosse melhor para a minha saúde se eu bebesse menos, embora não ache que beba demais"*.

Atuação do profissional – ajudar o paciente a perceber a realidade, pode-se usar a técnica da balança. São colocadas de um lado da balança as vantagens de não usar e as desvantagens de usar álcool, e de outro lado as vantagens de usar e as desvantagens de não usar.

Determinação: o indivíduo já percebeu que necessita mudar o padrão de uso do álcool, mas tem dificuldade de tomar alguma medida prática nesse sentido. Ex.: *"Não posso mais lidar com esse problema sozinho, mas não sei o que fazer"*.

Atuação do profissional – fornecer opções de estratégia para o paciente e ajudar na execução.

Manutenção: o paciente já modificou seu hábito de beber, porém a recaída é uma ameaça. Ex.: *"Sinto-me forte, sei o que devo fazer para continuar longe da bebida, mas em determinados momentos tenho medo de não resistir"*.

Atuação do profissional – enfatizar os ganhos com a mudança e utilizar estratégias de prevenção de recaída.

Recaída: por algum motivo, o paciente voltou a beber. Ex.: *"Todo o esforço foi por água abaixo, voltei à estaca zero"*.

Atuação do profissional – esclarecer que a recaída faz parte do processo de cura e que, em geral, o paciente volta a percorrer as etapas de melhora de maneira mais rápida e menos sofrida.

4) Até recentemente, a internação era vista como única alternativa terapêutica no tratamento do alcoolismo. Atualmente, com o aprimoramento das intervenções psicossociais, o surgimento de novos fármacos, a redução do caráter moral na compreensão das dependências e com a maior participação da família no tratamento, é possível que o tratamento seja ambulatorial. Manter o paciente na sua vida cotidiana facilita a identificação e o enfrentamento dos riscos do consumo, além de permitir a reorganização de sua vida sem ter o álcool como prioridade.

## Transtornos de personalidade

O elemento central dos transtornos de personalidade, segundo Kurt Schneider, é que o indivíduo apresenta as seguintes características básicas:

- sofre e faz sofrer a sociedade;
- não aprende com a experiência.

Embora, de modo geral, produzam consequências muito penosas para a própria pessoa, familiares e pessoas próximas, não é facilmente modificável por meio de experiências da vida; tende a se manter estável ao longo de toda a vida.

A adaptação ao estresse ou aos problemas mais sérios torna-se crítica nos casos de pacientes que sofrem de certos transtornos mentais ou que têm alguns traços marcantes de personalidade. As defesas psicológicas usadas são consideradas mais primitivas, geradoras de problemas com a equipe assistencial.

Geralmente, há um maior risco de comportamento suicida em pessoas com as características de personalidade descritas no quadro a seguir:

- Relações pessoais muito instáveis
- Quer reconhecimento como especial ou único
- Frio, insensível, sem compaixão
- Atos autolesivos repetitivos
- Considera-se superior
- Irresponsável, inconsequente
- Humor muito instável
- Fantasias de grande sucesso pessoal
- Não sente culpa ou remorsos
- Impulsivo e explosivo Requer admiração excessiva Agressivo, cruel
- Sentimentos intensos de vazio
- É frequentemente arrogante Mente de forma recorrente
- Transtorno de identidade
- Aproveita-se dos outros

### Manejo

Estes pacientes necessitam de apoio da equipe assistencial e de limites para se adequar ao ambiente em que vivem e às limitações existentes. Pode-se fazer uma intervenção em duas partes, sempre de maneira firme, sem agressividade e sem um sentimento de punição:

1. Reconheça as dificuldades pelas quais a pessoa está passando, enalteça os aspectos positivos que ela possui e não incite reações de raiva. Evite estimular demandas por cuidados e proximidades excessivas.
2. Estabeleça limites objetivos calma e firmemente. Se houver ameaças de agressão a si ou a terceiros, assegure que todas as medidas serão tomadas para protegê-la.

A seguir, apresentam-se, de maneira esquemática, 11 regras gerais para manejo clínico dos indivíduos com transtorno de personalidade, mais voltadas para situação de crise e iminência de incorrerem em tentativa de suicídio.

1. Dar mais apoio-reasseguramento do que o habitual, ou seja, não evitar dar apoio por temer uma desmobilização para mudança.
2. Construir, conjuntamente com o paciente, objetivos escalonados, evitando metas demasiadamente ambiciosas no curto prazo.
3. Mesmo sabendo que o comportamento suicida envolve motivações alegadas (conscientes) e não alegadas (inconscientes), iniciar a abordagem pelos fatores desencadeantes trazidos pelo paciente.
4. Distorções cognitivas devem ser mostradas e trabalhadas, como, por exemplo, estreitamento de repertório, desesperança, pensamentos tipo tudo ou nada e visão dos obstáculos como intransponíveis.
5. Devem-se reforçar os vínculos saudáveis do paciente.
6. Fortalecer a sensação subjetiva de "pertença" do indivíduo, em termos de grupos, comunidades, instituições.
7. Caso o indivíduo tenha usado uma tentativa de suicídio como maneira de mudar o ambiente e/ou pedir socorro, trabalhar com a finalidade de desenvolver outras estratégias, que não a tentativa de suicídio, para os mesmos fins.
8. Nos casos de psicoterapia, não confundir "neutralidade" terapêutica com "passividade" terapêutica, ou seja, podem ser necessárias medidas ativas por parte do terapeuta.
9. Fármacos podem ser usados não só para tratamento dos transtornos psiquiátricos que porventura venham a ser diagnosticados, como também para eliminar sintomas, como, por exemplo, impulsividade. Com essa finalidade, dependendo do caso, podem ser usados fluoxetina, estabilizadores de humor ou neurolépticos.

10. Estar atento ao fato de que no início do uso de antidepressivos pode-se ter incremento da ideação suicida. Devemos também evitar fármacos com baixo índice terapêutico.
11. Por último, a regra que consideramos a mais importante: se, num primeiro momento, optamos por apoio, técnicas cognitivas, fármacos, não devemos perder de vista que, se não todos, pelo menos a grande maioria desses pacientes necessita de importante reestruturação psicodinâmica a longo prazo, ou seja, em um segundo tempo técnicas que privilegiem insight são bem-vindas. A percepção de quando transitar o tratamento do primeiro para o segundo tempo e a maneira de conduzi-la é, a nosso ver, um dos principais aprendizados necessários ao clínico que atende pacientes em risco de suicídio.

### Aspectos psicológicos no suicídio

Existem estágios no desenvolvimento da intenção suicida, iniciando-se geralmente com a imaginação ou a contemplação da idéia suicida. Posteriormente, um plano de como se matar, que pode ser implementado por meio de ensaios realísticos ou imaginários até, finalmente, culminar em uma ação destrutiva concreta. Contudo, não podemos esquecer que o resultado de um ato suicida depende de uma multiplicidade de variáveis que nem sempre envolve planejamento.

Existem três características próprias do estado em que se encontra a maioria das pessoas sob risco de suicídio:

1. Ambivalência: é atitude interna característica das pessoas que pensam em ou que tentam o suicídio. Quase sempre querem ao mesmo tempo alcançar a morte, mas também viver. O predomínio do desejo de vida sobre o desejo de morte é o fator que possibilita a prevenção do suicídio. Muitas pessoas em risco de suicídio estão com problemas em suas vidas e ficam nesta luta interna entre os desejos de viver e de acabar com a dor psíquica. Se for dado apoio emocional e o desejo de viver aumentar, o risco de suicídio diminuirá.
2. Impulsividade: o suicídio pode ser também um ato impulsivo. Como qualquer outro impulso, o impulso de cometer suicídio pode ser transitório e durar alguns minutos ou horas. Normalmente, é desencadeado por eventos negativos do dia-

a-dia. Acalmando tal crise e ganhando tempo, o profissional da saúde pode ajudar a diminuir o risco suicida.

3. Rigidez/constrição: o estado cognitivo de quem apresenta comportamento suicida é, geralmente, de constrição.

A consciência da pessoa passa a funcionar de forma dicotômica: tudo ou nada. Os pensamentos, os sentimentos e as ações estão constritos, quer dizer, constantemente pensam sobre suicídio como única solução e não são capazes de perceber outras maneiras de sair do problema. Pensam de forma rígida e drástica: "O único caminho é a morte"; "Não há mais nada o que fazer"; "A única coisa que poderia fazer era me matar". Análoga a esta condição é a "visão em túnel", que representa o estreitamento das opções disponíveis de muitos indivíduos em vias de se matar.

A maioria das pessoas com idéias de morte comunica seus pensamentos e intenções suicidas. Elas, frequentemente, dão sinais e fazem comentários sobre "querer morrer", "sentimento de não valer pra nada", e assim por diante. Todos esses pedidos de ajuda não podem ser ignorados. Fique atento às frases de alerta. Por trás delas estão os sentimentos de pessoas que podem estar pensando em suicídio. São quatro os sentimentos principais de quem pensa em se matar. Todos começam com "D": depressão, desesperança, desamparo e desespero (regra dos 4D). Nestes casos, frases de alerta + 4D, é preciso investigar cuidadosamente o risco de suicídio.

### Frases de alerta

"Eu preferia estar morto".

"Eu não posso fazer nada".

"Eu não aguento mais".

"Eu sou um perdedor e um peso pros outros".

"Os outros vão ser mais felizes sem mim".

### Sentimentos

- Depressão
- Desesperança
- Desamparo
- Desespero

### Idéias sobre suicídio que levam ao erro

"Se eu perguntar sobre suicídio, poderei induzir o paciente a isso."

– Questionar sobre idéias de suicídio, fazendo-o de modo sensato e franco,

MI - BIBLIOTECA

aumenta o vínculo com o paciente. Este se sente acolhido por um profissional cuidadoso, que se interessa pela extensão de seu sofrimento.

*"Ele está ameaçando suicídio apenas para manipular."*

– A ameaça de suicídio sempre deve ser levada a sério. Chegar a esse tipo de recurso indica que a pessoa está sofrendo e necessita de ajuda.

*"Quem quer se matar, se mata mesmo."*

– Essa idéia pode conduzir ao imobilismo terapêutico, ou ao descuido no manejo das pessoas sob risco. Não se trata de evitar todos os suicídios, mas sim os que podem ser evitados.

*"Quem quer se matar não avisa."*

– Pelo menos dois terços das pessoas que tentam ou que se matam haviam comunicado de alguma maneira sua intenção para amigos, familiares ou conhecidos.

*"O suicídio é um ato de covardia (ou de coragem)".*

– O que dirige a ação auto-inflingida é uma dor psíquica insuportável e não uma atitude de covardia ou coragem.

*"No lugar dele, eu também me mataria."*

– Há sempre o risco de o profissional identificar-se profundamente com aspectos de desamparo, depressão e desesperança de seus pacientes, sentindo-se impotente para a tarefa assistencial.

– Há também o perigo de se valer de um julgamento pessoal subjetivo para decidir as ações que fará ou deixará de fazer.

### **Como ajudar a pessoa sob 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 sob risco de suicídio.

O contato inicial é muito importante. Frequentemente, ele ocorre numa clínica, casa ou espaço público, onde pode 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 deixar de se achar um fardo. É preciso também estar disponível emocionalmente 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. O objetivo é preencher uma lacuna criada pela desconfiança, pelo desespero e pela perda de esperança e dar à pessoa a esperança de que as coisas podem mudar para melhor.

Uma abordagem calma, aberta, de aceitação e de não-julgamento é fundamental para facilitar a comunicação.

### **Como se comunicar**

- Ouvir atentamente, com calma.
- Entender os sentimentos da pessoa (empatia).
- Dar mensagens não verbais de aceitação e respeito.
- Expressar respeito pelas opiniões e pelos valores da pessoa.
- Conversar honestamente e com autenticidade.
- Mostrar sua preocupação, seu cuidado e sua afeição.
- Focalizar nos sentimentos da pessoa.

### **Como não se comunicar**

- Interromper muito frequentemente.
- Ficar chocado ou muito emocionado.
- Dizer que você está ocupado.
- Fazer o problema parecer trivial.
- Tratar o paciente de uma maneira que possa colocá-lo numa posição de inferioridade.
- Dizer simplesmente que tudo vai ficar bem.
- Fazer perguntas indiscretas.
- Emitir julgamentos (certo x errado), tentar doutrinar.

### **Como abordar o paciente**

*"Como você se sente ultimamente?" "Existem muitos problemas na sua vida?" "O que tem tentado fazer para resolvê-los?"* Em geral essas perguntas abrem espaço para as pessoas falarem de si mesmas e de como estão lidando com as dificuldades. A partir daí, se a pessoa demonstra estar cansada de viver, parece estar querendo fugir, acha a morte atraente, ou quando a equipe de saúde suspeita

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

- Estado mental atual – Parece estar sob efeito de alguma substância? Apresenta discurso coerente, porém com pensamentos sobre morte e suicídio?
- Plano suicida atual – Quão preparada a pessoa está, grau de planejamento e quão cedo o ato está para ser realizado.
- Sistema de apoio social da pessoa (família, amigos, etc.).

A melhor maneira de descobrir se uma pessoa tem pensamentos de suicídio é perguntar para ela. Ao contrário da crença popular, falar a respeito de suicídio não inocula a idéia na cabeça das pessoas. Elas até ficarão muito agradecidas e aliviadas de poder falar abertamente sobre os assuntos e as questões com as quais estão se debatendo. Necessariamente, você também não terá de “carregar” o problema da pessoa caso não se sinta momentaneamente capaz: poderá pedir ajuda para outros profissionais da equipe de saúde.

#### Como perguntar?

A maioria das pessoas acredita que não é fácil perguntar para o outro sobre ideação suicida e não se sente preparada para lidar com isso. Será mais fácil se você chegar ao tópico gradualmente. Desde o início tente estabelecer um vínculo que garanta a confiança e a colaboração do paciente, pois este pode ser um momento em

que ele se encontra enfraquecido, hostil e nem sempre está disposto a colaborar. Respeite a condição emocional e a situação de vida que o levou a pensar sobre suicídio, sem julgamento moral, em uma atitude de acolhimento.

Algumas questões úteis são:

- Você se sente triste?
- Você sente que ninguém se preocupa com você?
- Você sente que a vida não vale mais a pena ser vivida?
- Já pensou que seria melhor estar morto ou tem vontade de morrer?

#### Quando perguntar?

Desde o primeiro contato você já vai criando um momento para isso.

Não existe um momento específico, cada um tem sua forma de conversar e cada caso é diferente do outro, mas aí vão umas dicas de momentos oportunos.

- quando você percebe que a pessoa tem o sentimento de estar sendo compreendida;
- quando a pessoa está confortável falando sobre seus sentimentos;
- quando a pessoa está falando sobre sentimentos negativos de solidão, desamparo etc.

#### O que perguntar?

Estas perguntas o ajudarão a quantificar o risco, por isso são importantes.

1. Descobrir se a pessoa tem um plano definido para cometer suicídio:

- Você fez algum plano para acabar com sua vida?
- Você tem uma idéia de como vai fazê-lo?

2. Descobrir se a pessoa tem os meios para se matar:

- Você tem pílulas, uma arma, veneno ou outros meios?
- Os meios são facilmente disponíveis para você?

3. Descobrir se a pessoa fixou uma data:

- Você decidiu quando planeja acabar com sua vida?
- Quando você está planejando fazê-lo?

#### Pessoas sob risco de suicídio

Como já falamos anteriormente, as pessoas que pensam sobre suicídio em geral falam sobre isso. Entretanto, existem alguns sinais que podemos procurar na história de vida e no comportamento das pessoas. Esses sinais indicam que determinada pessoa tem risco para o comportamento suicida. Portanto, deve-se ficar mais atento com aqueles que apresentam:

1. comportamento retraído, inabilidade para se relacionar com a família e amigos, pouca rede social;
2. doença psiquiátrica;
3. alcoolismo;
4. ansiedade ou pânico;
5. mudança na personalidade, irritabilidade, pessimismo, depressão ou apatia;
6. mudança no hábito alimentar e de sono;
7. tentativa de suicídio anterior;
8. odiar-se, sentimento de culpa, de se sentir sem valor ou com vergonha;

9. uma perda recente importante – morte, divórcio, separação, etc;
10. história familiar de suicídio;
11. desejo súbito de concluir os afazeres pessoais, organizar documentos, escrever um testamento, etc.;
12. sentimentos de solidão, impotência, desesperança;
13. cartas de despedida;
14. doença física crônica, limitante ou dolorosa;
15. menção repetida de morte ou suicídio.

## Como lidar com o paciente

### Baixo risco

A pessoa teve alguns pensamentos suicidas, como “eu não consigo continuar”, “eu gostaria de estar morto”, mas não fez nenhum plano.

### Ação necessária

- Oferecer apoio emocional. O ideal seria ter alguém na equipe treinado para orientar o indivíduo a falar sobre as circunstâncias pessoais e sociais emergentes que o colocam sob risco.
- Trabalhar sobre os sentimentos suicidas. Quanto mais abertamente a pessoa fala sobre perda, isolamento e desvalorização, menos confusas suas emoções se tornam.

Quando essa confusão emocional cede, a pessoa pode se tornar reflexiva. Esse processo de reflexão é crucial, ninguém senão o próprio indivíduo pode revogar a decisão de morrer e tomar a decisão de viver.

- Focalize nos aspectos positivos da pessoa, fazendo-a falar sobre como problemas anteriores foram resolvidos sem recorrer ao suicídio. É uma forma de motivá-la e ao mesmo tempo recuperar a confiança em si mesma.
- Se você não conseguir identificar uma condição tratável e/ou a pessoa não demonstrar melhora, não conseguir refletir sobre sua condição, encaminhe-a para um profissional de saúde mental.
- Pelo menos até que ela receba tratamento adequado, encontre-a em intervalos regulares e mantenha contato externo.
- Nem todos os pacientes com pensamentos suicidas serão encaminhados aos serviços especializados, portanto esses pacientes com baixo risco não deverão ser a maioria nesses serviços.

### Médio risco

A pessoa tem pensamentos e planos, mas não tem planos de cometer suicídio imediatamente.

### Ação necessária

• Ofereça apoio emocional, trabalhe com os sentimentos suicidas da pessoa e focalize nos aspectos positivos (já descritos anteriormente). Em adição, continue com os passos seguintes.

- Focalize os sentimentos de ambivalência. O profissional da saúde deve focalizar na ambivalência sentida pelo indivíduo em risco de suicídio entre viver e morrer, até que gradualmente o desejo de viver se fortaleça.
- Explore alternativas ao suicídio. O profissional da saúde deve tentar explorar as várias alternativas ao suicídio, até aquelas que podem não ser soluções ideais, na esperança de que a pessoa vá considerar ao menos uma delas.
- Faça um contrato, negocie, aqui é o momento para usar a força do vínculo existente entre você e o paciente. Extraia uma promessa sincera do indivíduo de que ele ou ela não vai cometer suicídio:
  1. sem que se comunique com a equipe de saúde;
  2. por um período específico.

O objetivo é ganhar tempo até conseguir ajuda especializada ou até que as medidas tomadas comecem a dar resultado.

- Encaminhe a pessoa ao psiquiatra da equipe ou agende uma consulta o mais breve possível dentro do período em que foi feito o contrato.
- Entre em contato com a família, os amigos e/ou colegas e reforce seu apoio. Antes de fazer esse contato, peça autorização ao paciente, para deixá-lo ciente sobre quais informações serão dadas, preservando seu direito ao sigilo. Oriente sobre medidas de prevenção ao suicídio que poderão ser realizadas pelos familiares/ amigos/colegas, como:
  - impedir o acesso aos meios para cometer suicídio.

Exemplos: esconder armas, facas, cordas, deixar medicamentos em local que a pessoa não tenha acesso, de preferência trancados, e com alguém responsável em administrá-los. Tudo isso também deve ser esclarecido ao paciente, solicitando

sua autorização. Explicar que essas medidas são temporárias, até que ele/ela melhore o suficiente para reassumir o controle.

#### **Alto risco**

A pessoa tem um plano definido, tem os meios para fazê-lo e planeja fazê-lo prontamente. Muitas vezes já tomou algumas providências prévias e parece estar se despedindo.

#### **Ação necessária**

- Estar junto da pessoa. Nunca deixá-la sozinha.
- Gentilmente falar com a pessoa e remover pílulas, faca, arma, venenos, etc. (distância dos meios de cometer suicídio). Explicar que você está ali para ajudá-la, protegê-la e que no momento ela parece estar com muita dificuldade para comandar a própria vida.
- Fazer um contrato, como descrito anteriormente, e tentar ganhar tempo.
- Informar a família e reafirmar seu apoio, já descritos.
- Se onde você trabalha o psiquiatra não está acessível ou não tem hospitalidade diurna e noturna, esta é uma situação de emergência. Entre em contato com um profissional da saúde mental ou do serviço de emergência mais próximo. Providencie uma ambulância e encaminhe a pessoa ao pronto-socorro psiquiátrico, de preferência.

Explique ao profissional que irá recebê-la o resultado da sua avaliação, pois é indispensável que ele entenda o motivo do encaminhamento. Além do mais, você já conseguiu obter informações importantes.

- Se no local em que você trabalha pode ser feita a avaliação psiquiátrica ou existe hospitalidade diurna e noturna, um acolhimento pode ser feito, seguido de investigação inicial e posterior tratamento. Tente convencer a pessoa a permanecer no serviço para receber ajuda e os cuidados necessários. Mesmo em um ambiente protegido, ela deverá ficar sob maior observação, pois ainda existe o risco de ela tentar o suicídio utilizando os meios que estiverem ao seu alcance.

## **Encaminhando o paciente com risco de suicídio**

### **Quando encaminhar para equipe de saúde mental**

Nas situações explicadas ao longo do manual, em geral situações de maior risco e gravidade. Como encaminhar:

- Você deve ter tempo para explicar à pessoa a razão do encaminhamento.
- Marcar a consulta.
- Esclareça a pessoa de que o encaminhamento não significa que o profissional da saúde está lavando as mãos em relação ao problema.
- Veja a pessoa depois da consulta.
- Tente obter uma contra-referência do atendimento.
- Mantenha contato periódico.

### **Recursos da comunidade**

As fontes de apoio usualmente disponíveis são:

- família;
- companheiros/namorados;
- amigos;
- colegas;
- clérigo;
- profissionais de saúde;
- grupos de apoio, ex.: Centro de Valorização da Vida (CVV) [www.cvv.com.br](http://www.cvv.com.br).

### **Como obter esses recursos?**

- Tente conseguir permissão do paciente para recrutar quem possa ajudá-lo, em geral alguém de sua confiança, e depois entre em contato com essas pessoas.
- Mesmo que a permissão não seja dada, em uma situação de risco importante tente localizar alguém que seria particularmente compreensivo com o paciente. Procure, dentro do possível, preservar o sigilo do paciente.
- Fale com o paciente e explique que algumas vezes é mais fácil falar com um estranho do que com uma pessoa amada, para que ele ou ela não se sinta negligenciado ou ferido.
- Fale com as pessoas de apoio sem acusá-las ou fazê-las

sentirem-se culpadas.

- Assegure novamente seu apoio nas ações que serão tomadas.
- Fique atento também às necessidades dos que se propuseram a ajudar.

### **O que fazer e o que não fazer**

#### **O que fazer**

- Ouvir, mostrar empatia, e ficar calmo.
- Ser afetuoso e dar apoio.
- Levar a situação a sério e verificar o grau de risco.
- Perguntar sobre tentativas anteriores.
- Explorar as outras saídas, além do suicídio.
- Perguntar sobre o plano de suicídio.
- Ganhar tempo – faça um contrato.
- Identificar outras formas de dar apoio emocional.
- Remover os meios pelos quais a pessoa possa se matar.
- Tomar atitudes, conseguir ajuda.
- Se o risco é grande, ficar com a pessoa.

#### **O que não fazer**

- Ignorar a situação.
- Ficar chocado ou envergonhado e em pânico.
- Tentar se livrar do problema acionando outro serviço e considerar-se livre de qualquer ação.
- Falar que tudo vai ficar bem, sem agir para que isso aconteça.
- Desafiar a pessoa a continuar em frente.
- Fazer o problema parecer trivial.
- Dar falsas garantias.
- Jurar segredo.
- Deixar a pessoa sozinha.

### **Referências**

BOTEGA, N. J. Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência. 2. ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2006.

CASSORLA, R. M. S. Do suicídio: estudos brasileiros. Campinas: Papyrus Editora, 1991.

DALGALARRONDO, P. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. Porto Alegre: Artmed Editora, 2000.

EBMEIER, K. P.; DONAGHEY, C.; STEELE, J. D. Recent developments and current controversies in depression. *Lancet*, 367, p. 153-67, 2006.

HAWTON, K.; HEERINGEN, K. The international handbook of suicide and attempted suicide. Wiley, 2000.

MELEIRO, A. M. A. Suicídio: estudos fundamentais. São Paulo: Segmento Farma, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Figures and facts about suicide. Geneva: WHO, 1999.

