

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS
Especialização Lato Sensu em Saúde Pública

Daniela Cristina Cardoso de Melo Elias

**O CUIDADO EM SAÚDE VOLTADO ÀS PESSOAS QUE REALIZARAM
TENTATIVA DE AUTOEXTERMÍNIO:
RELATO DE ATUAÇÃO VISANDO À PREVENÇÃO DO SUICÍDIO**

Belo Horizonte

2020

Daniela Cristina Cardoso de Melo Elias

**O CUIDADO EM SAÚDE VOLTADO ÀS PESSOAS QUE REALIZARAM
TENTATIVA DE AUTOEXTERMÍNIO:
RELATO DE ATUAÇÃO VISANDO À PREVENÇÃO DO SUICÍDIO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais,
como requisito parcial para obtenção do grau de
Especialista em Saúde Pública

Área de Concentração: Saúde Pública

Orientadora: Ana Paula Mendes Carvalho

Belo Horizonte

2020

E42c

Elias, Daniela Cristina Cardoso de Melo

O cuidado em saúde voltado às pessoas que realizaram tentativa de autoextermínio: relato de atuação visando à prevenção do suicídio / Daniela Cristina Cardoso de Melo Elias. - Belo Horizonte, 2020.

33f.

Orientadora: Ana Paula Mendes Carvalho.

Monografia (Especialização) - Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública.

1. Suicídio. 2. Tentativa de autoextermínio. 3. Cuidado em saúde. 4. Prevenção do suicídio. I. Título.

NLM W

Daniela Cristina Cardoso de Melo Elias

**O CUIDADO EM SAÚDE VOLTADO ÀS PESSOAS QUE REALIZARAM
TENTATIVA DE AUTOEXTERMÍNIO:
RELATO DE ATUAÇÃO VISANDO À PREVENÇÃO DO SUICÍDIO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais,
como requisito parcial para obtenção do grau de
Especialista em Saúde Pública

Área de Concentração: Saúde Pública

Ana Paula Mendes Carvalho (Orientadora)

Profa. Ana Regina Machado (Banca Examinadora)

Onézimo Tadeu D'Assunção (Banca Examinadora)

Belo Horizonte, 27 de novembro de 2020

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela vida com saúde, força e fé, oportunidades e vitórias de cada dia.

À minha família, apoio para as minhas empreitadas e conquistas. Em especial às minhas filhas, Beatriz e Cecília, motivo de busca por crescimento e superação diária, meus maiores orgulhos, alegria, amor puro e verdadeiro.

À Regional Leste que me recebeu em 2011 e desde então só vem me proporcionando crescimento pessoal, profissional e felicidade.

Aos amigos da GAERE-L, pela troca de experiências e ensinamentos, compartilhamento de saberes, pelo suporte no trabalho, pela alegria da rotina, enfim, pela parceria e aprendizado constantes. Tenho muito carinho por cada profissional com quem trabalhei aí!

Ao Diretor Regional de Saúde Leste, Dr. Ewerton Lamounier Júnior, pelo investimento e confiança no meu trabalho, pela generosidade com a equipe, pela contribuição com meu crescimento profissional e por seu incentivo.

À GRSAM, às RTs de Saúde Mental e aos colegas e usuários da RAPS BH, pelos anos de convívio, luta e consolidação de conquistas.

Aos queridos colegas da Especialização em Saúde Pública da ESP/MG, aos professores e funcionários, pelos importantíssimos momentos de aprendizado, pelas experiências vividas, pela leveza dos nossos encontros, pelo ENCONTRO!!!

À minha orientadora Ana Paula, pela disponibilidade e generosidade em me auxiliar, apoiar e direcionar na busca e concretização desta conquista.

Aos convidados para a banca examinadora, Ana Regina e Tadeu, pela prontidão em aceitar o convite, interesse e contribuição valiosa para o meu trabalho.

Gratidão a todos!!!

RESUMO

O suicídio tornou-se um problema de saúde pública mundial e no Brasil. A cada adulto que se suicida, pelo menos outros 20 cometem uma Tentativa de Autoextermínio (TAE). Esta é caracterizada pela intencionalidade de dar fim à própria vida; supera o número de suicídios e é considerada o principal fator de risco para a concretização deste ato. Neste trabalho será relatada a experiência de atuação da Referência Técnica (RT) de Saúde Mental na Diretoria Regional de Saúde Leste (DRES-L), em Belo Horizonte/MG, junto às fichas de notificação de violência interpessoal/autoprovocada do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) relacionadas à TAE. Na execução do trabalho, ao receber as notificações era realizada a conferência dos dados do usuário envolvido, o lançamento destes em uma planilha, o encaminhamento das informações via e-mail institucional à unidade de saúde para que a equipe realizasse busca ativa e oferta de atendimento. A relevância deste trabalho relaciona-se à perspectiva de garantir o acompanhamento dos casos de TAE nos serviços de saúde da regional leste enquanto estratégia de cuidado em saúde e de prevenção do suicídio. Ofertar especial atenção à pessoa que tentou autoextermínio configura-se como uma das principais ações de prevenção.

Palavras-chave: Suicídio. Tentativa de autoextermínio. Cuidado em saúde. Prevenção do suicídio.

ABSTRACT

Suicide has become a public health concern around the world and in Brazil. For every adult that commits suicide, another twenty have attempted suicide. A suicide attempt is characterized by a person's intention to take their own lives. The best predictor of a completed suicide is a history of a suicide attempt. This study examines data from the experienced performance of the Technical Reference (RT) of Mental Health in the *Diretoria Regional de Saúde Leste (DRES-L)*, in Belo Horizonte/MG, along with the files of interpersonal/self-inflicted violence from the *Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)* to better understand factors related to a suicide attempt. Data was received from the *Diretoria Regional de Saúde Leste (DRES-L)* records where patients were identified by staff as having a risk factor for suicide, all compiled on a spreadsheet, the referral of the information through an institutional email to the health center and as such they were offered follow up by the health staff. The emphasis of this study is related to the perspective of ensuring a follow up to a suicide attempt in the health center of *Regional Leste* as a healthcare and prevention of attempt suicide strategy. Results suggests that attention should be given to patients who had a history of previous suicide attempt as this is the best public health prevention strategy.

Keywords: Suicide. Suicide attempt. Healthcare. Suicide prevention.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Mapa Índice de Vulnerabilidade da Saúde - IVS.....	14
Figura 2 – Mapa do Distrito Sanitário Leste – Centros de Saúde	14
Figura 3 – Equipamentos de Saúde – Distrito Sanitário Leste	15
Figura 4 - GAERE-L – Setores de Epidemiologia e Assistência	16
Figura 5 – Exemplo de atividade da RT de saúde mental: Supervisão de Saúde Mental da Regional Leste	18
Figura 6 – Fluxograma das atividades realizadas com a ficha de TAE.....	20
Figura 7 – Equipe GAERE-L	25

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência
CERSAM	Centro de Referência em Saúde Mental
DRES-L	Diretoria Regional de Saúde – Leste
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GAERE-L	Gerência de Assistência, Epidemiologia e Regulação - Leste
GRSAM	Gerência da Rede de Saúde Mental
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IVS	Índice de Vulnerabilidade da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PBH	Prefeitura Municipal de Belo Horizonte
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RT	Referência Técnica
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SISREDE	Sistema de Informação da Saúde em Rede
SMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
SUS	Sistema Único de Saúde
TAE	Tentativa de Autoextermínio
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 OBJETIVO	12
3 METODOLOGIA.....	13
3.1 Local de desenvolvimento do trabalho – Regional Leste de Belo Horizonte	13
3.2 Função RT Regional.....	15
3.3 Função RT de Saúde Mental	17
4 RELATO DO FAZER	
5 REFLEXÕES SOBRE A PRÁTICA E PROPOSIÇÕES	19
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	25
REFERÊNCIAS	26
ANEXOS	29

1 INTRODUÇÃO

A autora deste trabalho é graduada em Terapia Ocupacional, pela Universidade Federal de Minas Gerais, tendo concluído a graduação no ano de 2005. cursou uma pós-graduação nos anos de 2007/2008, em Clínica Psicanalítica nas Instituições de Saúde, pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.

Em 2007, ingressou no Sistema Único de Saúde (SUS) através de aprovação em concurso público no município de Ribeirão das Neves, região metropolitana de Belo Horizonte. Neste município, iniciou sua prática na rede de saúde mental local, trabalhando em um serviço de atendimento à urgência psiquiátrica infantil, o Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência (CAPSi). Este serviço faz parte da rede de serviços substitutivos propostos pela reforma psiquiátrica brasileira, fundamentada pela Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2001). Em Ribeirão das Neves trabalhou também em um serviço ambulatorial de saúde mental.

Concomitante a este trabalho, em dezembro de 2011, foi contratada como terapeuta ocupacional de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), uma das modalidades de serviço substitutivo no país prevista na Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2002). Em Belo Horizonte, este serviço recebe uma nomenclatura própria: Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM). Sua atuação profissional ocorreu no CERSAM da regional leste.

Foi efetivada enquanto servidora pública, no cargo Técnico Superior de Saúde na Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (PBH), em fevereiro de 2013, após aprovação em concurso público. Permaneceu nos dois municípios citados anteriormente até 2014, quando se licenciou, retornando apenas em Belo Horizonte no ano seguinte. Em 2016 fez opção pela exoneração em Ribeirão das Neves e por carga horária de 40 horas semanais junto à PBH, dividindo esta jornada entre o CERSAM Leste e a Diretoria Regional de Saúde Leste (DRES-L). Nesta atuou como coordenadora do Projeto Arte da Saúde até 2019. Saiu do CERSAM Leste em agosto de 2017 e passou a dividir na DRES-L a função de coordenadora do Projeto Arte da Saúde e de Referência Técnica (RT) de saúde mental. Em janeiro/2020 passou a dedicar as 40 horas semanais apenas à função RT de saúde mental, permanecendo nela até julho/2020, quando assumiu a gerência de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) da regional leste mediante aprovação em processo seletivo da PBH.

Os conhecimentos adquiridos na graduação e pós-graduação, juntamente com a trajetória de atuação na área de saúde mental, lhe possibilitaram assumir a função de RT e

desenvolver o trabalho junto à rede de saúde mental da regional leste em 2017, sobre o qual se dará este relato de experiência.

Na composição das equipes da DRES-L, a RT de saúde mental compõe o núcleo da assistência, dentro da Gerência de Assistência, Epidemiologia e Regulação Leste (GAERE-L). Na GAERE-L, mais especificamente no setor de epidemiologia, vinha se observando um aumento do número das fichas de notificação de violência interpessoal/ autoprovocada (Anexo A) - Tentativa de Autoextermínio (TAE) do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) enviadas pelos serviços de urgência da capital, como Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Hospital João XXIII. Diante desta realidade, a equipe da GAERE-L, mais especificamente a gerente e uma RT da epidemiologia demonstraram preocupação com estes casos e propuseram um acompanhamento mais sistemático dos mesmos, visando contribuir com a assistência em saúde a essas pessoas.

É importante ressaltar que nem toda violência autoprovocada caracteriza uma TAE; pode ser uma forma de aliviar um sofrimento sem o objetivo de pôr fim à vida (BRASIL, 2019). A TAE é caracterizada pela intencionalidade de dar fim à própria vida; supera o número de suicídios em pelo menos dez vezes e é considerada o principal fator de risco para a concretização deste ato (BOTEGA, 2014).

O suicídio tornou-se um problema de saúde pública mundial e pode ser considerado um grave problema de saúde pública no Brasil. Trata-se de um fenômeno presente em todas as regiões do mundo com um número estimado de 800 mil mortes anualmente; a cada adulto que se suicida, pelo menos outros 20 cometem uma TAE (BRASIL, 2019). O Brasil está entre os dez países com maior número absoluto de suicídios no mundo (BOTEGA; MARÍN-LEON; OLIVEIRA, 2009). O suicídio está entre as três principais causas de morte de pessoas entre 15 e 44 anos de idade, e vem apresentando aumento no Brasil principalmente em homens na faixa etária entre 20 e 59 anos (LOVISI et al., 2009).

Nos últimos 45 anos o número global de suicídios vem migrando percentualmente do grupo dos idosos para o de indivíduos mais jovens (14 a 45 anos), tornando-se a sexta causa de incapacitação nesta faixa etária. Estima-se que para cada morte por suicídio, 5 a 6 pessoas ligadas à pessoa que faleceu são diretamente atingidas, sofrendo consequências nos aspectos emocionais, sociais e econômicos (BRASIL, 2019). O acesso facilitado a métodos letais (armas de fogo, pesticidas, medicamentos) e a demora no socorro prestado à pessoa que cometeu uma TAE são fatores que contribuem com a chance de se ter concretizado este ato.

Em um simples levantamento quantitativo sobre as TAE feito com as fichas de violência interpessoal/autoprovocada recebidas na regional leste, nos anos 2017, 2018 e 2019, verificou-

se a ocorrência de 192, 231 e 252 tentativas, respectivamente. Esta observação reforça o que foi mencionado anteriormente enquanto uma preocupação com o aumento das notificações de TAE. Nas fichas de investigação - intoxicação exógena (Anexo B) relacionadas à TAE nestes anos os números foram 179, 104 e 232, respectivamente. Estes dados apontam uma elevada ocorrência das TAE por intoxicação exógena, muitas vezes com uso de medicamentos. Estudos descrevem que os meios utilizados para o suicídio variam segundo a cultura e o acesso que se tem, e que o método utilizado também sofre influência de gênero e idade. Acrescentam que as TAE por envenenamento no Brasil estão em terceiro lugar nas estatísticas, atrás somente de TAE por enforcamento e por armas de fogo (BOTEGA, 2014).

Ainda que o cenário seja preocupante, o suicídio pode ser prevenido (BRASIL, 2019). O risco poderá ser avaliado por profissionais de saúde bem preparados, através de entrevista clínica/escuta qualificada, na qual alguns fatores poderão ser identificados (BOTEGA, 2014). Na maioria dos casos há a presença de sofrimento mental, dentre eles: depressão, transtorno afetivo bipolar, psicose e dependência de substâncias psicoativas. Outros fatores também constam na literatura como precipitantes de TAE, dentre os quais: perdas econômicas – pobreza, e pessoais - luto, presença de doenças que causam muita dor, histórico familiar. Além disso, história de violência e de abuso, diagnóstico de doenças graves e/ou incapacitantes, longos períodos de internação hospitalar, ideação e planejamento também envolvem risco aumentado de TAE (BRASIL, 2006). Retomando o que já foi citado, uma tentativa de autoextermínio é o principal fator de risco para uma futura efetivação do suicídio.

O suicídio é um fenômeno complexo, de impacto tanto individual quanto coletivo, resultado, muitas vezes, de uma convergência de fatores de risco genético, psicológico e socioculturais, somados a vivências de traumas e perdas (CICOGNA; HILLESHEIM; HALLAL, 2019). Botega (2014) enfatiza a importância de se dar especial atenção à pessoa que tentou autoextermínio, enquanto uma das principais estratégias de prevenção do suicídio. Evitar que a pessoa venha a se matar é regra preliminar e fundamental.

Diante disso, será relatado o trabalho realizado no distrito sanitário leste de Belo Horizonte, onde a equipe atentou-se para a gravidade do fenômeno das TAE, seu aumento anual e para a falta de atendimento ofertado a estas pessoas, visto que após registradas no SINAN as notificações de adultos eram arquivadas. Este trabalho apresenta uma importante articulação entre a Vigilância em Saúde e a Assistência, ao utilizar os dados levantados para a proposição de ações e intervenções visando gerar respostas efetivas nos pontos da rede de atenção à saúde, garantindo acompanhamento destes casos enquanto estratégia de prevenção do suicídio.

2 OBJETIVO

Relatar a experiência do trabalho realizado pela RT de saúde mental, com as fichas de notificação do SINAN relacionadas à TAE, como estratégia para a oferta de cuidado em saúde às pessoas que realizaram essas tentativas, moradoras da regional leste do município de Belo Horizonte, Minas Gerais.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência sobre o trabalho da RT de saúde mental, referente à avaliação realizada através das fichas de notificação de violência interpessoal/autoprovoada e de intoxicação exógena do SINAN, recebidas na GAERE-L, de moradores da regional leste de Belo Horizonte, iniciado no segundo semestre de 2018 e conduzido por esta RT até julho de 2020. Através desta avaliação será descrita a forma com estas fichas eram recebidas, registradas e direcionadas aos serviços de saúde da regional para a oferta de atendimento.

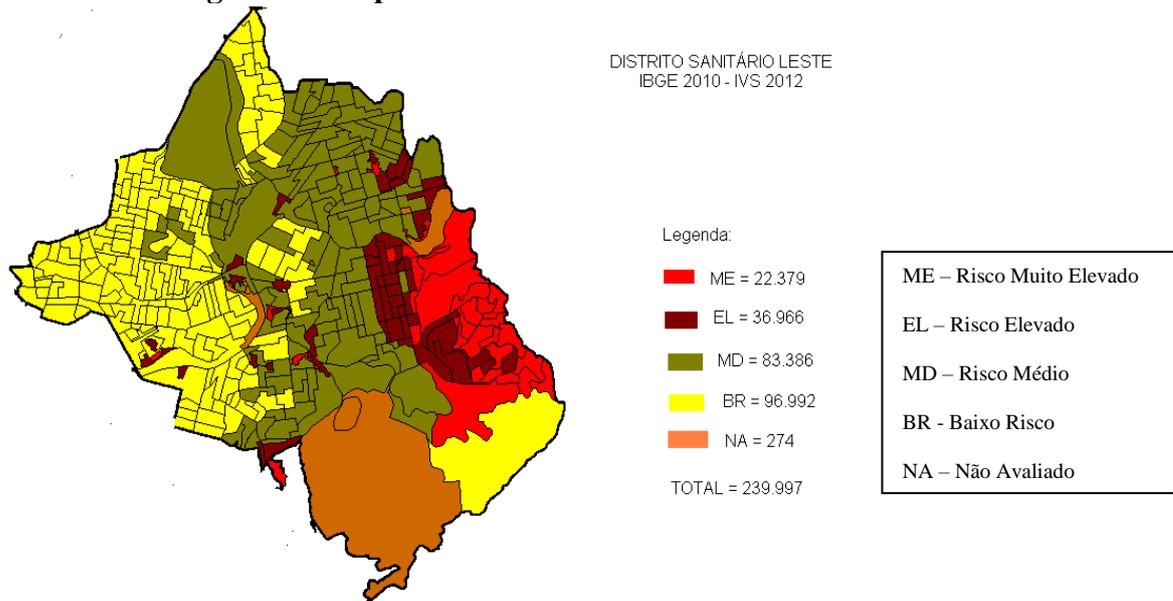
Para tanto, será apresentada a caracterização da regional leste em termos de volume populacional, vulnerabilidade em saúde, composição e distribuição dos seus equipamentos de saúde e da DRES-L.

Será apresentada também a composição das equipes nos núcleos da GAERE-L, as atribuições das suas RTs e as especificidades da função RT de saúde mental que tem relação com a atuação descrita.

3.1 Local de desenvolvimento do trabalho – Regional Leste de Belo Horizonte

A regional leste compõe uma das nove regiões sanitárias de Belo Horizonte. Possui população total de 239.997 habitantes, segundo dados do censo demográfico realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2010. Esta população é caracterizada, segundo o Índice de Vulnerabilidade da Saúde (IVS) em áreas de Risco Muito Elevado (ME), Risco Elevado (EL), Risco Médio (MD) e Baixo Risco (BR), conforme apresentado na Figura 1. No distrito sanitário leste aproximadamente 25% da população encontra-se em áreas de risco elevado ou muito elevado.

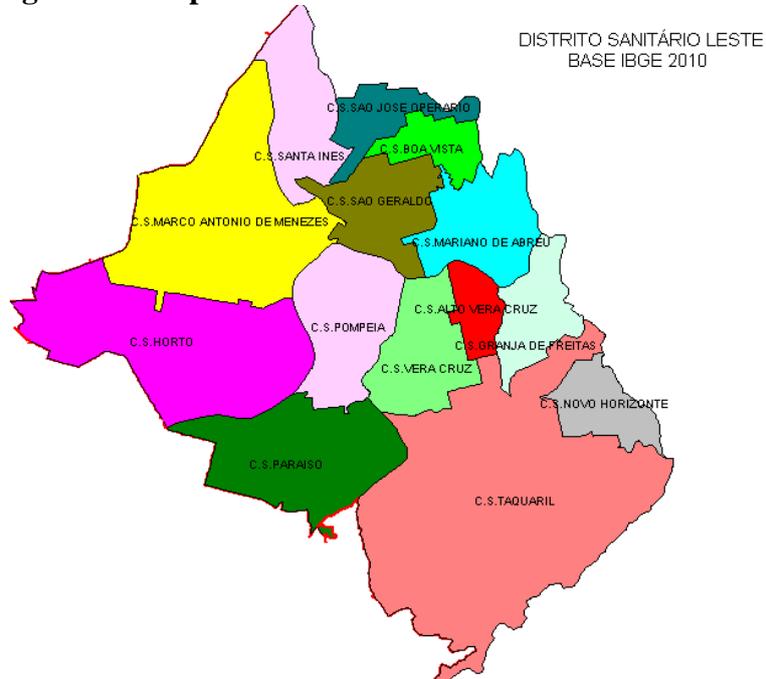
Figura 1 – Mapa Índice de Vulnerabilidade da Saúde – IVS



Fonte: Setor de Informação GAERE-L¹

A população é referenciada em 14 Centros de Saúde (Figura 2), organizados em três micro áreas segundo perfil de vulnerabilidade.

Figura 2 – Mapa do Distrito Sanitário Leste – Centros de Saúde



Fonte: Setor de Informação GAERE-L²

¹ Produção interna da GAERE-L, recebida por e-mail.

² Produção interna da GAERE-L, recebida por e-mail.

demais setores, Regulação e Informação, contribuem constantemente com as ações desenvolvidas na gerência, através da oferta de dados, informações e ações muitas vezes necessários às propostas e decisões em saúde.

Figura 4 - GAERE-L – Setores de Epidemiologia e Assistência



Fonte: Arquivo pessoal

Cada setor da GAERE-L é composto por RTs, profissionais com formação superior em saúde, dentre os quais: médicos, enfermeiros, psicólogos, terapeuta ocupacional, fonoaudióloga e gestor de serviços de saúde; estes são responsáveis por determinado programa/função. Na assistência têm-se as RTs dos programas: Saúde da Mulher, Saúde da Criança e Saúde na Escola, Saúde do Idoso, Saúde Mental, Saúde Bucal, Imunização, Comitês (materno-infantil e de óbitos), RT do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e da Academia da Cidade. Na epidemiologia as quatro RTs respondem a uma divisão por sistemas de informação e agravos.

É importante ressaltar que a regional de saúde e suas RTs comunicam-se com as gerências dos programas e RTs da Secretaria Municipal de Saúde (SMSA); compõem uma organização hierárquica e uma descentralização do trabalho da saúde em Belo Horizonte. Todas essas funções e atribuições resultam em uma complexa e fundamental rede de informações e suporte às unidades de saúde da regional leste, subordinados hierarquicamente a uma gerente da GAERE-L, e esta ao diretor regional de saúde da DRES-L. Esta diretoria, por sua vez, está inserida no organograma da SMSA, órgão da PBH, responsável pela execução do SUS no município.

3.3 Função RT de Saúde Mental

Conforme descrito anteriormente, as RTs das regionais de saúde, na organização da SMSA, possuem correspondência nos programas/gerências desta secretaria. A RT de saúde mental está tecnicamente vinculada à Gerência da Rede de Saúde Mental (GRSAM). Esta gerência, antiga Coordenação de Saúde Mental, foi instituída a partir do Decreto Municipal nº 17.345, de 24 de abril de 2020, que dispõe sobre a organização da SMSA. No artigo 43, na subseção VI, está descrita a competência desta gerência enquanto responsável pela integração das políticas, ações e serviços da RAPS, contando com a participação da DRES. É constituída por um gerente, um gerente adjunto, três coordenadores e três gestores de políticas de saúde mental: infância e adolescência, contratos e convênios e desinstitucionalização, bem como por RTs. Estas últimas respondem por: Demandas Judiciais, Equipes Complementares, Programa Arte da Saúde, Centros de Convivência, Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), Consultório de Rua.

Na atual gestão da saúde mental no município, iniciada em dezembro/2017, tem ocorrido uma grande valorização do trabalho executado pela RT distrital, seja no nível regional, seja junto à GRSAM. Reuniões frequentes, grupos de trabalho, elaboração de documentos norteadores são algumas das ações propostas e mantidas nesta gestão.

A RT de saúde mental nas regionais, respeitadas as particularidades de cada DRES e de seu território, tem atribuições comuns que constam em um documento elaborado há alguns anos, que será substituído por outro em construção na GRSAM para aprovação junto à SMSA. Serão listadas a seguir as principais atribuições relacionadas ao trabalho descrito neste relato de experiência, extraídas do documento mencionado:

- a) Realizar o acompanhamento, a coordenação, o monitoramento e o apoio aos profissionais da saúde mental das UBSs, CERSAM, CERSAM-AD, Centro de Convivência, SRTs, Arte da Saúde, Equipe Complementar, CERSAMi, Unidade de Acolhimento, Unidade de Acolhimento Infantil;
- b) Participar de discussões com coordenações e equipes intersetoriais quando os casos envolverem a saúde mental, trabalhando com a priorização deste público;
- c) Receber, encaminhar e acompanhar as condutas (respostas, buscas ativas) das UBSs, referentes às altas hospitalares dos portadores de sofrimento mental e os usuários em uso prejudicial de álcool e outras drogas;

- d) Promover ações variadas que garantam o acesso ao cuidado pelos usuários, como ilustra o exemplo da Figura 5.

Figura 5 – Exemplo de atividade da RT de saúde mental: Supervisão de Saúde Mental da Regional Leste



Fonte: Arquivo pessoal

4 RELATO DO FAZER

Descritas as principais atribuições que a RT de saúde mental da regional leste possuía estão participar, acompanhar e promover ações visando à qualificação dos trabalhadores da saúde mental dos serviços da RAPS, das UBSs e demais pontos de atenção da regional, voltadas ao cuidado em saúde dos portadores de sofrimento mental.

O cuidado em saúde diz da relação do usuário com o profissional de saúde em que há a preocupação de incluir e escutar a subjetividade do usuário; aponta para um tipo de relação na qual o acolhimento, a visão e a escuta do sujeito se dão num sentido mais amplo, possibilitando emergir sua especificidade, mas sem deixar de considerar o contexto sociocultural ao qual pertence (JUNQUEIRA, 2004). O acolhimento deve ser pensado como o ato de recolher o que o usuário traz como legítima e singular necessidade de saúde, sustentando a relação entre equipes, serviços e usuários; construído de forma coletiva e partindo da análise dos processos de trabalho, objetiva a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo (BRASIL, 2013). Estes são princípios fundamentais e norteadores para os trabalhadores da saúde no contato com os usuários e na condução do tratamento.

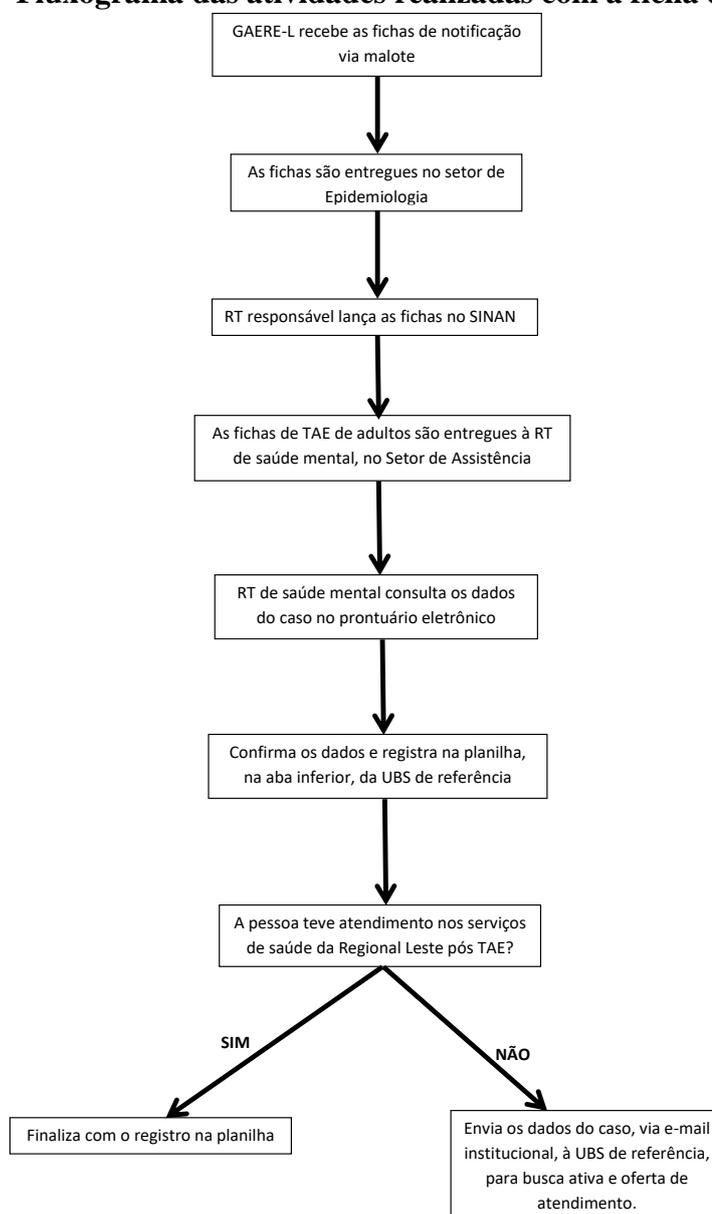
A base para o desenvolvimento do trabalho deste relato foram as notificações de TAE, agravo de notificação compulsória no SINAN, por meio das fichas de notificação individual de violência interpessoal/autoprovocada. Este sistema, desenvolvido no início dos anos 90, tem como objetivo a coleta e o processamento dos dados sobre agravos de notificação em todo o país, fornecendo informações para as análises epidemiológicas e contribuindo para a tomada de decisões nas três esferas de governo: Federal, Estadual e Municipal (LAGUARDIA et al., 2004). Sua utilização efetiva possibilita a realização do diagnóstico dinâmico da ocorrência de um evento na população, podendo indicar riscos aos quais as pessoas estão sujeitas e contribuindo para a identificação da realidade epidemiológica de determinada área geográfica (BRASIL, 2016).

As fichas de notificação de TAE, enviadas por serviços de atendimento à urgência do município, eram recebidas no setor de epidemiologia da regional pela RT responsável por este agravo, para posterior registro no SINAN. As notificações recebidas no setor, envolvendo crianças e idosos, possuíam um segundo documento a ser preenchido com vistas ao cuidado, e os casos eram conduzidos na assistência pelas RTs de cada programa (Saúde da Criança e Saúde do Idoso); já as notificações de adultos lançadas no SINAN eram posteriormente arquivadas, e desta forma o atendimento de saúde muitas vezes não era garantido a este público. Por esta razão e considerando o aumento anual de notificações de TAE observado pelo setor de

epidemiologia, foi construída a estratégia de direcionamento destas notificações à RT de saúde mental da regional, para a condução do trabalho de oferta de atendimento junto às suas unidades de saúde. O compromisso das RTs da GAERE-L com esta condução é algo diferenciado e tem relação com a qualidade desta equipe e sua responsabilidade enquanto referências dos programas aos quais respondem, bem como junto aos trabalhadores das unidades de saúde da regional, o que faz com que este trabalho se mantenha.

Para exemplificar as atividades realizadas com as fichas de TAE será apresentada, por meio de um fluxograma, a forma como estas fichas chegavam à RT de saúde mental e eram selecionadas para o trabalho de direcionamento às unidades de saúde (Figura 6).

Figura 6 – Fluxograma das atividades realizadas com a ficha de TAE



Fonte: Elaborada pela autora

A RT de saúde mental recebia, como dito anteriormente, as fichas de TAE de adultos, que traziam no campo 12 (idade) a informação de 18 anos ou mais. Para a seleção das fichas que seriam encaminhadas aos serviços de saúde, o campo 54 (a lesão foi autoprovocada) deveria estar marcado sim, e o campo 56 (tipo de violência) deveria ter marcada a opção outros e preenchido TAE. Além disso, quando havia no campo 57 (meio de agressão), a marcação envenenamento, intoxicação, vinha anexada a esta ficha de TAE uma ficha de investigação de intoxicação exógena; nesta última, no campo 55 (circunstância da exposição/contaminação) deveria estar marcada a opção 10-tentativa de suicídio.

Desta forma fazia-se a conferência se estes campos estavam preenchidos com as opções descritas, buscava-se a informação do paciente no Sistema de Informação da Saúde em Rede (SISREDE), sistema informatizado de prontuários dos pacientes do município de Belo Horizonte, para identificar a qual território este pertencia e se já havia tido o atendimento no serviço de saúde de referência; posteriormente lançava-se as fichas em uma planilha de registro do setor, criada na GAERE-L (Anexo C). Quando não havia registro do atendimento, realizava-se o encaminhamento do caso às unidades de saúde da regional, via e-mail institucional, para que fosse realizada busca ativa e oferta de atendimento a essas pessoas na rede de atenção à saúde. No e-mail enviado, constavam as seguintes informações: dados do usuário que realizou a TAE extraídos do prontuário eletrônico; serviço de saúde que havia encaminhado a notificação e o motivo do e-mail da GAERE-L: solicitar à unidade de saúde o levantamento de informações do usuário ou a realização de busca ativa para a obtenção destas, a fim de que este fosse vinculado à equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e inserido em acompanhamento na UBS ou em outra unidade de saúde, conforme necessidade do caso.

Várias questões surgiram no decorrer desta experiência durante a atuação da autora na RT de saúde mental da GAERE-L, questões estas geradoras de insegurança, desconforto e preocupação. Algumas serão problematizadas, visando pensar adequações na proposta e aprimorar a execução do trabalho.

5 REFLEXÕES SOBRE A PRÁTICA E PROPOSIÇÕES

A informação e o preparo dos trabalhadores de saúde para a finalidade e a importância dos dados das fichas de notificação, são algo incomum na formação destes e não costuma ser ofertado pelos serviços, o que pode ser pensado e proposto na perspectiva da Educação Permanente em Saúde. Esta prática constitui-se como estratégia fundamental às transformações do trabalho nos serviços, possibilitando uma atuação crítica, reflexiva, propositiva, comprometida e tecnicamente competente (CECCIM, 2005).

A demora no envio das fichas pela unidade de saúde notificadora ao setor de epidemiologia da regional era identificada quando estas fichas chegavam por malote e traziam datas antigas, dois a três meses passados, às vezes mais. Talvez por desconhecimento e por outras questões relacionadas aos processos de trabalho nas unidades, estas fichas muitas vezes eram acumuladas para envio em maior volume, sem a preocupação com o prazo que isso se daria. Com frequência acontecia também de o lançamento das fichas serem feitos concluindo um mês, seguirem para os próximos, e receberem no setor posteriormente fichas de meses anteriores que já haviam sido finalizados.

Essa demora no direcionamento das fichas por vezes ocorria na GAERE-L, tanto no lançamento destas no SINAN, quanto no repasse ao setor da assistência; também no encaminhamento das mesmas às unidades de saúde para a busca ativa, podendo comprometer o cuidado em tempo hábil aos casos. Essa informação pode ser analisada através das colunas para registro de datas constantes na planilha utilizada para registro (Anexo C). A escassez de RH e a sobrecarga de tarefas eram fatores que ocasionavam esta situação.

Outro problema identificado com frequência pela RT de saúde mental, já de posse da ficha, ao consultar os registros do paciente no SISREDE, era a não continuidade do acompanhamento destas pessoas, seja pelo abandono do tratamento por parte das mesmas, seja pelo pouco investimento das equipes nos casos, provavelmente por desconhecerem o risco de estas pessoas realizarem nova tentativa. Uma TAE deve ser encarada com seriedade, como sinal de alerta que pode indicar a presença de fenômenos psicossociais complexos, e como principal fator de risco para outra tentativa (BOTEGA, 2014).

A reincidência era uma possibilidade e por vezes era constatada através do registro na planilha da GAERE-L. As reincidências podem estar relacionadas ao motivo que levava estas pessoas a cometerem uma TAE não ser abordado e trabalhado adequadamente pela equipe de saúde. Souza (2013) orienta que o projeto terapêutico individualizado, construído pelo profissional de saúde juntamente com o usuário ou familiar/cuidador, deve estabelecer ações e

intervenções a serem tomadas caso o usuário, avaliado como de risco, não esteja aderindo ao tratamento ou não compareça aos atendimentos.

A limitação de tempo, diante das outras demandas de trabalho que a RT de saúde mental possuía dentro das suas atribuições e da carga horária reduzida para a função, não lhe possibilitavam manter um monitoramento posterior sobre o acompanhamento dos casos. A própria planilha, desenvolvida para lançamento dos dados das fichas, se encerra na coluna “encaminhamento com datas” e poderia ser complementada com um campo de “informações do serviço de saúde sobre o tratamento”, por exemplo.

A forma como era possível conduzir este trabalho trazia preocupação em relação a pouca articulação junto aos trabalhadores da saúde mental na regional leste para o mesmo; esta ação não era desenvolvida de forma ampla e regularmente discutida com a rede, conforme se gostaria. Santos Filho (2014) traz o conceito de Apoio Institucional como um modo diferente de aproximação entre profissionais, possibilitando o estabelecimento de novas formas de se relacionar e de se comunicar; a atividade de apoio traz a dimensão do planejamento, e faz emergir objetivos, produtos e metas que promovem mudanças institucionais e mobilizam as equipes envolvidas no trabalho. Este conceito era bastante discutido no grupo de RTs de saúde mental, especialmente nas reuniões destinadas à elaboração do documento em construção mencionado anteriormente, e trazia contribuições importantes para o fazer deste grupo.

A ausência de um fluxo específico para as notificações nas UBSs e de orientação da forma como a gerência poderia direcionar sua equipe na condução dos casos, da busca ativa e abordagem ao usuário, no menor prazo possível e de maneira cuidadosa, também pode ser pensada como um entrave e um desafio. Pensar na atuação da ESF é reconhecer seu potencial de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica, reorientando o processo de trabalho e reforçando os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, impactando na saúde das pessoas e das coletividades (BRASIL, 2012). Na ESF é preconizado que as equipes conheçam os usuários de sua área de abrangência e suas questões/necessidades de saúde. Este conhecimento possibilita aos profissionais identificar, discutir e propor ações diante das demandas que recebem cotidianamente da própria rede de saúde, bem como de outros setores, como a assistência e a justiça.

No caso da demanda que a RT de saúde mental encaminhava pelo e-mail da GAERE-L, a expectativa é de que fosse recebida e executada desta forma, com o conhecimento da equipe de referência e a participação de outros profissionais identificados como importantes para a abordagem. Entretanto esta busca ativa pode ser delegada pelo gerente da UBS diretamente ao enfermeiro da ESF, ao Agente Comunitário de Saúde (ACS), ao assistente social e/ou outro

profissional da saúde mental da unidade, conforme avaliação do gestor e disponibilidade de profissionais na equipe. Desta forma, a abordagem não se dá de maneira uniforme e a privacidade dos dados, a delicadeza no contato e com as informações da ficha podem ser comprometidos, prejudicando a construção do vínculo do usuário com o profissional e com o serviço de saúde.

Sabe-se que a busca ativa e a abordagem adequada e cuidadosa são importantes para a condução do motivo da TAE, sem a exposição do usuário e sem lhe causar constrangimento, fatores estes que podem gerar recusa ao atendimento ou outros problemas. Apresentar uma postura acolhedora, dar atenção, ter tempo e disponibilidade para escutar e valorizar o que o usuário traz, podem promover condições para quem sofre expressar o seu mal-estar (OLIVEIRA, 2000). A partir daí é possível o estabelecimento de um vínculo entre usuário e profissional de saúde, favorecendo sua inserção no tratamento/cuidado em saúde.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Informar, qualificar e conscientizar os profissionais de saúde, nos diversos serviços que atendem uma TAE, quanto a importância do preenchimento responsável da ficha de notificação compulsória e do uso destas informações na proposição de prioridades e estratégias de intervenção é uma questão de grande relevância quando se pensa na oferta de um cuidado efetivo a estas pessoas. A articulação entre a Vigilância em Saúde e Assistência é exemplificada neste trabalho enquanto contribuição valiosa à rede de serviços e equipes de saúde na execução do seu trabalho.

Realizar avaliação cuidadosa dos casos de TAE e conhecer a situação/contexto em que ocorreram; ressaltar a importância da assistência em saúde apresentando os dados e as informações da regional leste sobre esta ocorrência, serão aspectos importantes na sensibilização dos gestores locais e dos trabalhadores dos serviços de saúde para a necessidade de assumir a responsabilidade com os casos encaminhados e garantir o seu acompanhamento.

Diante do exposto, espera-se que as reflexões sobre esta prática, sobre suas limitações e possibilidades, contribuam para o desenvolvimento de estratégias de intervenção e cuidado para as equipes de saúde da regional leste e demais regionais de saúde de Belo Horizonte. Sugere-se o aprimoramento da execução deste trabalho junto à equipe da GAERE-L (Figura 7), e conseqüentemente junto aos profissionais de saúde das UBSs e demais unidades de saúde da regional, o que deve ser compartilhado com as outras regionais, enquanto possibilidade de resultados positivos na prevenção das TAE, na redução da reincidência e dos óbitos por suicídio na cidade.

Figura 7 – Equipe GAERE-L



Imagem divulgada com a autorização dos profissionais
Fonte: arquivo pessoal

REFERÊNCIAS

- BELO HORIZONTE (MG). Decreto n. 17.345, de 24 de abril de 2020. Dispõe sobre a organização da Secretaria Municipal de Saúde. **Diário Oficial do Município**, Belo Horizonte, Ano 26, n. 6003, 25 de Abril de 2020. Disponível em: <http://portal6.pbh.gov.br/dom/iniciaEdicao.do?method=DomDia&dia=25/04/2020&comboAno=2020>. Acesso em: 3 set. 2020.
- BOTEGA, Neury José. Comportamento suicida: epidemiologia. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 231-236, dez. 2014. <https://doi.org/10.1590/0103-6564D20140004>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/pusp/v25n3/0103-6564-pusp-25-03-0231.pdf>. Acesso em: 3 set. 2020.
- BOTEGA, Neury José; MARÍN-LEON, Leticia; OLIVEIRA, Helenice Bosco de; BARROS, Marilisa Berti de Azevedo Barros; SILVA, Viviane Franco da; DALGALARRONDO, Paulo. Prevalência de ideação, plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n.12, p. 2632-2638, dez. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v25n12/10.pdf>. Acesso em: 3 set. 2020.
- BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, 9 abr. 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm#:~:text=L10216&text=LEI%20No%2010.216%20C%20DE,modelo%20assistencial%20em%20sa%C3%BAde%20mental. Acesso em: 3 set. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 3 set. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização – PNH**. Brasília-DF: Humaniza SUS, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 28 out. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 fev. 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em: 3 set. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção do suicídio**: manual dirigido aos profissionais das equipes de saúde mental. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, 2006. Disponível em: https://www.cvv.org.br/wp-content/uploads/2017/05/manual_prevencao_suicidio_profissionais_saude.pdf. Acesso em: 28 out. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde de A a Z: suicídio**. Disponível em: <http://antigo.saude.gov.br/saude-de-a-z/suicidio>. Acesso em: 28 out. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Perfil epidemiológico dos casos notificados de violência autoprovocada e óbitos por suicídio entre jovens de 15 a 29 anos no Brasil, 2011 a 2018. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, v. 50, n. 24, set. 2019. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/setembro/13/BE-suicidio-24-final.pdf>. Acesso em: 3 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de informação de agravos de notificação**: normas e rotinas. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_informacao_agravos_notificacao_sinan.pdf. Acesso em: 28 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Agravos e Notificações. **Notificação individual**. Brasília: SINAN, 2016. Disponível em: <http://portalsinan.saude.gov.br/notificacoes>. Acesso em: 28 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Agravos e Notificações. **Ficha de notificação individual**. Brasília: SINAN, 2015. Disponível em: http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/NINDIV/Notificacao_Individual_v5.pdf. Acesso em: 28 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Agravos e Notificações. **Ficha de investigação**: intoxicação exógena. Brasília: SINAN, 2005. Disponível em: http://portal.sinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/iexog/Intoxicacao_Exogena_v5.pdf. Acesso em: 28 out. 2020.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 975-986, out./dez. 2005. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000400020>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v10n4/a20v10n4.pdf>. Acesso em: 28 out. 2020.

CICOGNA, Júlia Isabel Richter; HILLESHEIM, Danúbia; HALLAL, Ana Luiza de Lima. Mortalidade por suicídio de adolescentes no Brasil: tendência temporal de crescimento entre 2000 e 2015. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 68, n. 1, p. 1-7, jan./mar. 2019. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000218>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v68n1/1982-0208-jbpsiq-68-01-0001.pdf>. Acesso em: 28 out. 2020.

JUNQUEIRA, Maria de Fátima Pinheiro da Silva. Cuidado: as fronteiras da integralidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 780-785, jul./set. 2005. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000300036>. Resenha do livro de PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Org.). Cuidado: as fronteiras da integralidade. São Paulo: Hucitec, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a36v10n3.pdf>. Acesso em: 28 out. 2020.

LAGUARDIA, Josué; DOMINGUES, Carla Magda Allan; CARVALHO, Carolina; LAUERMAN, Carlos Rodrigo; MACÁRIO, Eduardo; GLATT, Ruth. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan): desafios no desenvolvimento de um sistema de informação em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 13, n. 3, p. 135-147, jul./set. 2004. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742004000300002>. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v13n3/v13n3a02.pdf>. Acesso em: 28 out. 2020.

LOVISI, Giovanni Marcos; SANTOS, Simone Agadir; LEGAY, Letícia; ABELHA, Lucia; VALENCIA, Elie. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 31, Supl. 2, p. 86-94, out. 2009. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462009000600007>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbp/v31s2/v31s2a07.pdf>. Acesso em: 28 out. 2020.

MERHY, Emerson E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, Emercon E.; ONOCKO, Rosana (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

OLIVEIRA, Raquel Corrêa de. A recepção em um grupo no ambulatório do IPUB/UFRJ. **Cadernos IPUB**, v.6, n. 17, p. 30-46, 2000.

SANTOS FILHO, Serafim Barbosa. Apoio institucional e análise do trabalho em saúde: dimensões avaliativas e experiências no Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface**, Botucatu, v. 18, supl. 1, p. 1013-1025, 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0159>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v18s1/1807-5762-icse-18-1-1013.pdf>. Acesso em: 28 out. 2020.

SOUZA, Políbio José de Campos. **A abordagem da suicidalidade na perspectiva da rede de atenção psicossocial**. 2013. Artigo - Curso de Atualização em Atenção às Pessoas em Situação de Crise e Urgências em Saúde Mental, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, 2013.

ANEXOS

ANEXO A – Ficha de Notificação Individual - violência interpessoal/autoprovocada

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº	
FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL					
Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.					
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual		
	2 Agravado/doença		Código (CID10)	3 Data da notificação	
	VIOLENCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA		Y09		
	4 UF	5 Município de notificação		Código (IBGE)	
Notificação Individual	6 Unidade Notificadora <input type="checkbox"/> 1- Unidade de Saúde 2- Unidade de Assistência Social 3- Estabelecimento de Ensino 4- Conselho Tutelar 5- Unidade de Saúde Indígena 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher 7- Outros				
	7 Nome da Unidade Notificadora		Código Unidade	9 Data da ocorrência da violência	
	8 Unidade de Saúde		Código (CNES)		
	10 Nome do paciente			11 Data de nascimento	
	12 (ou) Idade	13 Sexo	14 Gestante	15 Raça/Cor	
1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	M - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado	1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9- Ignorado	1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado		
16 Escolaridade					
0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica					
17 Número do Cartão SUS		18 Nome da mãe			
Dados de Residência	19 UF	20 Município de Residência		Código (IBGE)	21 Distrito
	22 Bairro		23 Logradouro (rua, avenida,...)		Código
	24 Número	25 Complemento (apto., casa, ...)		26 Geo campo 1	
	27 Geo campo 2		28 Ponto de Referência		29 CEP
30 (DDD) Telefone	31 Zona	32 País (se residente fora do Brasil)			
	1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado				
Dados Complementares					
Dados da Pessoa Atendida	33 Nome Social		34 Ocupação		
	35 Situação conjugal / Estado civil				
	1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 8 - Não se aplica 9 - Ignorado				
	36 Orientação Sexual		37 Identidade de gênero:		
1-Heterossexual 2-Homossexual (gay/lésbica)	3-Bissexual 8-Não se aplica 9-Ignorado	1-Travesti 2-Mulher Transsexual	3-Homem Transsexual 8-Não se aplica 9-Ignorado		
38 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno?	39 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno?			1- Sim 2- Não 8-Não se aplica 9- Ignorado	
1- Sim 2- Não 9- Ignorado	<input type="checkbox"/> Deficiência Física <input type="checkbox"/> Deficiência Intelectual	<input type="checkbox"/> Deficiência visual <input type="checkbox"/> Deficiência auditiva	<input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Transtorno de comportamento	<input type="checkbox"/> Outras	
Dados da Ocorrência	40 UF	41 Município de ocorrência		Código (IBGE)	42 Distrito
	43 Bairro		44 Logradouro (rua, avenida,...)		Código
	45 Número	46 Complemento (apto., casa, ...)		47 Geo campo 3	48 Geo campo 4
	49 Ponto de Referência		50 Zona	51 Hora da ocorrência	
			1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	(00:00 - 23:59 horas)	
52 Local de ocorrência			53 Ocorreu outras vezes?		
01 - Residência 02 - Habitação coletiva 03 - Escola	04 - Local de prática esportiva 05 - Bar ou similar 06 - Via pública	07 - Comércio/serviços 08 - Indústrias/construção 09 - Outro 99 - Ignorado	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	54 A lesão foi autoprovocada? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	

ANEXO B – Ficha de Investigação – intoxicação exógena

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO **INTOXICAÇÃO EXÓGENA**

Nº

Caso suspeito: todo aquele indivíduo que, tendo sido exposto a substâncias químicas (agrotóxicos, medicamentos, produtos de uso doméstico, cosméticos e higiene pessoal, produtos químicos de uso industrial, drogas, plantas e alimentos e bebidas), apresente sinais e sintomas clínicos de intoxicação e/ou alterações laboratoriais provavelmente ou possivelmente compatíveis.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		2 Agravo/doença INTOXICAÇÃO EXÓGENA		Código (CID10) T 65.9		3 Data da Notificação		
	4 UF		5 Município de Notificação		Código (IBGE)				
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)				Código		7 Data dos Primeiros Sintomas		
	8 Nome do Paciente						9 Data de Nascimento		
Notificação Individual	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		11 Sexo M - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado		12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9- Ignorado		13 Raça/Coi 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parada 5-Indígena 9- Ignorado		
	14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica								
	15 Número do Cartão SUS				16 Nome da mãe				
	17 UF		18 Município de Residência		Código (IBGE)		19 Distrito		
Dados de Residência	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)		Código				
	22 Número		23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1				
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência		27 CEP				
	28 (DDD) Telefone		29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		30 País (se residente fora do Brasil)				
	Dados Complementares do Caso								
Antecedentes Epidemiológicos	31 Data da Investigação		32 Ocupação						
	33 Situação no Mercado de Trabalho 01- Empregado registrado com carteira assinada 05 - Servidor público celetista 09 - Cooperativado 02 - Empregado não registrado 06- Aposentado 10- Trabalhador avulso 03- Autônomo/ conta própria 07- Desempregado 11- Empregador 04- Servidor público estatutário 08 - Trabalho temporário 12- Outros 99 - Ignorado								
	34 Local de ocorrência da exposição 1. Residência 2. Ambiente de trabalho 3. Trajeto do trabalho 4. Serviços de saúde 5. Escola/creche 6. Ambiente externo 7. Outro 9. Ignorado								
Dados da Exposição	35 Nome do local/estabelecimento de ocorrência				36 Atividade Econômica (CNAE)				
	37 UF		38 Município do estabelecimento		Código (IBGE)		39 Distrito		
	40 Bairro		41 Logradouro (rua, avenida, etc. - endereço do estabelecimento)						
	42 Número		43 Complemento (apto., casa, ...)		44 Ponto de Referência do estabelecimento		45 CEP		
	46 (DDD) Telefone		47 Zona de exposição 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		48 País (se estabelecimento fora do Brasil)				
Intoxicação Exógena				Sinan NET				SVS 09/06/2005	

ANEXO C – Planilha de registro dos dados das fichas de notificação de TAE da GAERE-L

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
1	DATA OCORRÊNCIA E DATA NOTIFICAÇÃO	RECEBIDO	Serviço de saúde notificador			NOME PACIENTE	PRONT. ELETR.	DATA NASCIMENTO	DIAGNÓSTICO	RESUMO DO CASO	ENCAMINHAMENTO COM DATA
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											

Fonte: GAERE-L – Produção interna