



NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/Anvisa Nº 09/2020

Práticas seguras para prevenção de suicídio de paciente, tentativa de suicídio ou dano auto infligido em serviços de saúde

Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde - GVIMS
Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde - GGTES
Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa

Brasília-DF, 10 de Setembro de 2020

Diretor-Presidente (Substituto)

Antônio Barra Torres

Chefe de Gabinete

Karin Schuck Hemesath Mendes

Diretores

Antônio Barra Torres

Alessandra Bastos Soares

Romison Rodrigues Mota(substituto)

Meiruze Sousa Freitas (substituta)

Marcus Aurélio Miranda de Araújo (substituto)

Adjuntos de Diretor

Juvenal de Souza Brasil Neto

Daniela Marreco Cerqueira

Gerente Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde – GGTES

Guilherme Antônio Marques Buss

Gerente de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde - GVIMS/GGTES

Magda Machado de Miranda Costa

Equipe Técnica GVIMS/GGTES

Ana Clara Ribeiro Bello dos Santos

André Anderson Carvalho

Andressa Honorato de Miranda Amorim

Cleide Felícia de Mesquita Ribeiro

Heiko Thereza Santana

Humberto Luiz Couto Amaral de Moura

Lilian de Souza Barros

Luciana Silva da Cruz de Oliveira

Mara Rúbia Santos Gonçalves

Maria Dolores Santos da Purificação Nogueira

Elaboração - Equipe Técnica GVIMS/GGTES

Ana Clara Ribeiro Bello dos Santos

André Anderson Carvalho

Andressa Honorato de Miranda Amorim

Cleide Felícia de Mesquita Ribeiro

Heiko Thereza Santana

Humberto Luiz Couto Amaral de Moura

Magda Machado de Miranda Costa

Revisores externos

Maria Dolabela de Magalhães

Denise Amino

Ariella Hasegawa

Agradecimentos

Maria de Jesus Harada

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa.

INTRODUÇÃO

O suicídio resulta na morte causada por comportamento auto dirigido prejudicial com qualquer intenção de retirar a própria vida. A tentativa de suicídio é definida como um comportamento auto dirigido não fatal e potencialmente prejudicial, com qualquer intenção de retirar a própria vida, podendo ou não resultar em ferimentos (1).

Embora o suicídio em si não seja considerado uma doença, nem necessariamente a manifestação de uma doença específica e, sim, de transtornos mentais, destaca-se que o suicídio consiste em um sério problema de saúde pública, demandando atenção para sua prevenção (1).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de 800.000 pessoas cometem suicídio, anualmente, em todo o mundo (2). Na região do Pacífico Ocidental, cerca de 200.000 pessoas tiram suas próprias vidas, anualmente, de forma intencional, representando 25% dos suicídios ocorridos em todo o mundo. Mais de 75% de todos os suicídios na região ocorrem em países de baixa e média renda (3).

Os *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), dos Estados Unidos da América (EUA), reforçaram a necessidade de cuidados especiais voltados à prevenção do suicídio após o encontro das estimativas descritas a seguir: o suicídio constituiu a décima causa principal de óbitos em geral, com mais de 44.000 mortes em 2015; o suicídio liderou como causa de morte nas faixas etárias entre 15 e 34 anos; o número e o percentual de mortes por suicídio aumentaram significativamente entre 2000 e 2015 (2000 - 29.350 mortes por suicídio, sendo 10,44 mortes por 100.000 habitantes e 2015 - 44.193 mortes, sendo 13,26 mortes por 100.000 habitantes) (1).

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) utiliza o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) para captação de informações relacionadas à mortalidade por suicídio (4). O coeficiente médio de mortalidade por suicídio no período 2004-2010 foi de 5,7% (7,3% no sexo masculino e 1,9% no feminino) (5, 6), enquanto em 2012 foi de 5,8% (7). Foi verificado que na faixa etária entre 20 e 59 anos, os coeficientes de mortalidade por suicídio têm aumentado no país (6).

Cabe ressaltar que os registros oficiais sobre tentativas de suicídio são mais escassos e menos confiáveis do que os de suicídio. Estima-se que o número de tentativas de suicídio supere o número de suicídios em pelo menos dez vezes (6).

Quanto à Classificação Internacional de Doenças (CID), quando já ocorreu a tentativa de suicídio ou foi consumado, o CID-10 utilizado está contemplado em *Lesões autoprovocadas intencionalmente* (8). No país, o coeficiente médio de mortalidade por suicídio entre 2004 e 2010 foi de 5,7% e no ano de 2012, o percentual foi de 5,8% (5).

A maioria das mortes por suicídio de pacientes ocorrem na atenção primária, onde o risco de suicídio é frequentemente subdetectado, impossibilitando o tratamento precoce (9-11). Estudos realizados na área de Saúde Mental evidenciaram, recentemente, que a maioria dos pacientes que cometeram suicídio receberam cuidados de saúde previamente na atenção primária ou realizaram consultas com médicos de diversas especialidades, sendo que 50% destes pacientes não foram enquadrados em diagnósticos médicos que afetam a saúde mental (11). Portanto, é imprescindível que os profissionais de saúde reconheçam os sinais de risco que expressam ideação suicida durante o curso do atendimento e possam encaminhar os pacientes, em tempo prévio, para acompanhamento adequado, evitando suicídios.

As tentativas de suicídio e suicídio propriamente dito comumente ocorrem em transtornos depressivos graves (bipolares ou monopolares), mas também em transtornos de personalidade (especialmente nas personalidades emocionalmente instáveis, como as *borderline* e as explosivas), no abuso de substâncias psicoativas, nas psicoses esquizofrênicas, em distímias, em reações de ajustamento e, em frequência menor, em outros quadros psiquiátricos (8).

Os fatores de risco que contribuem para o pensamento ou comportamento suicida incluem tentativas anteriores de suicídio, uso nocivo de álcool e transtornos mentais. No entanto, muitos suicídios são impulsivos em momentos de crise, nos quais pode haver debilidade na capacidade das pessoas em lidar, por exemplo, com perdas financeiras, doenças crônicas e/ou outras situações de estresse (12).

No contexto atual de pandemia da COVID-19, causada pelo SARS-CoV-2, em que muitas pessoas experimentam um aumento do estresse, os especialistas recomendam ações imediatas para as melhores práticas de prevenção do suicídio. Essa abordagem deve incluir

intervenções direcionadas a indivíduos e grupos em risco de suicídio, incluindo maior acesso das pessoas a serviços de “telessaúde” e linhas diretas que favoreçam a comunicação durante a crise. Para os serviços de saúde, os especialistas recomendam a disponibilização de orientações claras aos profissionais da assistência para a devida avaliação e cuidados que devem ser prestados aos pacientes com risco de suicídio (13, 14).

Suicídios e tentativas de suicídio são capazes de provocar sofrimento emocional e têm efeito cascata, afetando famílias, amigos, colegas, comunidades e sociedades. Além do sofrimento, são agregados os custos econômicos associados à assistência médica e a perda da produtividade (15).

Cabe salientar que, para cada suicídio, há mais de 20 tentativas de suicídio (16). Portanto, a maioria dos suicídios são evitáveis e muito pode ser feito para prevenir o suicídio nos níveis individual, comunitário e nacional. De forma geral, o suicídio pode ser evitado por meio das seguintes estratégias: criação de resposta nacional à prevenção de suicídio, incluindo uma estratégia multissetorial abrangente de prevenção de suicídio; restrição de acesso a pesticidas, armas de fogo, alguns medicamentos e outros meios de suicídio; mobilização de comunidades, fornecendo apoio a indivíduos vulneráveis, superação de estigmas, participação nos cuidados de acompanhamento e apoio aos familiares enlutados. Especificamente nos serviços de saúde, uma preocupação a ser sublinhada é que os profissionais da assistência podem carecer de conhecimento e capacitação específica para reconhecimento da identificação do risco de suicídio. Para superar este desafio, deve haver incorporação da prevenção do suicídio como componente central nestes serviços, incluindo unidades psiquiátricas de hospitais gerais e outras instalações psiquiátricas. Outrossim, a capacitação dos profissionais da assistência deve ser priorizada em todos os serviços de saúde (unidades psiquiátricas e não psiquiátricas), e em especial da atenção primária, para identificar, abordar, manejar e encaminhar um paciente que apresenta risco de suicídio para o devido acompanhamento e suporte por parte de especialistas é um passo importante na prevenção do suicídio (11, 15, 17).

Em 75% dos suicídios ocorridos em serviços de saúde relatados à JCAHO entre janeiro de 1995 e janeiro de 2005, o método mais frequente de suicídio envolveu enforcamento no banheiro, quarto ou armário (18).

Nos anos de 2005 a 2018 foram relatados à JCHO, por meio de notificações voluntárias, 1.188 notificações de eventos catastróficos relacionados a suicídios de pacientes. Apesar de se tratar

de notificações voluntárias feitas pelos serviços de saúde, podem configurar como alerta importante para a necessidade de instituição de medidas preventivas de suicídio. As seguintes medidas devem ser instituídas pelos serviços de saúde, de acordo com a JCAHO: avaliação de ambientes; *screening* com ferramenta validada; desenvolvimento de planos, conforme o grau de risco avaliado; estabelecimento de uma política e de procedimentos bem descritos, e capacitação das equipes (19).

No Brasil, desde a publicação da RDC Anvisa nº 36 no ano de 2013 (20), o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) vem intensificando as ações de segurança do paciente em serviços de saúde. De acordo com o regulamento, todos os eventos adversos e óbitos relacionados a estes eventos ocorridos nos serviços de saúde do país devem ser notificados, pelo Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), ao SNVS (20), por meio do sistema de informação disponibilizado para este fim (Notivisa -módulo assistência à saúde) (21). Além da notificação compulsória ao Núcleo de Vigilância Epidemiológica das Secretarias de Saúde (22), os serviços de saúde também devem notificar ao SNVS, no Notivisa - módulo Assistência à Saúde, todos os *never events* ocorridos dentro destes serviços, incluindo suicídio de paciente, tentativa de suicídio ou dano autoinfligido ocorridos em serviço de saúde (21).

Resultados nacionais evidenciam que, de junho de 2019 a maio de 2020, foram notificados ao SNVS, por NSP de hospitais, 66 casos de “Suicídio de paciente, tentativa de suicídio ou dano autoinfligido que resultaram em lesão séria durante a assistência dentro do serviço de saúde”, representando 1,84% do total de notificações de *never events* realizada no período (23). Embora este percentual esteja relacionado ao quarto evento catastrófico mais frequentemente notificado ao SNVS, representa um grande desafio para a segurança do paciente, pois tais eventos são inaceitáveis e passíveis de prevenção em serviços de saúde.

Esta Nota Técnica objetiva orientar gestores, profissionais de saúde que atuam nos NSP e na assistência em geral, além daqueles que atuam no SNVS, na promoção de cuidados seguros, esclarecendo sobre as principais práticas de prevenção de suicídio de paciente, tentativa de suicídio ou dano autoinfligido que resulte em lesão séria durante a assistência dentro do serviço de saúde.

2. ORIENTAÇÕES GERAIS AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

2.1. ADMINISTRAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Cabe aos gestores/administradores dos serviços de saúde:

- Cumprir a legislação vigente quanto às ações para a segurança do paciente, instituindo o NSP e apoiando suas ações na instituição.
- Fortalecer a política institucional de segurança do paciente, provendo meios técnicos, financeiros, administrativos, e recursos humanos para a apropriada vigilância, monitoramento, prevenção e mitigação de eventos catastróficos, incluindo suicídios em serviços de saúde.
- Apoiar as ações estabelecidas e desenvolvidas pelo NSP.
- Apoiar a promoção de uma cultura de segurança na instituição, estimulando a notificação de *never events*, como suicídio de paciente, tentativa de suicídio ou dano auto infligido que resulte em lesão séria durante a assistência no serviço de saúde, bem como incentivando a aprendizagem em torno das falhas e instituindo medidas de prevenção destes eventos em serviços de saúde.
- Assegurar atividades de educação permanente dos profissionais para melhorar a qualidade da assistência prestada.

2.2. NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE (NSP) DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Cabe aos NSP dos serviços de saúde:

- Manter o sistema de vigilância, monitoramento, prevenção e mitigação do risco de eventos catastróficos (*never events*) ao SNVS, incluindo suicídio de paciente, tentativa de suicídio ou dano autoinfligido ocorridos em serviço de saúde.
- Notificar os incidentes relacionados à assistência à saúde e eventos catastróficos, como suicídio de paciente, tentativa de suicídio ou dano autoinfligido ocorridos na instituição, ao SNVS, por meio do sistema Notivisa (módulo Assistência à Saúde). O Anexo I indica a lista completa de *Never events* passíveis de notificação no Notivisa 2.0.
- Seguir as orientações para notificação de eventos catastróficos, disponíveis no manual da Anvisa intitulado “Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente” (24) e na Nota Técnica nº19/2020 (25).

- Reforçar o sistema de vigilância, monitoramento e investigação de incidentes relacionados à assistência à saúde, além de eventos catastróficos (*never events*) e óbitos ocorridos na instituição (24).
- De acordo com o artigo 10 da RDC nº 36/2013 (20), cabe ao serviço de saúde notificar ao SNVS, casos de óbitos relacionados aos EA em até 72 horas após a ocorrência do evento. Devido à gravidade do evento, o mesmo procedimento se aplica aos eventos catastróficos (*never events*).
- Seguir as orientações da Anvisa para vigilância, monitoramento e investigação de incidentes, *Never events* e óbitos relacionados à assistência (24).
- Utilizar métodos para análise de risco e determinação de medidas corretivas e preventivas para a redução dos riscos, visando à melhoria da qualidade e segurança do paciente em serviços de saúde.
- Promover o estabelecimento e a sustentação de uma cultura de segurança, com ênfase no aprendizado e engajamento dos profissionais na prevenção de eventos catastróficos, evitando-se os processos de responsabilização individual.
- Instituir a cultura franca e justa, ou seja, evitar acusações, mas preservar o aspecto da responsabilidade pessoal.
- Reforçar a participação de pacientes, familiares e acompanhantes na assistência segura ao paciente.
- Monitorar os indicadores de segurança do paciente, incluindo os de prevenção de suicídio em serviços de saúde.
- Participar, anualmente, da **Avaliação das Práticas de Segurança do Paciente**, respondendo ao Formulário Nacional das Práticas de Segurança do Paciente, se a instituição de saúde dispor de leitos de UTI, disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/autoavaliacao-de> .
- Divulgar os resultados obtidos da vigilância e monitoramento dos indicadores de segurança do paciente, incluindo os referentes à prevenção de suicídio, aos profissionais e gestores.

2.3. PROFISSIONAIS DA ASSISTÊNCIA

Os líderes e profissionais que atuam na prática assistencial devem estar atentos para identificação e avaliação de risco de suicídio e implementação de medidas gerais/plano de ação para minimização do risco de suicídio em serviços de saúde, descritas a seguir.

2.3.1. Identificação e avaliação de risco de suicídio em serviços de saúde

A Organização Mundial de Saúde (OMS) ressalta que os serviços de assistência à saúde precisam incorporar a prevenção ao suicídio como um componente essencial (12).

O reconhecimento da identificação e avaliação do risco de suicídio, a fim de implementar intervenções preventivas eficazes deste risco nos sistemas de saúde pode melhorar o atendimento a pacientes com tendências suicidas e tem se mostrado promissor. Ademais, o cuidado colaborativo, como uma abordagem direcionada à gestão de cuidados com novos modelos de tratamento de doenças crônicas, tem sido aplicada ao diagnóstico precoce da depressão, melhorando o acesso ao tratamento precoce, maior adesão e continuidade aos hábitos saudáveis, resultando em frequência e intensidade reduzidas de reações suicidas (26). Em serviços de saúde, os profissionais da assistência devem ser alertados para a identificação do risco de suicídio em três grupos de pacientes admitidos em unidades gerais e psiquiátricas: (1) pacientes em recuperação de tentativa de suicídio que não são admitidos em uma unidade; (2) pacientes que apresentam delírio e/ou demência associada com agitação e impulsividade e usuários de drogas psicoativas; e (3) pacientes com doenças crônicas e/ou em uso de medicamentos que podem promover a ideação suicida como reação adversa, e os pacientes que foram recentemente diagnosticados com doenças graves e/ou incuráveis (27).

Sabendo-se que o suicídio é evitável e que pacientes com este risco atendidos no sistema de saúde devem receber cuidados baseados em evidências, torna-se imprescindível o estabelecimento da identificação e avaliação de risco para prevenção deste evento catastrófico em serviços de saúde (7, 17):

I) **Risco baixo** - nenhuma ação específica; reavaliar o paciente em intervalos regulares.

II) **Risco moderado** – registrar no prontuário; solicitar avaliação do especialista; discutir o caso com o enfermeiro responsável; colocar o paciente em local seguro (andar térreo ou com grades na janela) e de fácil observação pela equipe de enfermagem; orientar a retirada de objetos perigosos (esfignomômetros, perfuro-cortantes, medicamentos, faixas, etc.); supervisionar sempre o acesso ao banheiro e discutir com a equipe a autorização de acompanhante em período integral.

III) **Risco alto** – além das ações de “risco moderado”, se turvação da consciência e/ou agitação psicomotora: sedação; tratamento adequado e considerar contenção mecânica no leito; acompanhamento longitudinal do paciente e discussão do caso com equipe assistencial.

Desta forma, a avaliação sistemática do risco de suicídio permite priorizar ações dirigidas ao paciente para prevenção deste evento em serviços de saúde. O Quadro 1 sumariza a formulação de risco de suicídio, envolvendo os principais sintomas e sinais, passos para a avaliação e o plano de ação.

Quadro 1. Formulação de risco de suicídio em serviços de saúde.

Risco Baixo	Risco Moderado	Risco Alto
Nunca tentou suicídio	- Tentativa de suicídio prévia - Depressão ou transtorno bipolar	- Tentativa de suicídio prévia - Depressão grave -Influência de delírio ou alucinação;
Ideias de suicídio são passageiras e perturbadoras	Ideias persistentes de suicídio, vistas como solução	Desespero, tormento psíquico intolerável; não vê saída
Não planeja cometer suicídio	Não tem um plano de como se suicidar	Plano definido de se suicidar
Boa adesão ao tratamento	Não é uma pessoa impulsiva	Tomou providências para o ato suicida
Transtorno mental, se presente, com sintomas bem controlados	Não abusa/não tem dependência de álcool ou droga	Abuso/dependência de álcool ou droga
Tem vida e apoio sociais	Conta com apoio social	Não conta com apoio social

Fonte: HC-UFTM (Ebserh); 2017 (7)

2.3.2. Medidas gerais para minimização do risco de suicídio em serviços de saúde

1. Promover a governança clínica, reconhecendo necessidades complexas de atendimento e importância da avaliação médica de todo paciente admitido, estratificando o risco de suicídio, melhorando os procedimentos diagnósticos e, conseqüentemente, o tratamento dos transtornos mentais (15, 28).

2. Para os pacientes com Risco Moderado/Alto:

- a. Dispor de planos de acompanhamento consistentes com a avaliação de riscos com identificação de estratégias de segurança e prestação de cuidados contínuos para prevenção de suicídio. O plano deve contemplar, além da avaliação de risco, os fatores de risco, os sinais de alerta, as ações preventivas a serem implementadas (por exemplo: evitar isolamento; proteger leitos de pacientes em contenção com grades; monitorar os efeitos dos medicamentos; envolver o paciente em seu tratamento quando possível e ajudar a manter uma rede de apoio próxima, entre outros) e o acompanhamento/monitoramento.

3. Solicitar avaliação periódica do Enfermeiro quanto ao risco de tentativa de suicídio; observar mudanças comportamentais e/ou do humor ao longo do dia; verificar necessidade de avaliação especializada e tratamento do paciente com ideias e comportamento suicida.

4. Avaliar e acompanhar as intercorrências psicológicas dos pacientes admitidos quanto ao risco de tentativa de suicídio.

5. Registrar no prontuário todas as avaliações e condutas médicas, de enfermagem, de psicologia e de serviço social, além dos procedimentos realizados junto ao paciente.

6. Promover capacitação de profissionais para a prevenção de suicídios e tentativa de suicídio.

7. Realizar a notificação ao Núcleo de Vigilância Epidemiológica das Secretarias de Saúde.

8. Informar imediatamente quaisquer mudanças de comportamento do paciente aos demais membros da equipe multiprofissional.

9. Ter disponibilidade para escuta, incluindo receios e angústias do paciente, e esclarecer dúvidas a respeito.

10. Promover comunicação efetiva entre a equipe e durante transições de atendimento e serviços.

11. Reforçar o apoio social e promover a reabilitação de pessoas com comportamento suicida.

12. Estimular mudança de atitudes e quebra de tabus, orientando devidamente os profissionais da assistência para a prevenção do suicídio e de doenças mentais.

13. Notificar ao SNVS (NSP-VISA), por meio do Notivisa – módulo Assistência à Saúde, os eventos decorrentes de suicídio de paciente, tentativa de suicídio ou dano autoinfligido que resulte em lesão séria durante a assistência dentro do serviço de saúde.

14. Apoiar e envolver os familiares e outras redes de apoio no planejamento pós alta.

15. Aumentar o conhecimento, por meio da educação em saúde, sobre doença mental, e o seu reconhecimento precoce.

16. Apoiar o processo de capacitação para prevenção de suicídio.

17. Incentivar a pesquisa na área da prevenção do suicídio, encorajar a coleta de dados das causas de suicídio e evitar a duplicação dos registros estatísticos.

2.4. MEDIDAS AMBIENTAIS

Uma avaliação completa dos ambientes/unidades dos serviços de saúde deve ser feita para minimizar riscos potenciais de suicídios, sendo que as seguintes medidas ambientais devem ser seguidas (29-31):

1. Realizar reforma e remodelação, com recursos de segurança aprimorados, se possível, nas unidades que atendem pacientes com risco de suicídio.
2. Remover das unidades itens de restrição ou estruturas que podem ser utilizados em processos de enforcamentos ou estrangulamentos:
 - 2.1. itens: cintos, cadarços de sapatos, gravatas, cordões de cortinas, lenços, roupões de banho, calças com cordão, sutiãs, entre outros.
 - 2.2. estruturas de apoio: ganchos de toalhas; tubos e borrifadores.

Listas de verificação (*checklist*) podem ser utilizadas para ajudar a equipe a checar os itens que devem ser removidos das unidades.

3. Não instalar janelas e portas de vidro nas unidades.
4. Instalar janelas que não abram do lado interno ou use janelas com fechaduras ou com grades de segurança.
5. Instalar mecanismos de travamento de portas, monitoramento de segurança de pacientes (câmeras e sensores de movimento) e alarmes.
6. Assegurar que quartos, salas de atendimento a pacientes e banheiros tenham teto sólido.
7. Orientar visitantes a não levarem itens de restrição supracitados sem revisão da equipe.
8. Evitar deixar carrinhos de limpeza portáteis que não estejam sendo utilizados nas enfermarias e quartos de pacientes.
9. Utilizar pratos e copos de plástico e utensílios sem pontas cortantes.

10. Alocar pacientes com alto risco de suicídio em quartos ou enfermarias que estejam localizadas o mais próximo possível do posto de enfermagem, facilitando a supervisão da equipe.

2.5. ORIENTAÇÕES GERAIS ÀS SECRETARIAS DE SAÚDE MUNICIPAIS, ESTADUAIS E DISTRITO FEDERAL – NÚCLEOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE (NSP VISA) ESTADUAIS/DF/MUNICIPAIS

Cabe às Coordenações de Segurança do Paciente Estaduais/Municipais/Distrital (NSP – VISA):

- Reforçar a atuação dos Estados, Municípios e Distrito Federal nas ações de vigilância, monitoramento, prevenção e mitigação de incidentes relacionados à assistência à saúde, incluindo EA, apoiando as Coordenações Estaduais/Municipais/Distrital dos NSP (VISA – NSP), conforme previsto no Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente (32) e Nota Técnica nº 19/2020 (21).
- Reforçar a atuação articulada do SNVS, de acompanhamento, junto às VISAS distrital, estadual e municipal, das investigações sobre os EA relacionados à assistência que evoluíram para óbito bem como dos eventos catastróficos (*never events*).
 - Apesar de a RDC não referenciar os eventos catastróficos (*never events*), devido à sua gravidade, estas notificações devem ter o mesmo tratamento que as dos casos de óbitos.
 - A avaliação de risco, pela VISA, deve estabelecer qual ação será adotada em relação ao tratamento do risco, sendo que o passo a passo para o monitoramento dos óbitos e eventos catastróficos (*never events*) está descrito no Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente (32).
- Divulgar os resultados do monitoramento de incidentes, óbitos e eventos catastróficos (*never events*) relacionados à assistência, estimulando a continuidade da notificação e de outros mecanismos de captação de informação, pelos serviços de saúde.
- Apoiar o processo de capacitação para prevenção de suicídio;
- Estimular, promover e monitorar a avaliação anual das práticas de segurança do paciente em serviços de saúde que possuem leitos de UTI, disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/>.
- Apoiar a instituição e sustentação da cultura de segurança dentro do sistema de serviços de saúde.

3. INDICADORES

Monitorar, minimamente, os seguintes indicadores de segurança do paciente voltados para a prevenção de suicídio em serviços de saúde:

INDICADOR	FORMA DE CÁLCULO
Indicador 1: Porcentagem de adequação da avaliação do risco de suicídio:	Número de prontuários com avaliação do risco de suicídio na admissão / número de prontuários verificados
Indicador 2: Porcentagem de pacientes com alto risco para suicídio encaminhados a especialistas:	Número de pacientes encaminhados para avaliação por especialistas / número de pacientes com alto risco para suicídio

REFERÊNCIAS

1. Stone DM, Holland KM, Bartholow B, Crosby AE, Davis S, Wilkins N. Preventing Suicide: A Technical Package of Policies, Programs, and Practices. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention; 2017.
2. World Health Organization [Internet]. Suicide Prevention. [Cited 2020 Jul 10]. Available from: https://www.who.int/health-topics/suicide#tab=tab_1.
3. World Health Organization [Internet]. Suicide in the Western Pacific. [Cited 2020 Jul 10]. Available from: <https://www.who.int/westernpacific/health-topics/suicide>.
4. Sistema de Informações de Mortalidade – SIM [Internet]. Available from: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060701>.
5. Marín-León L, Oliveira HB, Botega NJ. Suicide in Brazil, 2004-2010: the importance of small counties. *Rev Panam Salud Publica*. 2012;32(5):351-9.
6. Botega NJ. Comportamento suicida: epidemiologia. *Psicologia USP*, 25(3), 231–236. doi:10.1590/0103-6564D20140004
7. Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro - HC-UFTM, administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - Ebserh – Ministério da Educação. Protocolo Assistencial - Prevenção de Risco do Suicídio. Núcleo de Segurança do Paciente do HC-UFTM. Uberaba; 2017.
8. Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina. Protocolo da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS, baseado em evidências, para a abordagem do risco e das tentativas de suicídio. Santa Catarina:SES SC; 2015.
9. Vannoy SD, Fancher T, Meltvedt C, Unützer J, Duberstein P, Kravitz RL. Suicide inquiry in primary care: creating context, inquiring, and following up. *Ann Fam Med*. 2010;8(1):33-9.
10. Vannoy SD, Tai-Seale M, Duberstein P, Eaton LJ, Cook MA. Now what should I do? Primary care physicians' responses to older adults expressing thoughts of suicide. *J Gen Intern Med*. 2011;26(9):1005-11.
11. Ahmedani BK, Vannoy S. National pathways for suicide prevention and health services research. *Am J Prev Med*. 2014;47(3 Suppl 2):S222-8.
12. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. Luxembourg: WHO; 2014.
13. Gunnell D, Appleby L, Arensman E, Hawton K, John A, Kapur N, et al. Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(6):468-71.
14. Conejero I, Berrouiguet S, Ducasse D, Leboyer M, Jardon V, Olié E, et al. [Suicidal behavior in light of COVID-19 outbreak: Clinical challenges and treatment perspectives]. *Encephale*. 2020;46(3S):S66-S72.
15. US Department of Health and Human Services (HHS) Office of the Surgeon General and National Action Alliance for Suicide Prevention. National strategy for suicide prevention: goals and objectives for action. Washington, DC: US Department of Health and Human Services; 2012.
16. World Health Organization [Internet]. Mental health. Suicide data. [cited 2020 Jul 24]. Available from: https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/.
17. World Health Organization. Preventing suicide - A resource for general physicians. Geneva: WHO; 2000.

18. Tishler CL, Reiss NS. Inpatient suicide: preventing a common sentinel event. *Gen Hosp Psychiatry*. 2009;31(2):103-9.
19. The Joint Commission. Most Commonly Reviewed Sentinel Event Types. https://www.jointcommission.org/assets/1/18/Event_type_2Q_2016.pdf (Revised 2019).
20. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 36 de 25 de julho de 2013 que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2013;26 jul.
21. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota Técnica nº 05/2019. Orientações gerais para a notificação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde. Brasília:ANVISA; 2019.
22. Ministério da Saúde. Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2016; 18 fev.
23. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Incidentes relacionados à assistência à saúde. Resultados das notificações realizadas no Notivisa. Brasil, junho de 2019 a maio de 2020. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/category/relatorios-dos-estados>.
24. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde. Brasília:ANVISA;2016.
25. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota Técnica GVIMS/GGTES Nº 01/2019. Orientações para a notificação nacional das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), Resistência Microbiana (RM) e monitoramento do consumo de antimicrobianos no ano de 2019. Brasília: ANVISA; 2019.
26. Katon W, Guico-Pabia CJ. Improving quality of depression care using organized systems of care: a review of the literature. *The primary care companion to CNS disorders*. 2011; 13(1).
27. Tishler CL, Reiss NS, Dundas J. The assessment and management of the violent patient in critical hospital settings. *Gen Hosp Psychiatry*. 2013;35(2):181-5.
28. Government Q. Driving healthcare improvement for safety through a multi-incident analysis of suspected suicides [cited 2020 2020 20 07]. Available from: <https://clinicaexcellence.qld.gov.au/sites/default/files/docs/priority-area/service-improvement/suicide-prevention-health-services-initiative/suicide-prevention-poster-2018.PDF>.
29. The Joint Commission. Special Report: Suicide Prevention in Health Care Settings Recommendations Regarding Environmental Hazards for Providers and Surveyors. November 2017. Report No.: Volume 37, Number 11.
30. Watts BV, Shiner B, Young-Xu Y, Mills PD. Sustained Effectiveness of the Mental Health Environment of Care Checklist to Decrease Inpatient Suicide. *Psychiatr Serv*. 2017;68(4):405-7.
31. The Joint Commission. R3 Report Issue 18: National Patient Safety Goal for Suicide Prevention. 2019. [Cited 2020 Sep 2]. Available from: https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/standards/r3-reports/r3_18_suicide_prevention_hap_bhc_cah_11_4_19_final1.pdf.
32. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde Monitoramento e Investigação de Eventos

Adversos e Avaliação de Práticas de Segurança do Paciente. Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde - GGTES. Brasília:ANVISA; 2015.

ANEXO I. Lista de *Never events* ou eventos catastróficos a serem notificados no Notivisa – Módulo Assistência à Saúde.

Óbito ou lesão grave de paciente associados a choque elétrico durante a assistência no serviço de saúde
Procedimento cirúrgico realizado em local errado
Procedimento cirúrgico realizado no lado errado do corpo
Procedimento cirúrgico realizado no paciente errado
Realização de cirurgia errada no paciente
Retenção não intencional de corpo estranho no paciente após cirurgia
Óbito intra-operatório ou imediatamente pós-operatório em paciente ASA Classe 1
Óbito ou lesão grave de paciente resultante de perda insubstituível e irrecuperável de amostra biológica
Administração errada de O2 ou outros gases medicinais
Contaminação durante administração de O2 ou outros gases medicinais
Alta ou liberação de paciente de qualquer idade que seja incapaz de tomar decisões ou para pessoa não autorizada
Óbito ou lesão grave de paciente associado à fuga
Suicídio de paciente, tentativa de suicídio ou dano auto infligido que resulte em lesão séria durante a assistência no serviço de saúde
Óbito ou lesão grave de paciente associados ao uso de contenção física ou grades da cama durante a assistência no serviço de saúde
Inseminação artificial com o esperma do doador errado ou com o óvulo errado
Óbito ou lesão grave materna associado ao trabalho de parto ou parto em gestação de baixo risco
Óbito ou lesão grave de paciente resultante de falha no seguimento ou na comunicação de resultados de exame de radiologia
Óbito ou lesão grave de paciente ou colaborador associado à introdução de objeto metálico em área de Ressonância Magnética
Óbito ou lesão grave de paciente associados à queimadura decorrente de qualquer fonte durante a assistência no serviço de saúde
Lesão por pressão estágio III (perda total de espessura tecidual – tecido adiposo subcutâneo pode ser visível, sem exposição dos ossos, tendões ou músculos)
Lesão por pressão estágio IV (perda total de espessura dos tecidos com exposição dos ossos, tendões ou músculos)

Fonte: Notivisa/Anvisa – Módulo Assistência à Saúde (24).