

As atribuições da Atenção Primária à  
Saúde na avaliação do risco de suicídio  
e a  
**CONSTRUÇÃO DO GUIA DE REFERÊNCIA  
RÁPIDA DE AVALIAÇÃO DE RISCO DE  
SUICÍDIO DA SMS/ RJ**

**Hélio Antonio Rocha - Médico Psiquiatra do NASF da CAP 2.2**

**Fabiane Minozzo**

**Assessora Técnica – Superintendência de Atenção Primária**

**Secretaria Municipal de Saúde - Rio de Janeiro**

# Contact With Mental Health and Primary Care Providers Before Suicide: A Review of the Evidence *Am J Psychiatry 2002*

- 45% dos que morreram por suicídio foram atendidos por profissionais da APS no *mês anterior* a sua morte. Destes, 19% se consultaram com um profissional de saúde mental.
- No *ano anterior* ao suicídio, 77% das pessoas foram atendidas em serviços de Atenção Primária, enquanto 32% delas foram atendidas em serviços de saúde mental.

# Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review *Psychological Medicine, 2003*

- 54 were case series and 22 were case–control studies. The median proportion of cases with mental disorder was 91% (95% CI 81–98%) in the case series.
- In the case–control studies the figure was 90% (88–95%) in the cases and 27% (14–48%) in the controls.
- Co-morbid mental disorder and substance abuse also preceded suicide in more cases (38%, 19–57%) than controls (6%, 0–13%).
- The population attributable fraction for mental disorder ranged from 47–74% in the seven studies in which it could be calculated.

# Prevalências de ideação, plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil Cad. Saúde Pública, 2009



# Prevenção do Suicídio: Um Recurso para Conselheiros OMS, 2006

MITO 1. Se um profissional falar com o paciente sobre suicídio, o profissional está dando a ideia de suicídio à pessoa.	FALSO. Simplesmente perguntar aos pacientes se estes pensam em fazer-se mal, não causa comportamento suicida, ao contrário, protege. Na verdade, reconhecer que o estado emocional do indivíduo é real, e conversar sobre a situação induzida pelo stress são componentes necessários para a redução da ideação suicida. Uma entrevista de avaliação na suspeita de risco costuma produzir alívio emocional transitório e aumento da confiança na equipe.
MITO 2. As pessoas que falam sobre o suicídio não farão mal a si próprias, pois querem apenas chamar a atenção.	FALSO. Ao contrário do que se pensa, quando um indivíduo falar de ideação, de intenção ou de um plano suicida, deve ser levado a sério.
MITO 3. O suicídio é sempre impulsivo e acontece sem aviso.	FALSO. A maioria dos casos acontece de modo premeditado e as pessoas deram avisos de suas intenções anteriormente. A impulsividade pode e deve ser adequadamente avaliada por escalas clínicas e ocorre em adolescentes em sofrimento psíquico, abuso de álcool e estimulantes, transtorno de personalidade e transtorno bipolar do humor.
MITO 4. Os indivíduos suicidas querem mesmo morrer ou estão decididos a matar-se.	FALSO. A maioria das pessoas nesta situação experimenta sentimentos ambivalentes sobre o suicídio e ficam em dúvida se devem fazê-lo, considerando motivos para morrer e para viver. Muitas vezes já relataram ou deram pistas destes pensamentos a uma ou mais pessoas.

# Prevenção do Suicídio: Um Recurso para Conselheiros OMS, 2006

MITO 5. Quando um indivíduo mostra sinais de melhoria ou sobrevive a uma tentativa de suicídio, está fora de perigo.	FALSO. Na verdade, um dos períodos mais perigosos é logo após a crise, ou quando a pessoa está no hospital, na sequência de uma tentativa. Deve-se atentar para a semana (e o mês) que se segue à alta do hospital, pois há perigo do paciente tentar novamente o autoextermínio ou fazer mal a si.
MITO 6. O suicídio é sempre hereditário.	FALSO. Nem todos os suicídios podem ser associados à hereditariedade, no entanto, a história familiar de suicídio é um fator de risco importante para o comportamento suicida, particularmente em famílias onde a depressão é comum.
MITO 7. Os indivíduos que tentam ou cometem suicídio têm sempre algum agravamento à saúde mental.	FALSO. O comportamento suicida indica que a pessoa enfrenta algum sofrimento emocional ou dificuldade. A presença do risco de suicídio não implica na existência de um agravamento à saúde mental. Apesar de frequente, esta associação não deve ser sobrestimada. A proporção relativa destas perturbações varia de lugar para lugar e há casos em que nenhuma perturbação mental foi detectada, e sim, situações outras de vulnerabilidade pessoal, econômica e/ou social.
MITO 8. O suicídio só acontece “àqueles outros tipos de pessoas,” não a nós.	FALSO. O suicídio pode acontecer a qualquer pessoas e encontra-se em todos os tipos de sistemas sociais e de famílias. Por isso, é fundamental investir em prevenção e identificar situações possíveis de vulnerabilidade, investindo em tratamentos precoces.
MITO 9. Após uma pessoa tentar cometer suicídio uma vez, nunca voltará a tentar novamente.	FALSO. As tentativas de suicídio são mais prevalentes quando há tentativas de suicídio anteriores, por isso as pessoas que efetuaram essas tentativas necessitam de avaliação cuidadosa, juntamente ao tratamento e acompanhamento regular através de contato telefônico, visita domiciliar ou estratégias de cuidado permanentes.

# Evaluation and treatment of the suicidal patient. *American Family Physician, 2012*

- Perguntar diretamente sobre ideação suicida em pacientes com fatores de risco está associada a tratamento e manejo mais efetivos.
- Triagem para depressão, ansiedade e álcool ajuda a determinar a gravidade dos sintomas em pacientes com possível ideação suicida
- O uso de contratos de prevenção de suicídio devem ser evitados
- O tratamento da ideação suicida deve incluir Medicamentos e intervenções psicológicas.

# Relatos comuns de usuários com pensamentos suicidas:

- *“Eu ando pensando besteira.”*
- *“Acho que minha família ficaria melhor se eu não estivesse aqui.”*
- *“Eu sou um peso para os outros.”*
- *“Estou com pensamentos ruins.”*
- *“Era melhor que eu estivesse morto.”*
- *“Eu não aguento mais.”*
- *“As coisas não vão dar certo. Não vejo saída.”*
- *“Eu preferia estar morto.”*



# Fatores de Risco

Botega, 2015

## Fatores Sociodemográficos

- ✓ Sexo masculino
- ✓ Adultos jovens (19 a 49 anos) e idosos
- ✓ Estados civis: viúvo, divorciado e solteiro (principalmente entre homens)
- ✓ Orientação homossexual ou bissexual
- ✓ Ateus, protestantes tradicionais > católicos, judeus
- ✓ Grupos étnicos minoritários

## Transtornos Mentais:

- ✓ Depressão, transtorno afetivo bipolar, abuso/ dependência de álcool e outras drogas, esquizofrenia, transtornos de personalidade (especialmente borderline)
- ✓ Comorbidade psiquiátrica (coocorrência de transtornos mentais)
- ✓ História familiar de doença mental
- ✓ Falta de tratamento ativo e continuado em saúde mental
- ✓ Ideação ou plano suicida
- ✓ Tentativa de suicídio pregressa
- ✓ História familiar de suicídio

# Fatores de Risco

Botega, 2015

## Fatores Psicossociais:

- ✓ Abuso físico ou sexual
- ✓ Perda ou separação dos pais na infância
- ✓ Instabilidade familiar
- ✓ Ausência de apoio social
- ✓ Isolamento social
- ✓ Perda afetiva recente ou outro acontecimento estressante
- ✓ Datas importantes (reações a aniversário)
- ✓ Desemprego
- ✓ Aposentadoria
- ✓ Violência doméstica
- ✓ Desesperança, desamparo
- ✓ Ansiedade intensa
- ✓ Vergonha, humilhação (bullying)
- ✓ Baixa autoestima
- ✓ Desesperança
- ✓ Traços de personalidade: impulsividade, agressividade, labilidade do humor, perfeccionismo
- ✓ Rigidez cognitiva, pensamento dicotômico
- ✓ Pouca flexibilidade para enfrentar adversidades

# Fatores de Risco

Botega, 2015

## Outros:

- ✓ Acesso a meios letais (armas de fogo, venenos)
- ✓ Doenças físicas incapacitantes, estigmatizantes, dolorosas e terminais
- ✓ Estados confusionais orgânicos
- ✓ Falta de adesão a tratamento, agravamento ou recorrência de doenças preexistentes
- ✓ Relação terapêutica frágil ou instável

# Fatores de Proteção

Botega, 2015

## Personalidade e Estilo Cognitivo:

- ✓ Flexibilidade cognitiva
- ✓ Disposição para aconselhar-se em caso de decisões importantes
- ✓ Disposição para buscar ajuda
- ✓ Abertura à experiência de outrem
- ✓ Habilidade para se comunicar
- ✓ Capacidade para fazer uma boa avaliação da realidade
- ✓ Habilidade para solucionar problemas da vida

## Estrutura Familiar:

- ✓ Bom relacionamento interpessoal
- ✓ Senso de responsabilidade em relação à família
- ✓ Crianças pequenas em casa
- ✓ Pais atenciosos e consistentes
- ✓ Apoio em situações de necessidade

# Fatores de Proteção

Botega, 2015

## Fatores Socioculturais:

- ✓ Integração e bons relacionamentos em grupos sociais (colegas, amigos, vizinhos)
- ✓ Adesão a valores e normas socialmente compartilhados
- ✓ Prática de uma religião e outras práticas coletivas (clubes esportivos, grupos culturais)
- ✓ Rede social que propicia apoio prático e emocional
- ✓ Estar empregado
- ✓ Disponibilidade a serviços de saúde mental

## Outros:

- ✓ Gravidez, puerpério
- ✓ Boa qualidade de vida
- ✓ Regularidade do sono
- ✓ Boa relação terapêutica

# Abordagem da Pessoa com Risco de Suicídio



# Abordagem da Pessoa com Risco de Suicídio



# Abordagem da Pessoa com Risco de Suicídio



- PERGUNTAS ABERTAS
    - X
  - PERGUNTAS FECHADAS
- 
- SEGUIR PISTAS DADAS PELO PACIENTE
  - EXPLORAR PENSAMENTOS, SENTIMENTOS
- 
- COMO...
  - O QUE...
  - VOCÊ PODE ME FALAR MAIS SOBRE...
  - VOCÊ PODE ME EXPLICAR...

# Abordagem da Pessoa com Risco de Suicídio

- Tem vontade de morrer?
  - Pensa em se matar?
  - Planeja como se matar?
- Tem acesso a como pensa em se matar?
  - Você tem algum motivo para viver?
- Já fez alguma tentativa de suicídio anteriormente?
- Tem feito uso de álcool? De alguma outra substância?

# O que não fazer?

- Ignorar a situação ou expressar qualquer tipo de julgamento.
- Mostrar-se surpreendido, envergonhado ou em pânico.
- Tentar se desfazer do problema acionando outro profissional de saúde ou serviço, considerando-se livre de qualquer ação.
- Falar que tudo ficará bem sem atuar para que isso ocorra.
- Desafiar a pessoa a seguir a diante.
- Dizer que o problema é comum, não é grave.
- Dar falsas garantias.
- Garantir o segredo.
- Deixar a pessoa só nos casos de grave risco de suicídio.

# Notificações – Município Rio de Janeiro

Notificações de Violência autoprovocada em residentes Rio de Janeiro segundo mês de ocorrência e ano, 2010 - 2017.

Ano	Mes da Notificação												Total
	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maior	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	
2017 *	131	117	113	130	171	143	145	179	21	0	0	0	1150
2016	82	71	80	68	53	82	97	148	159	142	138	150	1270
2015	49	54	80	54	47	70	72	77	89	83	93	82	850
2014	27	26	20	13	15	25	35	49	54	51	53	57	425
2013	18	19	14	21	18	19	25	28	22	23	20	11	238
2012	12	14	15	20	12	20	7	12	32	28	21	18	211
<b>Total</b>	<b>321</b>	<b>303</b>	<b>324</b>	<b>314</b>	<b>319</b>	<b>366</b>	<b>385</b>	<b>506</b>	<b>388</b>	<b>344</b>	<b>344</b>	<b>331</b>	<b>4245</b>

Fonte: SINAN Ano 2017 - dados parciais, sujeitos à revisão Base de Dados: 11/09/2017

Notificações de Violência autoprovocada em residentes Rio de Janeiro segundo ano de notificação e ciclo de vida, 2010 - 2017.

Ano	Ciclo de Vida				Total
	Criança	Adolescente	Adulto	Idoso	
2017 *	16	296	788	50	1150
2016	2	256	940	72	1270
2015	0	165	626	59	850
2014	0	100	294	31	425
2013	0	62	156	20	238
2012	0	54	138	19	211
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>933</b>	<b>2942</b>	<b>251</b>	<b>4144</b>

Fonte: SINAN Ano 2017 - dados parciais, sujeitos à revisão Base de Dados: 11/09/2017

# Notificações – Município Rio de Janeiro

Notificações de Violência autoprovocada em residentes Rio de Janeiro segundo ano e AP de notificação, 2010 - 2017.

Ano	AP de Notificação										Total
	1.0	2.1	2.2	3.1	3.2	3.3	4.0	5.1	5.2	5.3	
2017 *	59	90	22	235	26	149	135	172	119	139	1146
2016	41	86	23	219	47	149	193	242	166	104	1270
2015	24	67	31	127	31	158	144	171	70	27	850
2014	31	42	16	87	24	57	17	101	33	16	424
2013	27	31	4	45	14	19	9	55	29	5	238
2012	29	24	1	69	2	9	11	21	45	0	211
<b>Total</b>	<b>211</b>	<b>340</b>	<b>97</b>	<b>782</b>	<b>144</b>	<b>541</b>	<b>509</b>	<b>762</b>	<b>462</b>	<b>291</b>	<b>4139</b>

Fonte: SINAN Ano 2017 - dados parciais, sujeitos à revisão Base de Dados: 11/09/2017



PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMS

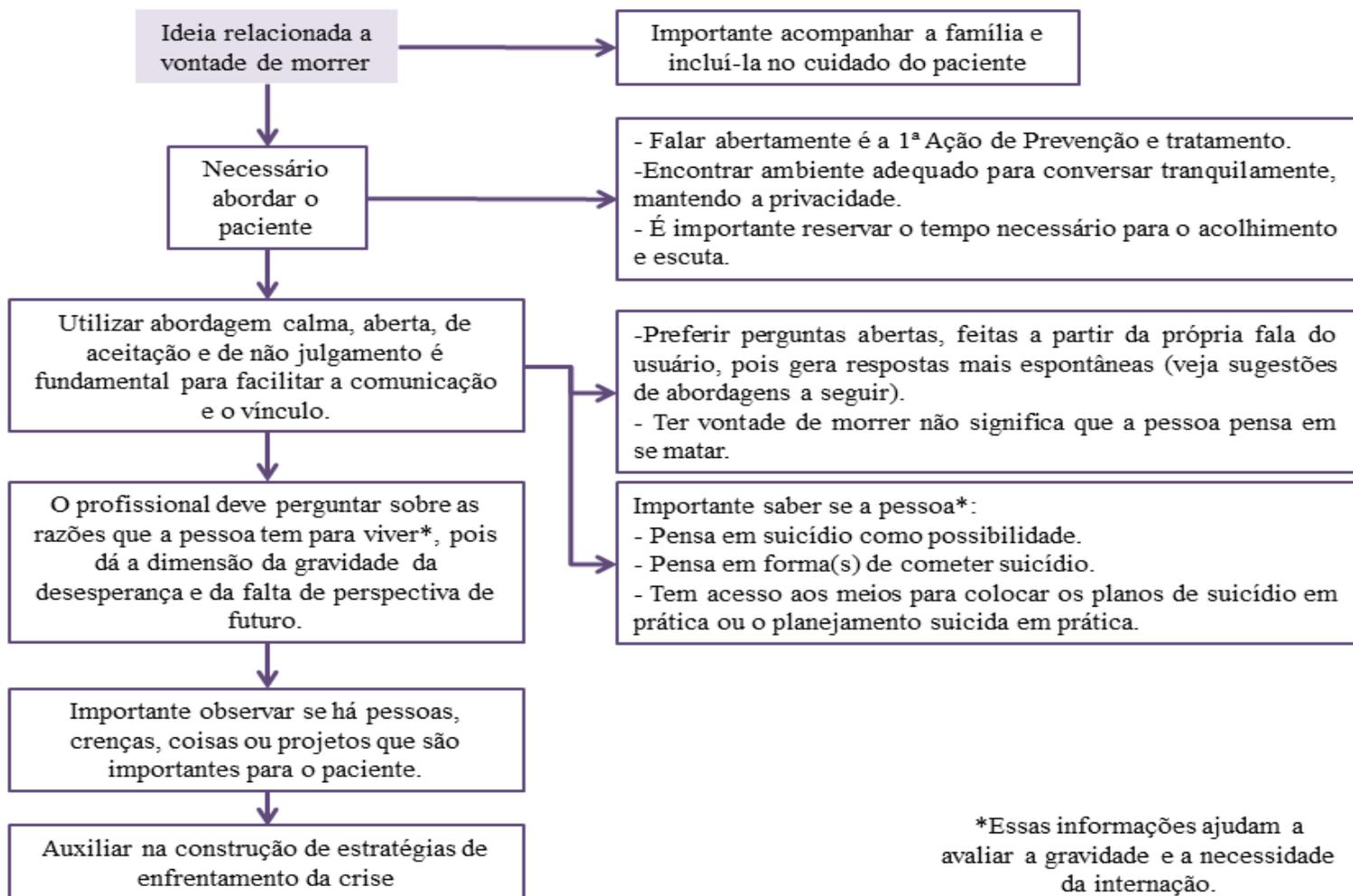
# Coleção Guia de Referência Rápida

# **Avaliação do Risco de Suicídio e sua Prevenção**

Versão Profissional

# Abordagem da Pessoa com Risco de Suicídio

## ABORDAGEM DO RISCO DE SUICÍDIO



# Avaliação da Pessoa com Risco de Suicídio

## ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO DE SUICÍDIO

Paciente com histórico de tentativa prévia, apresentando ideação suicida frequente e persistente (o pensamento está presente por muito tempo), com planejamento e acesso à forma como planejou. Impulsividade, rigidez do propósito de se matar, desespero, *delirium*, alucinações, abuso/dependência de álcool ou drogas são fatores agravantes.

**ALTO**

Paciente com histórico de tentativa prévia, apresentando ideação suicida frequente e persistente (o pensamento está presente por muito tempo), sem planejamento. Ausência de impulsividade ou abuso/dependência de álcool ou drogas.

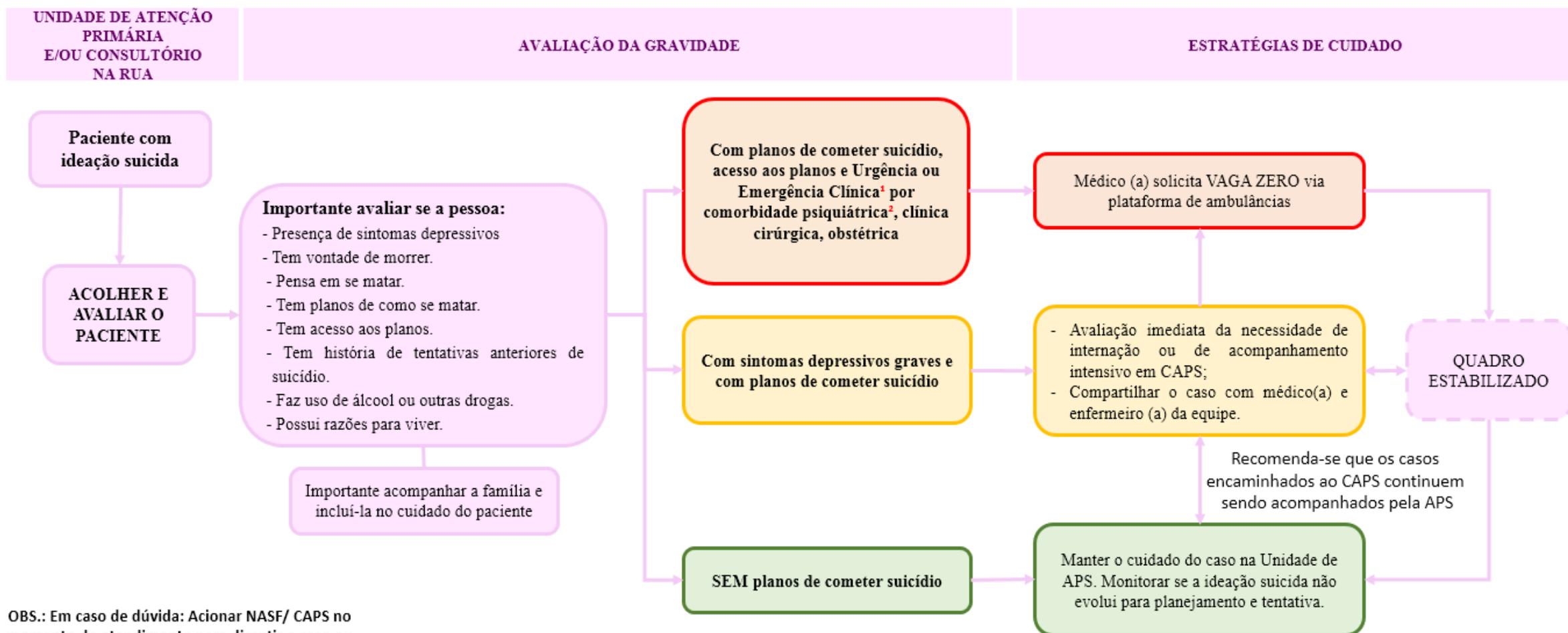
**MODERADO**

Paciente sem histórico de tentativa prévia, apresentando ideação suicida, sem planejamento.

**BAIXO**

# Avaliação da Pessoa com Risco de Suicídio

## AVALIAÇÃO DO RISCO DE SUICÍDIO

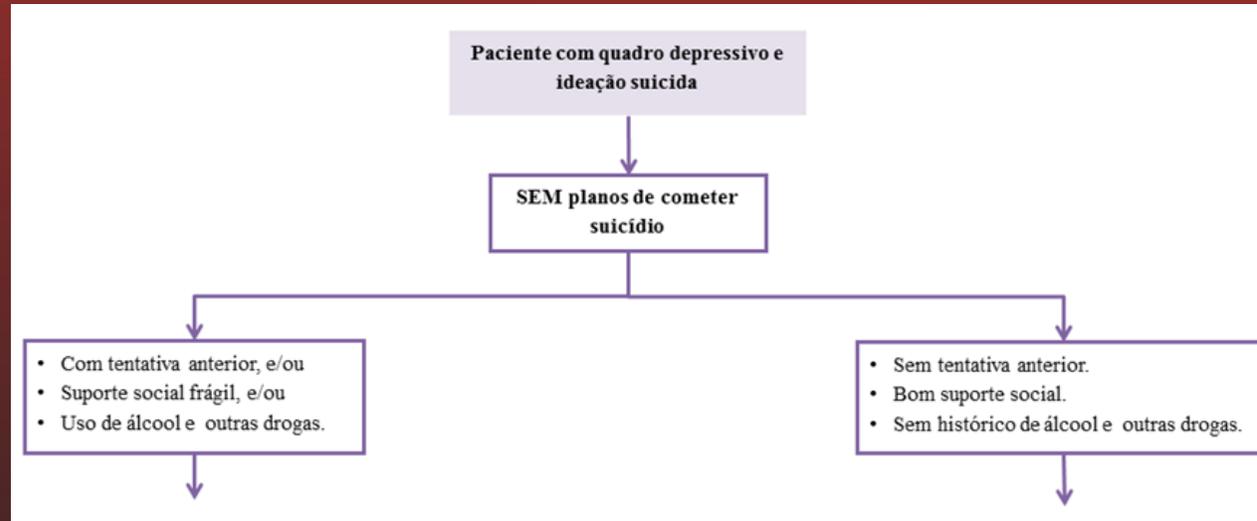


OBS.: Em caso de dúvida: Acionar NASF/ CAPS no momento do atendimento para discutir o caso ou encaminhar à emergência.

# VAGA ZERO?

- Impossibilidade de realizar avaliação precisa e/ou acompanhamento ambulatorial satisfatório.
- Pessoa com ideação, planos e acesso aos planos, especialmente se for imediato e de modo violento.
- Necessidade de período mais longo de avaliação do paciente.
- Ausência de suporte social.
- Determinação, rigidez em realizar os planos.
- Casos graves com família disfuncional ou sem condições de fornecer suporte.
- Pessoa trazida por terceiros que não colabora na avaliação.
- Agitação Psicomotora.
- **Importante acionar um profissional de saúde mental do NASF e/ou equipes de saúde mental dos CAPS para discutir em conjunto a melhor condução do caso, sempre que possível ou houver dúvida.**

# Avaliação da Pessoa com Risco de Suicídio



- Tratar o quadro depressivo da maneira mais indicada, utilizar medicamentos com menor potencial de letalidade, considerando que pode ser utilizado em uma tentativa.
- Dispensar a medicação em intervalos menores, se necessário.
- Discussão do caso com profissionais de Saúde Mental do NASF ou com o serviço de saúde mental de referência para avaliar a necessidade de encaminhamento para ambulatório especializado, mantendo a coordenação do cuidado pela APS.

- Organizar a equipe e agendar atendimentos em intervalos menores, a fim de monitorar se a ideação suicida não evolui para planejamento e tentativa. Visitas domiciliares e telefonemas por membros da equipe, incluindo ACS são opções.
- Iniciar tratamento medicamentoso com menor potencial de letalidade (caso seja utilizado em uma tentativa). Dispensar a medicação em intervalos menores.
- Acionar profissionais NASF ou do serviço de saúde mental de referência para acompanhamento conjunto com psiquiatra e psicólogo (a).
- Remover os meios de autoagressão (objetos perfuro cortantes, armas de fogo, cordas, venenos, medicamentos).
- Garantir bom sono.
- Articular o cuidado com o CAPS ou CAPS Álcool e Drogas (CAPS ad).
- Mobilizar família e/ou pessoas próximas e/ou recursos da comunidade para monitorização do risco e apoio. Esclarecer que conversar sobre suicídio reduz a ansiedade associada ao sentimento. Críticas à pessoa não a ajudam.
- Avaliar a necessidade de atendimento específico pelo psicólogo do NASF, além do atendimento conjunto com matriciamento dos profissionais de saúde mental do NASF, CAPS ou outros serviços de saúde mental.

# Pessoa com Quadro Depressivo, Ideação Suicida, Planos de cometer suicídio e acesso aos planos

## Conduta no Primeiro Atendimento

- Não deixar a pessoa sozinha.
- **Avaliar necessidade de solicitar Vaga Zero** - Regulação para os leitos de SM.
- Caso não esteja indicada internação em saúde mental, pode-se articular nos casos graves, **internação domiciliar**, destacando membro(s) da família (rede social) para vigilância 24h ao dia.
- Organizar a equipe e agendar atendimentos em intervalos menores, **semanais**, a fim de monitorar se a ideação suicida não evolui para planejamento e tentativa. Telefonemas e visitas domiciliares são opções.
- Iniciar tratamento medicamentoso com menor potencial de letalidade (caso seja utilizado em uma tentativa). Dispensar a medicação em intervalos menores.
- Acionar profissionais NASF ou do serviço de saúde mental de referência para acompanhamento conjunto com psiquiatra e psicólogo (a).
- Avaliar necessidade de atendimento psiquiátrico específico, além do atendimento conjunto realizado com psiquiatra em matriciamento.
- Avaliar a necessidade de atendimento específico pelo psicólogo do NASF, além do atendimento conjunto, ou encaminhamento para ambulatório especializado para psicoterapia, mantendo a coordenação do cuidado pela APS.
- Remover os meios de autoagressão (objetos perfuro cortantes, armas de fogo, cordas, venenos, medicamentos).
- Garantir bom sono.
- Articular o cuidado com o CAPS Infantil (em caso de infância e adolescência) CAPS Adulto ou CAPS AD para acompanhamento de período de crise.
- Mobilizar família e/ou pessoas próximas e/ou recursos da comunidade para monitorização do risco e apoio. Esclarecer que conversar sobre suicídio reduz a ansiedade associada ao sentimento. Críticas à pessoa não a ajudam.
- Fornecer suporte à família.
- Orientar sobre uso da emergência psiquiátrica em situações de crise ou acolhimento no CAPS.
- Colocar a unidade de saúde à disposição para retorno.
- **Se houver tentativa, notificá-la**, realizar notificação compulsória imediata (Portaria nº 204/2016), através da **Ficha de Notificação de Violência Interpessoal Autoprovocada**.

# Pessoa com Quadro Depressivo, Ideação Suicida, Planos de cometer suicídio e acesso aos planos

## No Seguimento

- Atentar que o período de 30 dias após alta hospitalar é também de maior de risco.
- Organizar a equipe e agendar atendimentos em intervalos menores, intensificando a relação com a ESF. Visitas domiciliares e telefonemas por membros da equipe, incluindo ACS são opções.
- Iniciar tratamento medicamentoso com menor potencial de letalidade (caso seja utilizado em uma tentativa). Dispensar a medicação em intervalos menores.
- Acionar profissionais NASF ou do serviço de saúde mental de referência para acompanhamento conjunto com psiquiatra e psicólogo (a).
- Remover os meios de autoagressão (objetos perfuro cortantes, armas de fogo, cordas, venenos, medicamentos).
- Garantir bom sono.
- Articular o cuidado com o CAPS ou CAPS Álcool e Drogas (CAPS ad).
- Mobilizar família e/ou pessoas próximas e/ou recursos da comunidade para monitorização do risco e apoio. Esclarecer que conversar sobre suicídio reduz a ansiedade associada ao sentimento. Críticas à pessoa não a ajudam.
- Avaliar a necessidade de atendimento específico pelo psicólogo do NASF, além do atendimento conjunto com matriciamento dos profissionais de saúde mental do NASF, CAPS ou outros serviços de saúde mental.

# Internação Domiciliar

- Permanecer a maior parte do tempo em casa, não sair sozinha, não ficar com porta trancada, não ficar responsável pela própria medicação.
- É preciso construir uma organização familiar para isso, ou mesmo destacar um membro da família para isso. Afastar do trabalho, fornecendo atestado médico, tanto paciente quanto o cuidador, pode ser necessário.
- Criar ambiente seguro, protetor, se possível um quarto separado e tranquilo.
- Remover meios de autoagressão, incluindo: cordas, fios, objetos perfuro-cortantes, álcool, medicamentos, drogas, inseticidas, venenos e outras substâncias.
- Garantir bom sono e auxiliar no controle da impulsividade com o uso de medicações.
- Estimular que a pessoa faça alguma(s) atividade(s) que ela tenha interesse, mas respeitar o limite do que ela consegue realizar.
- Informar e esclarecer dúvidas ao paciente e sua família, especialmente quem administra a medicação.
- Dar suporte também à família.
- Reavaliar semanalmente as ações empreendidas anteriormente, alterando e repactuando o PTS.

# Avaliação da Pessoa com Risco de Suicídio

- O período de maior risco de suicídio pode não ser quando a pessoa está gravemente deprimida, mas quando começa a melhorar.
- Na presença de dor crônica ou de doenças clínicas que contribuam para os sintomas depressivos e para a ideação suicida, é fundamental o bom manejo das comorbidades.
- Casos graves de risco de suicídio, que na prática clínica mais frequentemente estão ligados a depressão grave, transtorno afetivo bipolar, esquizofrenia, transtornos de personalidade, abuso e dependência de substâncias ou mesmo a mais de um destes problemas de saúde mental associados, sejam acompanhados por especialistas e que a Atenção Primária participe do cuidado.

# Contrato

- O estabelecimento de um contrato só é válido quando os pacientes têm controle sobre suas ações.
- Ainda que seja estabelecido um contrato terapêutico, ele não representa uma garantia de que a pessoa não realizará uma tentativa. Ele pode ser um elemento utilizado pelo paciente como referência de quando pedir ajuda, ao sentir que não tem mais condições de cumprir com o que pactuou.

MARVEL

THE WORLD'S GREATEST COMIC MAGAZINE!

CONTINUES IN THIS ISSUE!



# Fantastic Four

65¢  
U.K. 90p  
CAN 75¢

285  
DEC

PACKARD

I'M FINISHED.

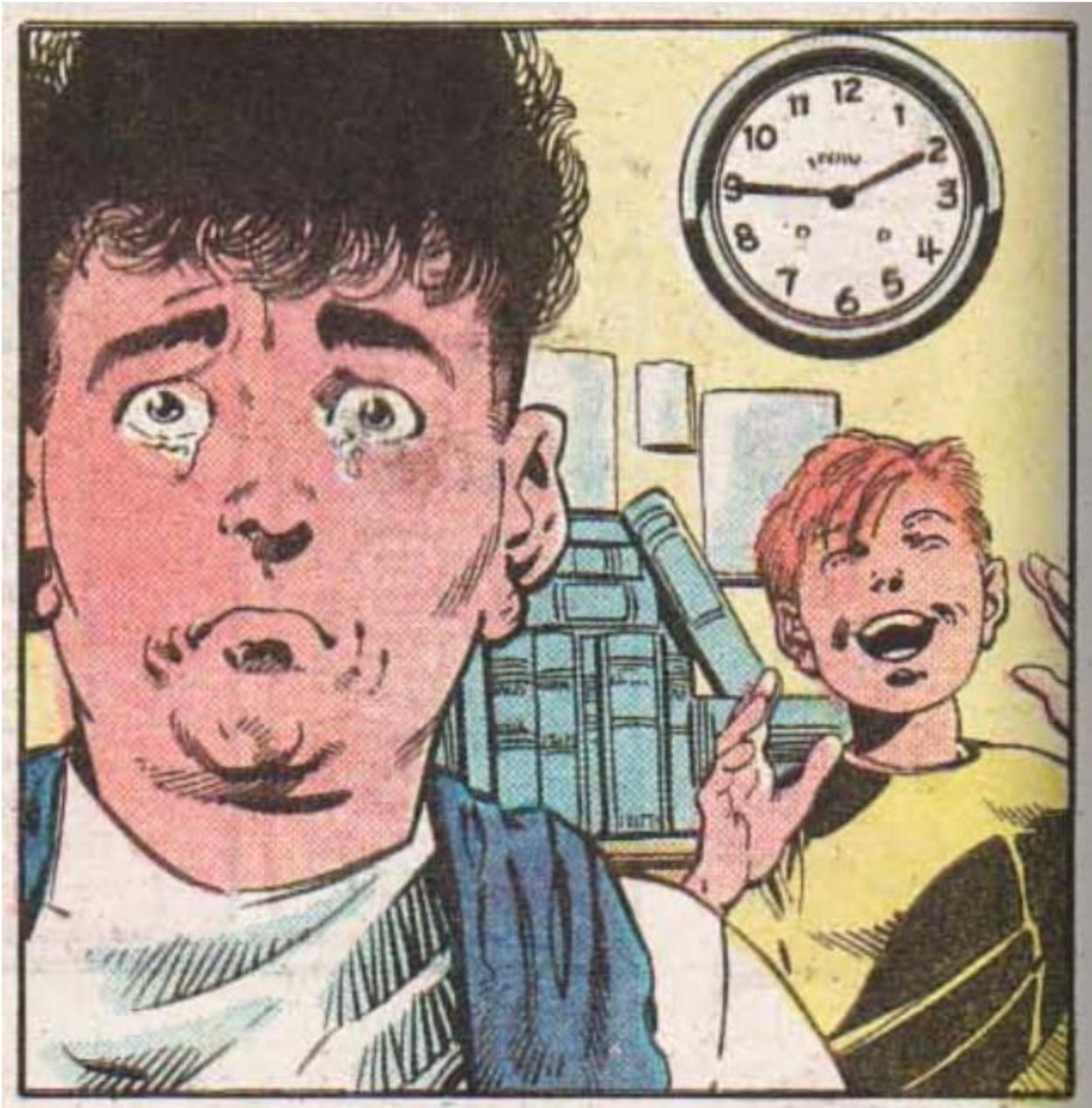
I CAN'T BE THE HUMAN TORCH ANYMORE!





NOT SO FAST,  
SHORTY. YOU  
WANNA EVEN  
BREATHE ON  
IT, IT'S GONNA  
COST YA.

ANYTHING! ANY-  
THING! WHAT DO  
YOU WANT?





Haw haw haw haw!

BOY, HANSON, YOU GET 'DUMBER' EVERY DAY.

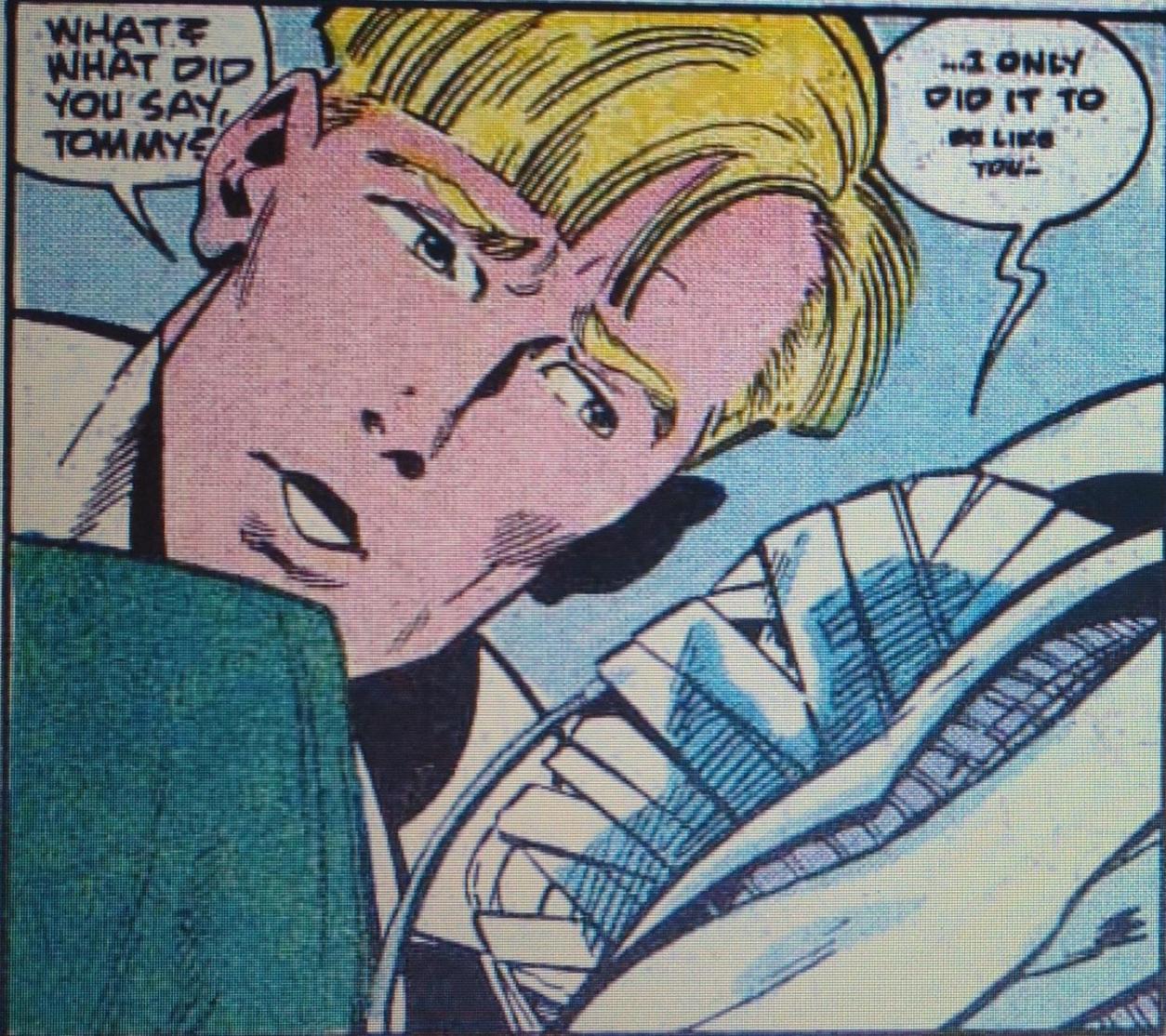
AN' REMEMBER, YOU STILL GOTTA GIVE ME YOUR LUNCH MONEY AN' DO MY HOMEWORK 'TIL TH' HOLIDAYS!

Haw Haw Haw!

≡CIC≡  
TOMMY, IT'S MOTHER.  
I'LL BE HOME AROUND  
ELEVEN-THIRTY. YOUR  
DINNER SHOULD BE IN  
THE REFRIGERATOR.  
OH, AND DARLING,  
SET THE VCR TO RE-  
CORD "MCCLUHAN'S  
WORLD" AT EIGHT  
ON PBS. GOOD BOY.  
≡CIC≡

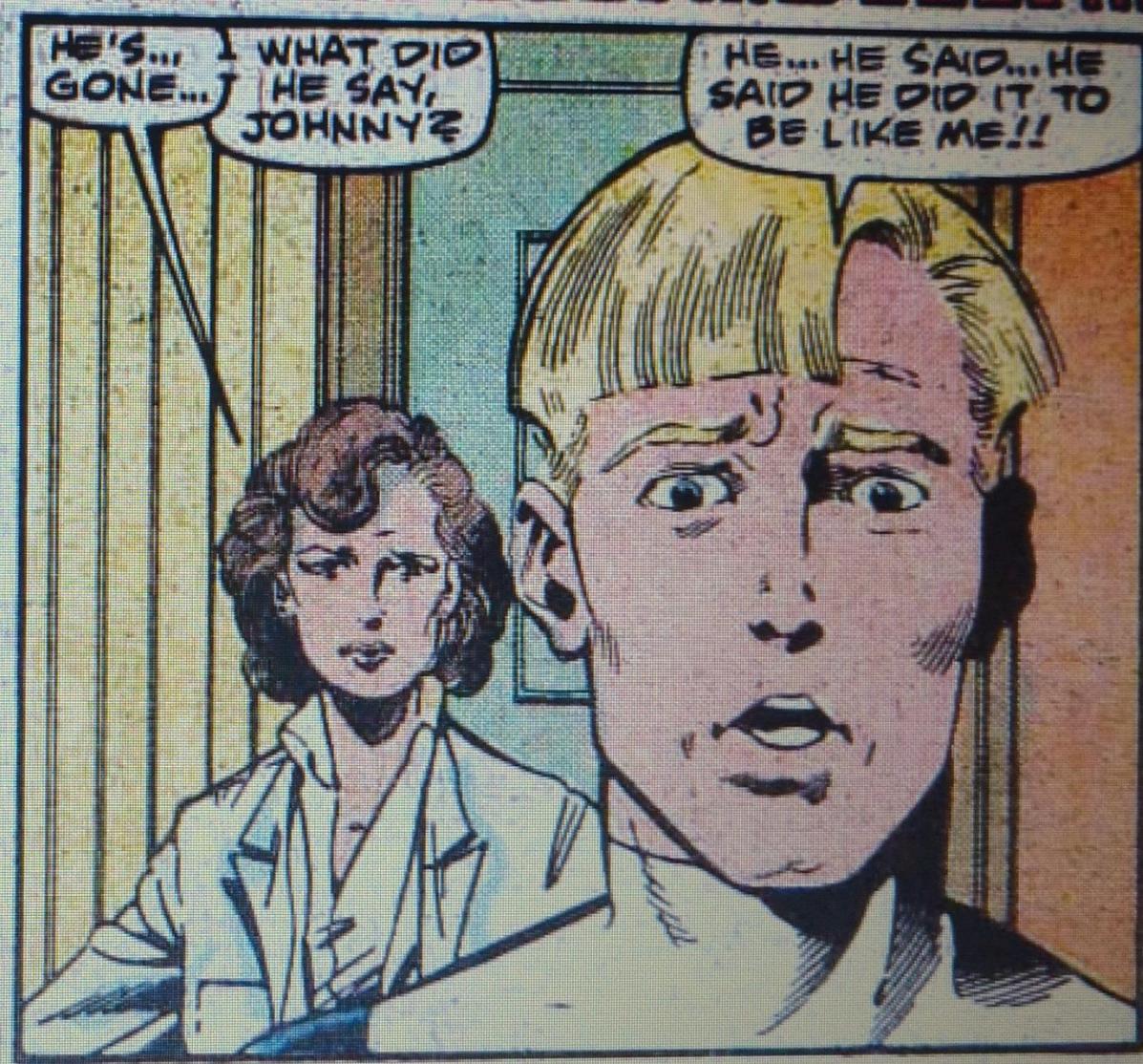


**BEEP...BEEEP...BEEEP... BEEP...BEEEP...BEEEP...**



WHAT?  
WHAT DID  
YOU SAY,  
TOMMY?

...I ONLY  
DID IT TO  
BE LIKE  
YOU-



HE'S...  
GONE...

WHAT DID  
HE SAY,  
JOHNNY?

HE... HE SAID... HE  
SAID HE DID IT TO  
BE LIKE ME!!

**BEEP...BEEEP...BEEEP... ..EEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEE CLIC**



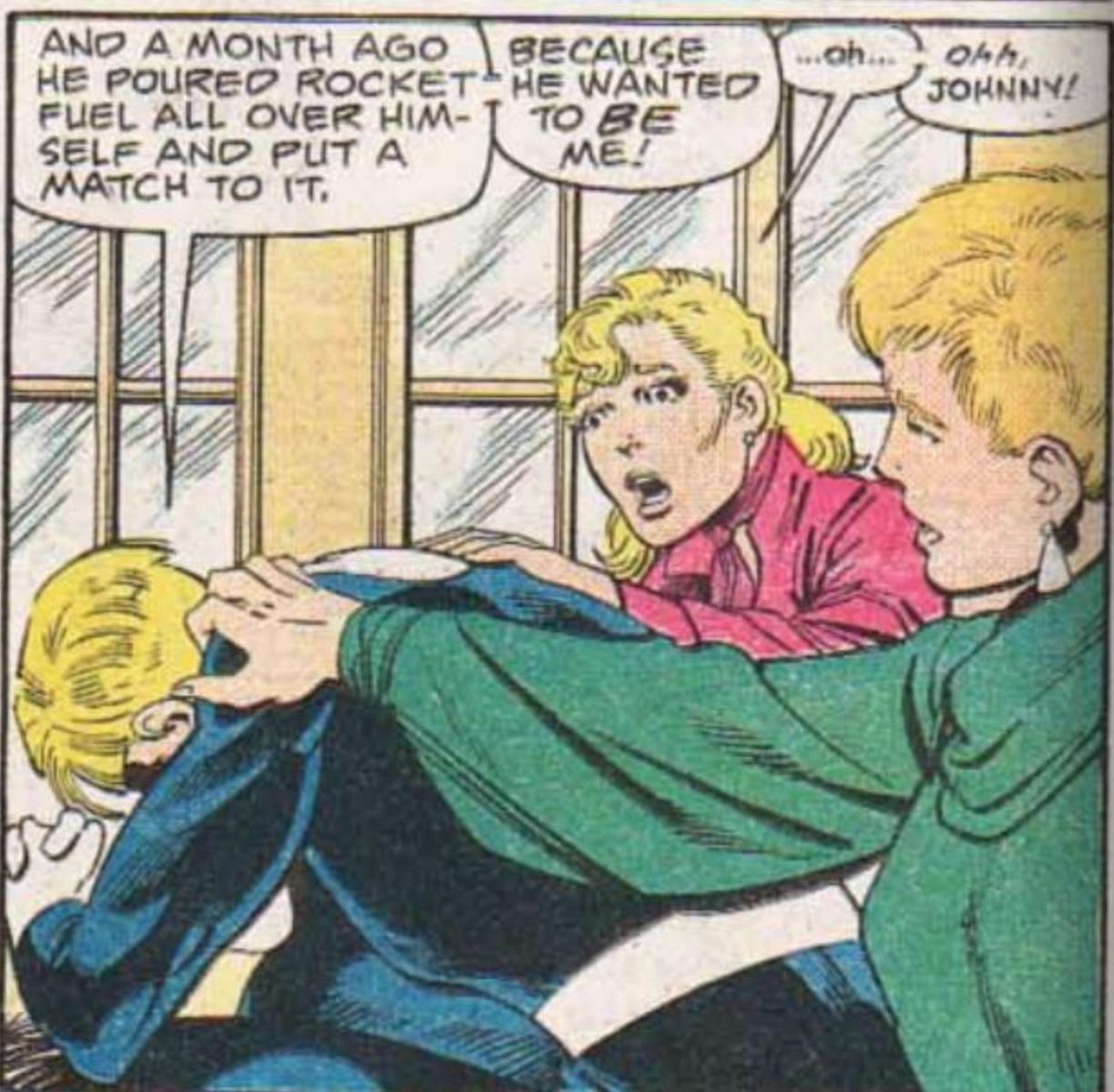
NO! MY TOMMY!  
I KNEW IT!! I  
KNEW IT!! YOU  
FREAKS ARE A  
MENACE! YOU  
OUGHT TO BE  
OUTLAWED!

OW!  
Hey, NOW  
LISTEN...



NO, YOU LISTEN, PUNK!  
MY SON IS DEAD! AND  
IT'S YOUR FAULT!  
FLYING AROUND,  
SHOWING OFF...

HOW MANY OTHER  
CHILDREN HAVE YOU  
MURDERED,  
STORM? HOW MANY  
WE DON'T KNOW ABOUT?



THE DEATH OF  
THIS BOY IS NOT  
A BURDEN FOR  
YOU TO BEAR.

HE DID NOT  
DIE BECAUSE  
OF YOU.

IT WAS  
THROUGH  
YOU THAT  
TOMMY HANSON  
LIVED!



SHE-HULK, THAT POT OF TEA I MADE SHOULD HAVE STEEPED ENOUGH BY NOW. PLEASE FETCH JOHNNY A LARGE CUP.

BLACK, THREE SUGARS.

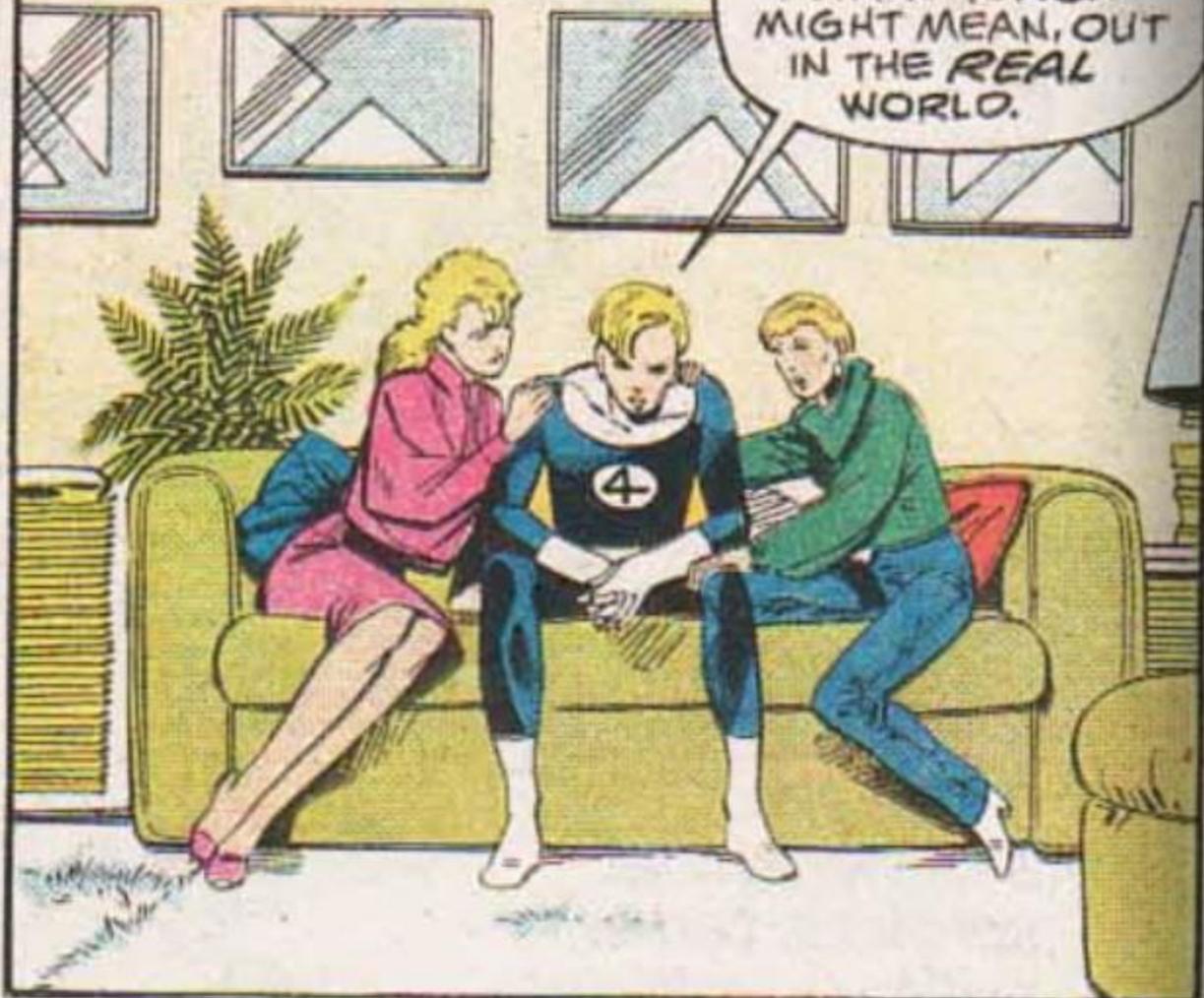
C'MON, BABY BROTHER, SIT DOWN AND TELL US WHAT HAPPENED.



WHAT'S HAPPENED? SURE, I'LL TELL YOU.

A KID DIED TODAY, SUE. DIED BECAUSE OF ME.

BECAUSE I NEVER STOPPED TO CONSIDER WHAT THE HUMAN TORCH MIGHT MEAN, OUT IN THE REAL WORLD.



# EQUIPE: CUIDANDO DE QUEM CUIDA



**An encore too many, 1887  
Francis Barraud**

- **Atendimento Conjunto**
- **Plano Terapêutico Singular com ações compartilhadas entre membros das equipes da AP e de SM**
- **Trabalho compartilhado com o NASF, AP, NASF e outros profissionais de SM atento uns aos outros.**
- **Em caso de necessidade, encaminhar o profissional para atendimento**

# Referências



Obrigado  
hearoch@gmail.com