

# Protocolos *CLÍNICOS*

---

## Atendimento psicológico ao paciente com comportamento suicida em hospital geral.

46

© Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra são dos autores/área técnica. O conteúdo desta e de outras obras da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais pode ser acessado na página <www.fhemig.mg.gov.br>.

1ª Edição - 2022.

# **ATENDIMENTO PSICOLÓGICO AO PACIENTE COM COMPORTAMENTO SUICIDA EM HOSPITAL GERAL**

## **AUTORES**

Joana Beatriz Costa Lara Rocha<sup>1</sup>  
Luciene Oliveira Rocha Lopes<sup>1</sup>  
Luciana Almeida Santos<sup>1</sup>  
Liza Maria de Oliveira Perpétuo<sup>1</sup>

## **COLABORADORES**

Camila de Andrade Oliveira<sup>2</sup>  
Deise Campos Cardoso<sup>2</sup>  
Desirée Mainart Braga<sup>2</sup>  
Guilherme Donini Armiato<sup>2</sup>  
Cristiane Nascimento Lima<sup>3</sup>

## **VALIDADORES**

Mariana Andrade de Melo<sup>3</sup>  
Ana Carolina Amaral de Castro Hadad<sup>4</sup>  
Lucinéia Maria de Queiroz Carvalhais Ramos<sup>5</sup>

## **EDITORES RESPONSÁVEIS – NUTIS | ADC**

<sup>1</sup> Equipe de Psicologia do Hospital João XXIII

<sup>2</sup> Membros da Comissão Central de Protocolos Clínicos/DIRASS

<sup>3</sup> Área Técnica de Psicologia da Coordenação de Enfermagem e Equipe Multidisciplinar/DIRASS

<sup>4</sup> Referência Técnica da Equipe de Psicologia do Hospital João XXIII

<sup>5</sup> Gerente de Diretrizes Assistenciais/DIRASS

<sup>6</sup> Diretora Assistencial/DIRASS

## APRESENTAÇÃO

O cuidado centrado no paciente e a promoção da gestão hospitalar baseada em evidências científicas são algumas premissas que norteiam o trabalho da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), desde a sua inauguração em 03 de outubro de 1977.

A FHEMIG é uma das maiores gestoras de serviços públicos do país, atuando sempre em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e, também, com a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG).

A Fundação oferece serviços de alta e média complexidade e exerce papel de relevância e impacto macrorregional e estadual. É composta por 19 Unidades Assistenciais - organizadas por complexos - e o Sistema Estadual de Transplantes.

Nesse cenário desafiador, possui, também, papel de destaque em ensino e pesquisa, sendo um dos grandes centros formadores de profissionais de saúde com vivência em saúde pública do país.

Nosso interesse genuíno pelo fortalecimento da saúde pública, por meio da formulação e implementação de diretrizes clínicas assistenciais, faz com que esteja em foco a nossa responsabilidade social, com a produção e divulgação de Linhas de Cuidado e Protocolos Clínicos, que têm sido amplamente utilizados para consulta e apoio em serviços de saúde de todo país.

Entendemos que a aplicabilidade deste protocolo, em particular, poderá contribuir para a identificação, o acolhimento, o manejo e o encaminhamento de pacientes com comportamento suicida no contexto de Hospital Geral.

Este Protocolo tem como objetivo principal capacitar a equipe de psicologia quanto à identificação, acolhimento, manejo e encaminhamento do paciente com comportamento suicida, no contexto de um hospital geral, podendo ser adaptado à realidade de todas as Unidades Assistenciais da FHEMIG. Trata-se de sistematização de ações de extrema relevância para as Unidades inseridas na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), sendo estas o Centro Mineiro de Toxicologia (CMT), Centro Psíquico de Adolescência e de Infância (CEPAI) – ambos CAPS inseridos na RAPS do município de Belo Horizonte; o Instituto Raul Soares (IRS) e o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena (CHPB) – componentes hospitalares da RAPS; os leitos de saúde mental em hospital presentes no Hospital João XXIII (HJXXIII), Hospital Júlia Kubistchek (HJK) e Hospital Regional João Penido (HRJP), além das portas de urgência da rede, que também são pontos de atenção da RAPS.

Dra. Lucinéia Maria de Queiroz Carvalhais Ramos  
Diretora Assistencial da FHEMIG

## **EXPEDIENTE FHEMIG**

### **Presidência**

Renata Ferreira Leles Dias

### **Chefe de Gabinete**

Carolina Santos Lages

### **Diretoria Assistencial**

Lucinéia Maria de Queiroz Carvalhais Ramos

### **Diretoria de Contratualização e Gestão da Informação**

Diana Martins Barbosa

### **Diretoria de Gestão de Pessoas**

Ana Costa Rego

### **Diretoria de Planejamento, Gestão e Finanças**

Lucas Salles de Amorim Pereira

### **Controladoria Seccional**

Ana Carolina de Aguiar Vicente

### **Procuradoria**

João Viana da Costa

### **Assessoria de Gestão Estratégica e Projetos**

Bárbara Campos de Andrade

### **Assessoria de Parcerias**

Flávia Moreira Fernandes

### **Assessoria de Comunicação Social**

Michèlle de Toledo Guirlanda

## **UNIDADES ASSISTENCIAIS DA FHEMIG**

### **Complexo Hospitalar de Urgência e Emergência**

Hospital Infantil João Paulo II | Hospital João XXIII | Hospital Maria Amélia Lins - **Fabício Giarola Oliveira**

### **Complexo Hospitalar de Especialidades**

Hospital Alberto Cavalcanti | Hospital Júlia Kubitschek - **Samar Musse Dib**

### **Unidades Assistenciais de Saúde Mental**

Centro Mineiro de Toxicomania - **Roberta Pádua Moraes**  
Centro Psíquico da Adolescência e Infância - **Virgínia Salles de Resende M. de Barros**  
Instituto Raul Soares - **Marco Antônio de Rezende Andrade**

### **Complexo Hospitalar de Barbacena**

Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena | Hospital Regional de Barbacena Dr. José Américo - **Claudinei Emídio Campos**

### **Unidades Assistenciais de Referência**

Hospital Regional Antônio Dias - **Valéria Costa**  
**Queiroz** Hospital Regional João Penido - **Daniel Ortiz Miotto**  
Maternidade Odete Valadares - **José Luiz de Almeida Cruz**  
Hospital Eduardo de Menezes - **Virgínia Antunes de Andrade Zambelli**

### **Unidades Assistenciais de Reabilitação e Cuidados Integrados**

Casa de Saúde Padre Damião - **Adelton Andrade Barbosa**  
Casa de Saúde Santa Fé - **Roberto Rodrigues Corrêa**  
Casa de Saúde Santa Izabel - **Eliane Daniele Teixeira Magalhães**  
Casa de Saúde São Francisco de Assis - **Vanessa Cristina Leite da Silveira**  
Hospital Cristiano Machado - **Andreza Conceição Lopes Vieira Sete**

### **Sistema Estadual de Transplantes**

MG Transplantes - **Omar Lopes Cançado Júnior**

## **LISTA DE SIGLAS**

**CAPS** - Centro de Atenção Psicossocial

**CAPSi** - Centro de Atenção Psicossocial Infantil

**CERSAM** - Centro de Referência em Saúde Mental

**CERSAMi** - Centro de Referência em Saúde Mental Infantil

**CEPAI** – Centro Psíquico da Adolescência e da Infância

**WHO** - *World Health Organization* (Organização Mundial da Saúde)

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>8</b>
<b>2 PALAVRAS CHAVE</b>	<b>9</b>
<b>3 OBJETIVOS</b>	<b>9</b>
<b>4 POPULAÇÃO ALVO</b>	<b>9</b>
<b>5 UTILIZADORES POTENCIAIS</b>	<b>9</b>
<b>6 METODOLOGIA</b>	<b>9</b>
<b>7 RECOMENDAÇÕES E PRINCIPAIS EVIDÊNCIAS</b>	<b>10</b>
<b>8 MATERIAL/ PESSOAL NECESSÁRIO</b>	<b>10</b>
<b>9 ATIVIDADES ESSENCIAIS</b>	<b>11</b>
9.1 Identificação e acolhimento ao paciente e familiares	11
9.2 Manejo de pacientes com comportamento suicida	12
9.4 Avaliação das funções psíquicas	14
9.6 Contextualização do comportamento	16
<b>9.6.1 Aspectos a serem considerados na anamnese</b>	<b>16</b>
<b>9.6.2 A contextualização deve incluir</b>	<b>16</b>
9.7 Avaliação do risco suicida para encaminhamento	17
9.8 Anotações em prontuário	17
9.9 Preenchimento da ficha de notificação de agravo	17
9.10 Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral na FHEMIG	18
9.11 Encaminhamentos à Rede de Atenção Psicossocial	18
9.12 Fluxogramas de acompanhamento ao paciente com comportamento Suicida	22
<b>10 BENEFÍCIOS POTENCIAIS</b>	<b>23</b>
<b>11 RISCOS POTENCIAIS</b>	<b>23</b>
<b>12 ITENS DE CONTROLE</b>	<b>23</b>
<b>13 REFERÊNCIAS</b>	<b>24</b>
<b>14 CONFLITO DE INTERESSES DOS AUTORES</b>	<b>25</b>
<b>APÊNDICE 1</b>	<b>26</b>
<b>ANEXO 1</b>	<b>28</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Segundo a World Health Organization (WHO), o suicídio foi a segunda principal causa de morte na faixa etária entre 15 a 29 anos e a terceira para a faixa etária de 15 a 19 anos no ano de 2016 (WHO, 2019).

Estima-se que as tentativas de suicídio sejam de dez a vinte vezes mais frequentes do que o suicídio completo e a tentativa prévia é o maior fator de risco para uma nova tentativa ou para o suicídio concretizado (WHO, 2014). A terminologia “comportamento suicida” é relacionada à ideação, ao plano, à tentativa e ao suicídio completo (BERTOLE, 2012; BOTECA, 2015).

O risco suicida pode ser classificado como leve, moderado e alto: no risco leve o paciente possui ideação suicida, mas não tem um plano bem definido; no risco moderado o paciente possui ideias e um plano bem definido, mas não pretende tentar o suicídio imediatamente; já no risco alto o paciente possui um plano e os meios para executá-lo, além de pretender fazê-lo em breve (ALMODES e TEODORO, 2020; BOTECA, 2015; DEL-BEM, 2017).

Nesse contexto, pode-se inferir que cada classificação de risco suicida necessita de intervenções específicas, sendo primordial que esses pacientes recebam apoio social suficiente e tratamentos adequados para desenvolverem habilidades de enfrentamento dos riscos e vulnerabilidades vivenciados.

O psicólogo, inserido em hospital geral, deve estar preparado para atuar diante do paciente admitido após tentativa de suicídio ou que durante o processo de hospitalização desenvolveu comportamento suicida. As ações da psicologia envolvem o paciente, seus familiares e a equipe multiprofissional.

O acolhimento adequado pelos profissionais de saúde a esse público é uma das principais recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) para a prevenção de novas tentativas de suicídio, contribuindo, também, para a orientação de tratamento adequado e eficaz: “identificar as pessoas com risco alto e proporcionar um acompanhamento e apoio deve ser uma componente chave de todas as estratégias integrais de prevenção do suicídio.” (WHO, 2014).

Os serviços de saúde devem participar ativamente da integração do paciente com comportamento suicida em processo terapêutico, por meio de uma triagem correta, vigilância, tratamento e encaminhamento; e da garantia da participação ativa desses pacientes em programas de saúde mental. Ao identificar, avaliar, cuidar e encaminhar adequadamente o



paciente com comportamento suicida, dentro do hospital geral, pretende-se prevenir novas tentativas de suicídio e o suicídio completo, uma vez que geram mais sofrimento aos envolvidos e oneram o serviço público com gastos que poderiam ser evitados se ações de prevenção fossem acionadas em tempo oportuno (ESPANHA, 2012).

## **2 PALAVRAS CHAVE**

Comportamento suicida, hospital geral, prevenção, psicologia.

## **3 OBJETIVOS**

- Capacitar a equipe de psicologia quanto à identificação, acolhimento, manejo e encaminhamento do paciente com comportamento suicida;
- Realizar roteiro de entrevista psicológica;
- Dar continuidade do tratamento em outros Pontos de Atenção da Rede de Atenção Psicossocial;
- Orientar os demais profissionais quanto às peculiaridades do paciente com comportamento suicida;
- Sensibilizar a família do paciente e os profissionais da saúde quanto ao sofrimento referente ao comportamento suicida e quanto à necessidade de continuidade do tratamento na RAPS após a alta hospitalar.

## **4 POPULAÇÃO ALVO**

Pacientes admitidos em hospital geral com diagnóstico de tentativa de suicídio ou que durante a hospitalização apresentam comportamento suicida e sua família.

## **5 UTILIZADORES POTENCIAIS**

Equipe de Psicologia inserida em Hospital Geral

## **6 METODOLOGIA**

Trata-se de pesquisa qualitativa com revisão da literatura sobre o tema suicídio e saúde pública. Foi realizada análise crítica de literaturas publicadas em livros, artigos de revistas científicas impressas e ou eletrônicas, além de manuais da OMS e do Ministério da Saúde (MS).

## **7 RECOMENDAÇÕES E PRINCIPAIS EVIDÊNCIAS**

O comportamento suicida, segundo estudos de autópsia psicológica, causa várias repercussões a nível emocional, social e econômico, acarretando em gastos diretos e indiretos estimados em 25.000 milhões de dólares anuais nos Estados Unidos da América (ESPANHA, 2012)

No Brasil, o suicídio é a quarta maior causa de morte entre indivíduos de 15 a 29 anos de idade, sendo a terceira maior causa entre os homens e a oitava entre as mulheres (BRASIL, 2017). Comparando a taxa de suicídio entre os anos de 2010 e 2019, observou-se que houve um aumento de 29% na população feminina e 26% na população masculina, demonstrando, portanto, elevação da taxa de mortalidade por suicídio nos últimos 10 anos (BRASIL, 2021).

É necessário estabelecer uma estratégia nacional de prevenção do suicídio através da melhoria de informações sobre o assunto, principalmente quanto à restrição de acesso a meios letais como armas de fogo e agrotóxico, à capacitação de trabalhadores da área de saúde, educação e segurança e à melhoria de serviços da saúde mental. Além disso, se faz necessário o fortalecimento dos fatores protetivos, tais como: apoio da família, de amigos e de outros relacionamentos significativos; crenças religiosas, culturais e étnicas; envolvimento na comunidade; uma vida social satisfatória; integração social; acesso a serviços e cuidados de saúde mental (WHO, 2014).

Ainda sobre esse assunto, Botega (2015) acrescenta que medidas de prevenção do suicídio envolvem aspectos médicos, psicológicos, familiares, socioculturais, religiosos e econômicos. E reitera que as tentativas de suicídio causam um grande impacto social e econômico, haja vista o ônus decorrente de incapacitação de longa duração ocasionado pelo ato suicida.

Nesse contexto, é importante ressaltar que atenção especial deve ser oferecida aos pacientes com comportamento suicida em hospitais, uma vez que eles possuem um grande potencial para novas tentativas e para o suicídio completo.

## **8 MATERIAL/ PESSOAL NECESSÁRIO**

- Psicólogos capacitados;
- Ficha de notificação SINAN - Sistema de informação de agravos de notificação. Acessível na internet;
- Sala para atendimento de pacientes e familiares, garantindo o sigilo;
- Transporte para pacientes conforme encaminhamentos;
- Aparelho telefônico;
- Computadores com acesso à Internet;
- Lista de contatos dos Serviços de Saúde Mental atualizada.

## **9 ATIVIDADES ESSENCIAIS**

- Identificação e acolhimento do paciente com comportamento suicida e de seus familiares;
- Manejo do comportamento suicida;
- Discussão de caso com equipe multidisciplinar;
- Realização de avaliação psicológica do paciente;
- Solicitação de avaliação Psiquiátrica em caso de alterações psicopatológicas graves;
- Contextualização do comportamento suicida;
- Avaliação do risco suicida;
- Realização de anotações em prontuário;
- Preenchimento da ficha de notificação de agravo;
- Encaminhamento do paciente para a RAPS, após alta médica;
- Seguir fluxograma de acompanhamento ao paciente com comportamento suicida.

### **9.1 Identificação e acolhimento ao paciente e familiares**

Com a ajuda dos demais profissionais de saúde ou através da busca ativa, o paciente com comportamento suicida deve ser identificado e acolhido pela psicologia que realizará uma escuta ativa, com interesse genuíno em contribuir com a recuperação do usuário.

A psicologia deve ajudar os profissionais a identificarem esses casos e capacitar a equipe para o devido acolhimento do paciente e de seus familiares, bem como sensibilizá-los sobre o sofrimento inerente a esses casos e sobre a necessidade de cuidados específicos, como a

restrição de métodos letais. A identificação de um paciente com comportamento suicida deve ser sinalizada para toda a equipe.

Caso haja a disponibilidade de uma referência afetiva, este será solicitado a permanecer com o paciente durante toda sua permanência na unidade, por período de 24 horas, auxiliando na sua observação. Este acompanhante será orientado pela equipe multidisciplinar. O acompanhante receberá folheto explicativo com orientações básicas.

Em alguns casos, é possível que após a tentativa de suicídio, não seja exequível atender o paciente, pois ele poderá estar sedado ou com quadro de confusão mental. Nesses casos, é necessário buscar os familiares, atender o sofrimento apresentado e orientá-los quanto à Rede de Atenção Psicossocial, caso o paciente receba alta do serviço sem possibilidade de realizar atendimento psicológico e psiquiátrico.

## **9.2 Manejo de pacientes com comportamento suicida**

### **9.2.1 Atribuições do Psicólogo**

- Oferecer apoio emocional;
- Dar espaço para a pessoa falar sobre as circunstâncias pessoais e sociais emergentes;
- Trabalhar os sentimentos suicidas;
- Classificar o risco do paciente para novo evento (leve, moderado e alto);
- Comunicar a enfermeira responsável pelo setor;
- Comunicar o médico assistente do paciente;
- Focalizar aspectos positivos da pessoa, ajudando na recuperação da confiança em si mesma;
- Focalizar a ambivalência sentida pelo indivíduo entre viver e morrer, até que o desejo de vida se fortaleça;
- Explorar alternativas ao suicídio;
- Estabelecer um vínculo forte com o paciente para que no momento em que o desejo de morte retornar ele tenha possibilidade de dividir essas ideias com o psicólogo e refrear o ato suicida;
- Entrar em contato com as referências afetivas da pessoa e reforçar seu apoio. Só expor o que for crucial para o tratamento do paciente, mantendo o sigilo profissional;
- Orientar familiares sobre medidas de prevenção, como acesso a meios letais;
- Explicar que o profissional está ali para ajudar;

- Fazer contato e dialogar com os profissionais do serviço de referência, visando à alta articulada e a continuidade de cuidados.

### **9.3 Discussão do caso com equipe multidisciplinar**

A psicologia deve compreender a totalidade de seu paciente, buscando sempre trabalhar em conjunto com o médico, equipe de enfermagem, assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional. Esse trabalho é extremamente importante para a recuperação integral do paciente.

O psicólogo deve sempre contribuir com a equipe multidisciplinar por meio do compartilhamento do conhecimento científico e com a valorização do atendimento humanizado para o paciente com comportamento suicida e seus familiares. Devem ser realizadas orientações sobre restrição de métodos letais e sobre a importância de uma referência afetiva no processo de hospitalização.

É importante ressaltar que cada transtorno mental afeta preferencialmente um grupo específico de funções. Nos transtornos psicorgânicos são: consciência, atenção, orientação, memória, inteligência e linguagem. Nos transtornos afetivos, neuróticos e de personalidade são: afetividade, vontade e psicomotricidade. Já nos transtornos psicóticos são: sensopercepção, pensamento, vivência do tempo e espaço, juízo de realidade e consciência do eu (DALGALARRONDO, 2008).

## 9.4 Avaliação das funções psíquicas

### AValiação Psicológica ao Paciente Internado por Comportamento Suicida

#### Transtornos psicorgânicos

##### a) Consciência

☐  
☐

Obnubilação  
Sopor

☐  
☐

Coma  
Delirium

##### b) Orientação

☐  
☐

Alopsíquica: espaço/tempo  
Autopsíquica: nome, idade, reconhecimento de familiares, dados sobre sua história

##### c) Atenção

☐  
☐  
☐  
☐  
☐

Aprosexia: falta de atenção  
Hipoprosexia: baixa atenção  
Vigilância: capacidade de mudar o foco de forma espontânea  
Hiperprosexia: atenção exagerada a tudo  
Tenacidade: capacidade de fixar a atenção em algo

##### d) Memória

☐  
☐  
☐  
☐

Registrar, manter e evocar os fatos  
Memória recente ou de curto prazo  
Amnésia- anterógrada: a partir do trauma, a indivíduo não consegue fixar dados na memória  
Retrógrada: perda da memória anterior ao trauma

☐  
☐

Memória remota ou de longo prazo  
Hipermnésia

##### e) Linguagem

☐  
☐  
☐  
☐  
☐  
☐  
☐  
☐  
☐

Palilalia: repetição da última palavra  
Ecolalia: repetição da última sílaba  
Mutismo: ausência da verbalização  
Perseveração: repetição continuada e anormalmente persistente  
Estereotipia verbal: repetição automática de trechos ou frases de modo estereotipado  
Tiques verbais: produção de fonemas ou palavras de forma imprópria  
Coprolalia: emissão involuntária de palavras obscenas  
Afasia: é a perda da linguagem falada e escrita por incapacidade de utilizar os símbolos verbais e não verbais

☐  
☐

Logorréia: fluxo incessante de palavras ou frases  
Bradifasia: fala lenta, difícil

- Afasia de expressão ou de Broca: afasia não fluente na qual o indivíduo, apesar do órgão fonador preservado, não consegue falar ou fala com dificuldade. Porém, a compreensão da linguagem está relativamente preservada.

- Afasia de compreensão ou de Wernicke: afasia fluente na qual o indivíduo continua podendo falar, mas às vezes a fala é incompreensível. O paciente não consegue compreender a linguagem falada e escrita.

##### f) Inteligência:

☐

Déficit Cognitivo Leve

☐

Déficit Cognitivo Moderado

☐

Déficit Cognitivo Grave

## Transtornos psicóticos

### g) Consciência do eu:

☐ Uno e indivisível      ☐ Oposição Eu-mundo      ☐ Identidade do Eu no tempo

### h) Insight:

☐ Crítica com relação à própria doença

### i) Pensamento:

☐ Alterações do processo de pensar  
☐ Curso: aceleração, lentificação, bloqueio, roubo do pensamento  
☐ Forma: fuga de ideias, dissociação (falta de lógica), incoerência do pensamento, descarrilhamento (extravio do curso normal), desagregação (perda de coerência)  
☐ Conteúdo: perseguição, depreciativa, religiosos, sexuais, de poder, riqueza ou grandeza, de ruína, de culpa

### j) Presença de Delírio: juízo patologicamente falseado

☐ Irruptível      ☐ Conteúdo impossível      ☐ Irremovível  
☐ Delírio: persecutório, auto referencial, de influência, querelância, dume, erótico (erotomania)

### k) Senso percepção: alucinações

<input type="checkbox"/> Visual	<input type="checkbox"/> Tátil
<input type="checkbox"/> Auditiva	<input type="checkbox"/> Verbais
<input type="checkbox"/> Olfativa	<input type="checkbox"/> Cenestésica (alterações dos órgãos internos)
<input type="checkbox"/> Gustativa	<input type="checkbox"/> Cinestésica (de movimento)

## Transtornos afetivos, neuróticos e de personalidade

### l) Humor

<input type="checkbox"/> Disforia: ansioso, próximo à irritabilidade	<input type="checkbox"/> Ansiedade	<input type="checkbox"/> Distanciamento
<input type="checkbox"/> Euforia: alegria patológica	<input type="checkbox"/> Angústia	<input type="checkbox"/> Ambivalência
<input type="checkbox"/> Elação: eu grandioso	<input type="checkbox"/> Apatia	<input type="checkbox"/> Neotímia
<input type="checkbox"/> Puerilidade	<input type="checkbox"/> Anedonia	<input type="checkbox"/> Tristeza
<input type="checkbox"/> Labilidade	<input type="checkbox"/> Inadequação afetiva	<input type="checkbox"/> Desesperança
<input type="checkbox"/> Irritabilidade patológica	<input type="checkbox"/> Embotamento	<input type="checkbox"/> Desespero

### m) Psicomotricidade

<input type="checkbox"/> Agitação	<input type="checkbox"/> Estupor (perda de atividade espontânea)
<input type="checkbox"/> Lentificação	<input type="checkbox"/> Estereotipia
<input type="checkbox"/> Maneirismo	

### n) Vontade

<input type="checkbox"/> Hipobulia	<input type="checkbox"/> Abulia
<input type="checkbox"/> Obediência automática	<input type="checkbox"/> Negativismo
<input type="checkbox"/> Ato compulsivo x ato impulsivo	

(ato compulsivo difere do ato impulsivo por ser reconhecido pelo indivíduo como indesejável e inadequado, assim como pela tentativa de refreá-lo ou adiá-lo).

## 9.5 Solicitação de avaliação da psiquiatria

A solicitação da avaliação da psiquiatria deve ocorrer, assim que possível, e principalmente nos casos em que o paciente estiver com alterações graves das funções psíquicas.

Caso o hospital não conte com esse profissional, discutir o caso com psiquiatra da Fundação, por meio de Teleconsulta Médica, conforme descrito em Portaria Presidencial Nº 1.836/2021, que

Institui no âmbito da rede FHEMIG o serviço de Teleconsultoria e de Teleconsulta Médica com o objetivo de prover apoio técnico-assistencial aos atendimentos de saúde realizados pelas Unidades Assistenciais, de forma remota e por meio de tecnologias de informação e comunicação (FHEMIG, 2021)

## 9.6 Contextualização do comportamento

Além dos dados de identificação do paciente, como nome completo, idade, estado civil, religião, residência, referência afetiva, trabalho e nível de escolaridade, colher dados a respeito de tratamento psiquiátrico ou psicológico anteriores, bem como do uso de medicações psiquiátricas, presença de comorbidades e uso abusivo de álcool e outras drogas.

### 9.6.1 Aspectos a serem considerados na anamnese

- Desenvolvimento humano;
- Questões de gênero;
- História familiar;
- Abuso de substâncias;
- Nível de isolamento;
- Diagnóstico psiquiátrico e psicológico;
- Nível de desamparo/desesperança;
- Padrões sociodemográficos.

### 9.6.2 A contextualização deve incluir

- Levantamento dos fatores de risco relevantes;
- História anterior de comportamento suicida, inclusive familiar;



- Condições biológicas, psicossociais, mentais, situacionais ou médica;
- Magnitude dos sintomas atuais, incluindo o grau de desesperança;
- Fatores de estresse que propiciem o suicídio;
- Nível de impulsividade e de controle social;
- Fatores de proteção contra o suicídio (laços sociais bem estabelecidos, crenças religiosas, acesso a serviços de saúde mental).

### **9.7 Avaliação do risco suicida para encaminhamento**

O psicólogo deve avaliar:

- Manutenção do pensamento suicida;
- Alto nível de intenção de morrer no futuro imediato;
- Agitação/agressividade/impulsividade;
- Alucinações e delírios com conteúdo de morte ou mutilação;
- Humor muito deprimido, crise maníaca, presença intensa de desesperança, tristeza, anedonia ou inapetência, desespero;
- Existência de plano de uso de métodos violentos e imediatos;
- Risco iminente para si e para terceiros;
- Ausência de referências afetivas;
- Acesso a métodos letais.

### **9.8 Anotações em prontuário**

O prontuário é um documento do paciente e é extremamente importante para o diálogo com a equipe multidisciplinar. A evolução em prontuário deve conter o motivo da entrada do paciente, a avaliação psicopatológica, o risco de suicídio, o histórico relacionado à moléstia atual e o Plano Terapêutico Singular. O registro em prontuário é obrigatório e deve resguardar informações que venham expor o indivíduo, contendo dados relevantes para o cuidado do mesmo.

### **9.9 Preenchimento da ficha de notificação de agravo**

As notificações de violências interpessoais e autoprovocadas integram a lista de doenças e agravos de notificação compulsória no SINAN (Anexo II). O preenchimento da Ficha de Notificação de Agravado é atividade essencial para formulação de políticas na área de prevenção.

### **9.10 Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral na FHEMIG**

As Unidades de Referência Especializada em Hospital Geral são compostas por enfermarias ou leitos de Saúde Mental em Hospital Geral e oferecem suporte às situações de agravamento que necessitam de acesso à tecnologia hospitalar, sendo a internação de curta ou curtíssima duração, até estabilidade clínica (BRASIL, 2014). Na FHEMIG os Hospitais Gerais que dispõem desses leitos são o Hospital Júlia Kubistchek (HJK), Hospital Regional João Penido (HRJP) e o Hospital João XXIII (HJXXIII).

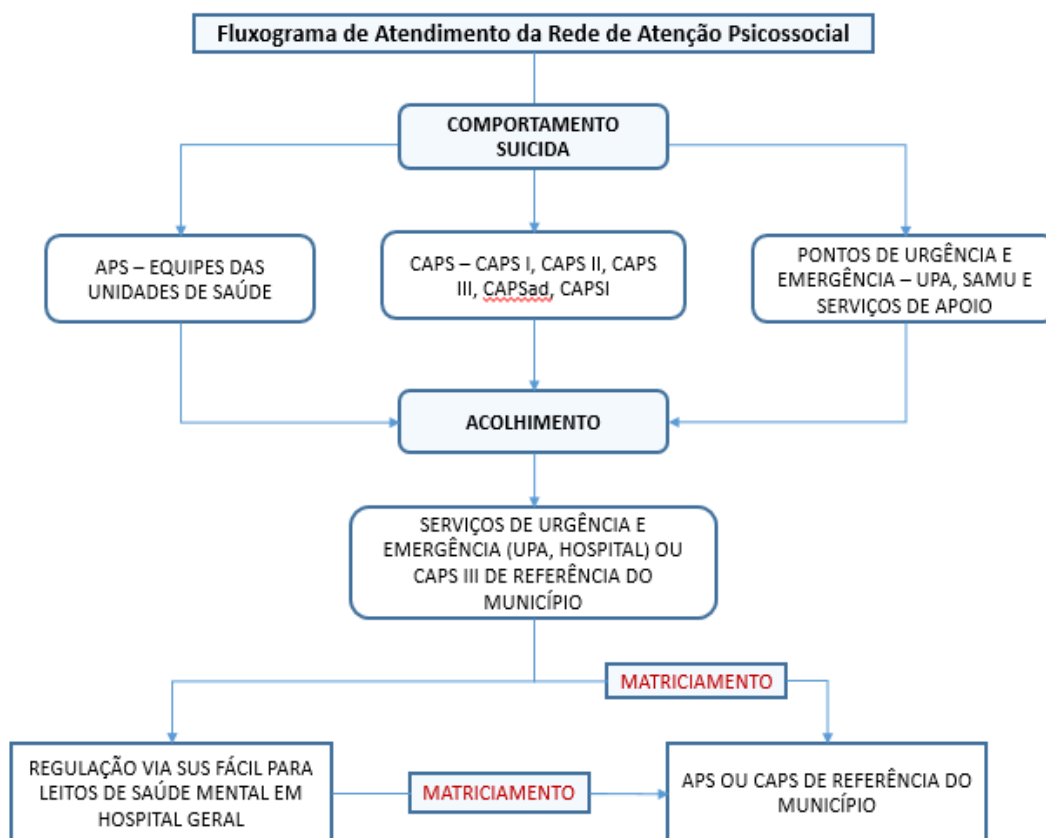
### **9.11 Encaminhamentos à Rede de Atenção Psicossocial**

Todos os pacientes atendidos no Pronto atendimento do Hospital Geral com comportamento suicida deverão ser, obrigatoriamente, encaminhados à Rede de Atenção Psicossocial, de acordo com fluxo pactuado.

Após o acolhimento, tratamento inicial, estabilização clínica e avaliação psicológica a equipe médica definirá por alta hospitalar ou internação. Nos pacientes com proposta de alta hospitalar o matriciamento ocorrerá com a articulação e acompanhamento da equipe assistente com o CAPS e APS de referência, por intermédio do técnico de referência.

Já os pacientes candidatos à internação deverão ser cadastrados no Sistema de Regulação SUS-fácil para encaminhamento aos leitos de saúde mental em Hospital Geral ou Hospital Psiquiátrico, conforme os fluxos pactuados.

Para a garantia da continuidade do tratamento em outros pontos de atenção da RAPS, o técnico de referência da instituição deverá dialogar com os profissionais dos outros serviços da Rede visando à alta articulada e corresponsável, bem como a discussão do PTS. Deve-se fazer encaminhamento por escrito. Sempre que possível a família deverá acompanhar o paciente. Deve acompanhar o Plano Terapêutico Singular.



FONTE: Adaptado de Minas Gerais (2022).

#### a) Perfil de atendimento do Instituto Raul Soares

**Público alvo:** pacientes que apresentam alterações psíquicas **graves** e que coloquem a própria vida ou a de terceiros em risco, como por exemplo: alterações do pensamento (delírios sistematizados), da sensopercepção (vivência de vozes de comando), e do humor (tristeza profunda, agressividade exacerbada, crise maníaca, labilidade emocional intensa), permanência de ideação suicida, impulsividade.

#### b) Perfil de atendimento do CAPS I e CAPS II

**Público Alvo:** atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e

persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida (BRASIL, 2011).

**c) Perfil de atendimento do CAPS III:**

**Público Alvo:** atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS AD (BRASIL, 2011).

**d) Perfil de atendimento do CAPS AD:**

**Público Alvo:** atende pessoas de todas as faixas etárias, que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de setenta mil habitantes (BRASIL, 2011).

**e) Perfil de atendimento do CAPSi (CEPAI - Centro Psíquico da Infância e Adolescência):**

**Público Alvo:** atende crianças e adolescentes que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes (BRASIL, 2011).

**f) Perfil de atendimento do CAPS AD III (Centro Mineiro de Toximania)**

**Público Alvo:** atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos.

Serviço com no máximo doze leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana (BRASIL, 2011)

#### **g) Unidades Básicas de Saúde**

**Público alvo:** Pacientes fora da crise psiquiátrica, com baixo risco de nova tentativa de suicídio, que necessitam do acompanhamento ambulatorial da psicologia e da psiquiatria.

#### **h) Psiquiatra/ Psicólogo particular e/ou convênios**

**Público alvo:** Pacientes que não estão em surto, com baixo risco de nova tentativa de suicídio e que já são acompanhados por esses profissionais.

Deve-se fazer contato telefônico com o profissional e verificar a possibilidade do mesmo receber o paciente para um atendimento de urgência.

Avaliar condição de o responsável acompanhar o paciente em transporte próprio. Caso contrário, solicitar o transporte do hospital ou do convênio de saúde.

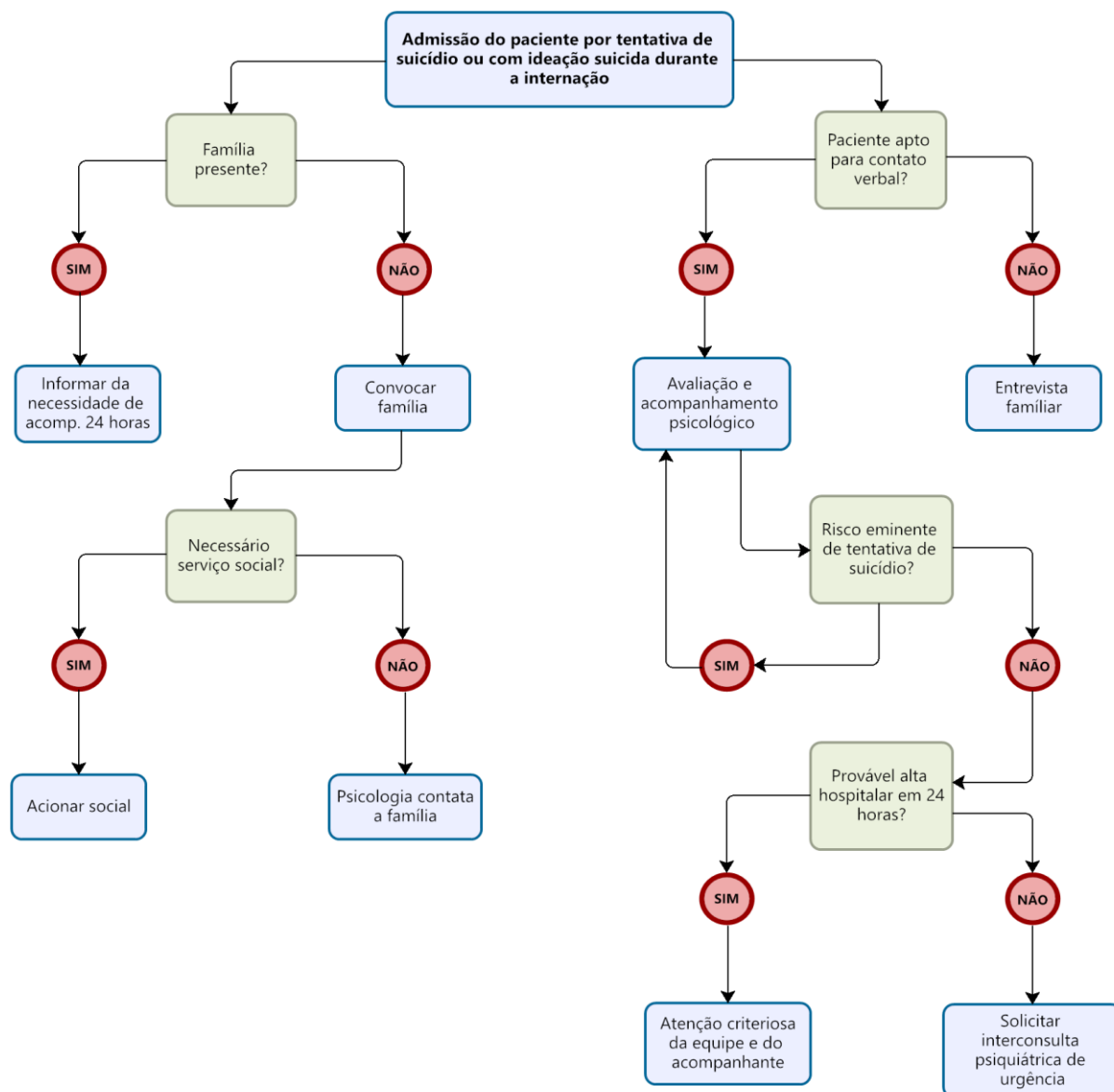
#### **i) Encaminhamento a Hospital Psiquiátrico Particular e/ou convênio**

**Público alvo:** pacientes que apresentam alterações psíquicas graves que coloquem a própria vida ou de terceiros em risco: Por exemplo: alterações do pensamento (delírios sistematizados), da sensopercepção (vivência de vozes de comando), e do humor (tristeza profunda, agressividade exacerbada, crise maníaca, labilidade emocional intensa), e permanência da ideação suicida.

O médico plantonista deverá ser contatado, por telefone, para discussão do caso. Deve-se fazer encaminhamento por escrito (do médico e do psicólogo) e solicitar transporte. A família deverá acompanhar o paciente.

O hospital particular só será alvo de encaminhamentos caso o paciente e a família manifestem interesse.

## 9.12 Fluxogramas de acompanhamento ao paciente com comportamento Suicida



Observação: na ausência de familiares, contactar o responsável legal pelo paciente.

Figura 1: Fluxograma do Atendimento ao Paciente.

## 10 BENEFÍCIOS POTENCIAIS

Prevenção de novas tentativas de suicídio e do suicídio completo.

## 11 RISCOS POTENCIAIS

O acolhimento inadequado aos pacientes com comportamento suicida potencializa a ocorrência de novas tentativas de suicídio e o suicídio completo. As orientações inadequadas quanto à importância da continuidade do cuidado da RAPS também é fator de risco.

## 12 ITENS DE CONTROLE

1. Percentual de pacientes com comportamento suicida admitidos e internados no hospital.

$$\frac{\text{número de pacientes com comportamento suicida admitidos e internados}}{\text{número de pacientes internados}} \times 100$$

2. Percentual de pacientes com comportamento suicida encaminhados para a RAPS.

$$\frac{\text{número de pacientes com comportamento suicida encaminhados para RAPS}}{\text{número de pacientes com comportamento suicida notificados no SINAN.}}$$

3. Percentual de notificações de pacientes com comportamento suicida realizadas no SINAN

$$\frac{\text{número de notificações de pacientes com comportamento suicida realizadas no SINAN}}{\text{número total de notificações realizadas no SINAN}} \times 100$$

### 13 REFERÊNCIAS

ALMODES, K.M.; TEODORO, M. Os três Ds: Desespero, desamparo e desesperança em profissionais de saúde. Sociedade Brasileira de Psicologia. Caderno de Psicologia. Ribeirão Preto-SP, 2020. Disponível em: <<https://www.sbponline.org.br/enfrentamento-covid19>>

DEL-BEM, C.; SPONHOLZ-JUNIOR, A.; MANTOVANI, C.; FALEIROS, M.C.; OLIVEIRA, G.; GUAPO, V.; FREITAS, A.P.A.; BORGES, L.M. de suicídio e profissionais de saúde: significados possíveis. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, vol. 14 n.2, 560-577 p., Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S180842812014000200010&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180842812014000200010&lng=pt&tlng=pt)>

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Suicídio: informando para prevenir. Associação Brasileira de Psiquiatria. 52 p. Brasília, 2014.

PIETRO, D.Y.C. Indicadores de proteção e risco para o suicídio por meio de escalas de auto-relato. 2007 155f. Tese (doutorado em psicologia) Universidade de Brasília, Brasília, 2007.

BERTOLETE, J. M. O suicídio e sua prevenção. Unesp. São Paulo – SP, 2012.

BERTOLETE, J.M., SANTOS-MELLO, C.; BOTEAGA, N.J. Detecção de Risco de Suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, V. 32, supl. II. 2010.

BOTEAGA, N. J. Crise suicida: avaliação e manejo. Artmed, Porto Alegre - RS, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Brasília (DF), 1999. Disponível em [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html) Acesso em: 02/08/2021.

BRASIL Ministério da Saúde, Secretária de Vigilância em Saúde. Agenda Estratégica de Prevenção de Suicídio. Brasília – DF, 2017. Disponível em <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/Coletiva-suicidio-2109.pdf>. Acessado em 29/07/2018.>

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretária de Vigilância em Saúde. (2017b). *Boletim Epidemiológico*. 48 (30), 2-14. Brasília – DF, 2017. Disponível em <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017025Perfilepidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-atencao-a-saude.pdf>>

BRASIL. Ministério da Saúde. Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde SRTVN. Brasília – DF, 2021. Disponível em <[https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletimsepidemiologicos/2021/boletim\\_epidemiologico\\_svs\\_33\\_final.pdf/view](https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletimsepidemiologicos/2021/boletim_epidemiologico_svs_33_final.pdf/view)>



BRASIL. Ministério da Saúde. Prevenção do Suicídio: Manual Dirigido a profissionais da equipe de Saúde Mental. Brasília – DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instrutivo de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada. Brasília – DF, 2016.

DALGALORRONDO, P. Psicopatologia e Semiologia dos transtornos mentais. Artes Médicas. Porto Alegre -RS, 2008.

FHEMIG. Portaria Presidencial Nº 1.836, de 18 de maio de 2021. Belo Horizonte (MG), 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. Ver. 10ª, Vol. OMS.1.997.

WHO. Mental health: Preventing Suicide: a global imperative. World Health Organization. Geneva, 2014.

WHO. Suicide in the world. Global health estimatives. World Health Organization. Geneva, 2019. Disponível em < <https://www.who.int/publications-detail/suicide-in-the-world> >

WHO. Preventing suicide: a resource for general physicians. Mental and behavioural disorders. Department of Mental Health. World Health Organization. Geneva, 2000.

MADRID. Consellería de Sanidad. (2012). Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Edita: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia, avalia-t. 2012. Disponível em <https://www.sergas.es/Docs/Avalia-t/avalia-t2010-02GPC-conductasuicida.pdf>

## **14 CONFLITO DE INTERESSES DOS AUTORES**

Os autores afirmam que não há conflitos de interesse.

## APÊNDICE 1

Folheto aos familiares, referenciados no Guia Clínico de prevenção e tratamento do comportamento suicida (2012)

Leve os sinais de aviso a sério e pergunte à pessoa se ela está pensando em suicídio, se tem algum plano. Procure ajuda nos Serviços de Atenção Psicossociais (CAPS/ CERSAM), em hospitais Psiquiátricos ou em lugares de urgência mais próximos. Ligue no 188.

Pode falar sobre suicídio, desde que de forma acolhedora e empática: isso ajudará seu familiar a se sentir à vontade para falar de seus sentimentos. Se a pessoa tiver um plano, não se comprometa a manter isso em segredo: você precisará de ajuda para ajudá-la.

Aceite suas reações: é normal sentir medo ou preferir ignorar a situação, peça ajuda para alguém que você confie.

Passe algum tempo com a pessoa, estimule e permita que ela fale de seus sentimentos. Mantenha uma comunicação honesta, aberta e direta. Expresse preocupação, sem julgamento, diga frases do tipo: Aqui estou para ajudá-lo; vamos conversar; estou aqui por você.

Retire métodos letais: afaste da pessoa armas, cordas, cintos, medicamentos, álcool e outras drogas, acesso a veículos e grandes alturas.

Discuta com a pessoa o que fazer: você pode precisar de ajuda de pais, amigos, outros familiares para convencer a pessoa a procurar ajuda profissional.

Encoraje a pessoa a obter apoio: Centro de saúde, serviços de emergência, serviços de saúde mental, serviços sociais, conselho tutelar, educadores, serviços religiosos, serviços de ajuda online e por telefone (Centro de Valorização da Vida, 188).

Peça à pessoa que se comprometa a falar se as ideias de suicídio retornarem.

Procure ajuda. Cuide-se! Pode ser difícil e exaustivo apoiar alguém que pensa em cometer suicídio.

Fique atento, pensamentos de suicídio não desaparecem facilmente: fique atento à evolução da pessoa!

### **O que não fazer:**

Não deixe a pessoa sozinha se ela mantém ideação suicida!

Não banalize ou desafie! Não trate a situação de forma banal, não minimize a situação!

Não grite nem faça orações como se a pessoa estivesse com um espírito ruim.

Não fique com medo de perguntar à pessoa o porquê dela está triste, irritada, deprimida.

Não julgue e nem compare! O sofrimento é único.

Não mantenha um risco real de suicídio em segredo: entre a vida e sua confiança, escolha a vida.

Não dê soluções simples: Uma solução óbvia e simples pode ajudar a aumentar os sentimentos de deficiência, vergonha ou solidão na pessoa.

Não tente ajudar sem receber ajuda!

## ANEXO 1

<b>Fatores de Risco de Suicídio</b>
Tentativa de suicídio prévia
Histórico de transtorno mental (transtorno de humor, uso de álcool e outras drogas psicoativas, transtornos de personalidade e esquizofrenia)
Fatores psicológicos: perdas de pais na infância, histórico de abuso na infância, datas comemorativas
Fatores sociodemográficos: sexo masculino, solteiro, situações financeiras em extremos (ou muito rico ou muito pobre)
Ausência de referências afetivas
<b>Risco Iminente de Suicídio</b>
Manutenção de pensamento suicida
Alto nível de intenção de morrer no futuro imediato
Agitação / agressividade / impulsividade
Alucinações e delírios com conteúdo de morte ou mutilação
Humor muito deprimido, presença intensa de desesperança, tristeza, anedonia ou inapetência, desespero, crise maníaca
Existência de plano de uso de métodos violentos e imediatos

# ANEXO II

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL		Nº
<p>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, pessoas com deficiência, indígenas e população LGBT.</p>				
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual		
	2 Agravado(a)	VIOLENCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA	Código (CID10)	3 Data da notificação
	4 UF	5 Município de notificação		Código (IBGE)
Dados da Unidade	6 Unidade Notificadora	<input type="checkbox"/> 1 - Unidade de Saúde <input type="checkbox"/> 2 - Unidade de Assistência Social <input type="checkbox"/> 3 - Estabelecimento de Ensino <input type="checkbox"/> 4 - Conselho Tutar <input type="checkbox"/> 5 - Unidade de Saúde Indígena <input type="checkbox"/> 6 - Centro Especializado de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> 7 - Outros		
	7 Nome da Unidade Notificadora	Código (Unidade)	9 Data da ocorrência da violência	
	8 Unidade de Saúde	Código (CNEIS)		
Notificação Individual	10 Nome do paciente			11 Data de nascimento
	12 (ou) Idade	<input type="checkbox"/> 1 - Menor <input type="checkbox"/> 2 - Di <input type="checkbox"/> 3 - Menor <input type="checkbox"/> 4 - Menor <input type="checkbox"/> 5 - Menor <input type="checkbox"/> 6 - Menor <input type="checkbox"/> 7 - Menor <input type="checkbox"/> 8 - Menor	13 Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> 14 Gestante	15 Raça/Cor
	16 Escolaridade	<input type="checkbox"/> 1 - Não sabe ler ou escrever <input type="checkbox"/> 2 - Até 2ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 3 - 2ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 4 - 3ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 5 - Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 6 - Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) <input type="checkbox"/> 7 - Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) <input type="checkbox"/> 8 - Educação superior incompleta <input type="checkbox"/> 9 - Educação superior completa <input type="checkbox"/> 10 - Não se aplica		
Dados de Residência	17 Número do Cartão SUS	18 Nome da mãe		
	19 UF	20 Município de Residência	Código (IBGE)	21 Distrito
	22 Bairro	23 Logradouro (rua, avenida, ...)	Código	
Dados Complementares	24 Número	25 Complemento (apto., casa, ...)	26 Geo campo 1	
	27 Geo campo 2	28 Ponto de Referência	29 CEP	
	30 DDD(9) Telefone	31 Zona	32 País (se residente fora do Brasil)	
Dados da Pessoa Agravada	33 Nome Social		34 Ocupação	
	35 Situação conjugal / Estado civil		<input type="checkbox"/> 1 - Solteiro <input type="checkbox"/> 2 - Casado/união consensual <input type="checkbox"/> 3 - Viúvo <input type="checkbox"/> 4 - Separado <input type="checkbox"/> 5 - Não se aplica <input type="checkbox"/> 6 - Ignorado	
	36 Orientação Sexual		37 Identidade de gênero	
Dados da Ocorrência	38 Possui algum tipo de deficiência/transgênero?		39 Se sim, qual tipo de deficiência/transgênero?	
	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado		<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Não se aplica <input type="checkbox"/> 4 - Ignorado	
	40 UF		41 Município de ocorrência	
Dados da Ocorrência	42 Bairro	43 Logradouro (rua, avenida, ...)	Código	
	44 Número	45 Complemento (apto., casa, ...)	46 Geo campo 3	47 Geo campo 4
	48 Ponto de Referência	49 Zona	50 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)	
Dados da Ocorrência	51 Local de ocorrência		52 Ocorreu outras vezes?	
	<input type="checkbox"/> 01 - Residência <input type="checkbox"/> 04 - Local de prática esportiva <input type="checkbox"/> 07 - Comércio/serviços <input type="checkbox"/> 08 - Indústria/construção <input type="checkbox"/> 02 - Habitação coletiva <input type="checkbox"/> 05 - Bar ou similar <input type="checkbox"/> 09 - Outro <input type="checkbox"/> 03 - Escola <input type="checkbox"/> 06 - Via pública <input type="checkbox"/> 10 - Ignorado		<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado	
	53 A lesão foi autoprovocada?		<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado	

<b>Violência</b>	<b>55</b> Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros _____ 10-Não se aplica 11-Ignorado		
	<b>56</b> Tipo de violência: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Trabalho infantil		
<b>Violência Sexual</b>	<b>57</b> Meio de agressão: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Força corporal/espolcamento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento <input type="checkbox"/> Outros _____		
	<b>58</b> Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1-Sim 2-Não 3-Não se aplica 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outros _____		
<b>Dados de perfil do autor da violência</b>	<b>59</b> Procedimento realizado: 1-Sim 2-Não 3-Não se aplica 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei		
	<b>60</b> Número de envolvidos: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado 1 - Um <input type="checkbox"/> 2 - Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		
	<b>61</b> Vínculo/grau de parentesco com a pessoa afetada: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(ã)		
	<b>62</b> Sexo do provável autor da violência: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino <input type="checkbox"/> 3 - Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		
<b>Encaminhamento</b>	<b>63</b> Suspeita de uso de álcool: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		
	<b>64</b> Ciclo de vida do provável autor da violência: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado 1-Criança (0 a 9 anos) <input type="checkbox"/> 2-Adolescente (10 a 19 anos) <input type="checkbox"/> 3-Jovem (20 a 24 anos) <input type="checkbox"/> 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) <input type="checkbox"/> 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) <input type="checkbox"/> 9-Ignorado		
<b>Dados finais</b>	<b>65</b> Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Rede de Saúde (Unidade Básica de Saúde/hospital, outras) <input type="checkbox"/> Conselho do Idoso <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> Rede de Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Rede de Educação (Creche, escola, outras) <input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos <input type="checkbox"/> Justiça da Infância e da Juventude <input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Defensoria Pública <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente		
	<b>66</b> Violência Relacionada ao Trabalho: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> <b>67</b> Se sim, foi enviada a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT): 1-Sim 2-Não 3-Não se aplica 9-Ignorado <input type="checkbox"/> <b>68</b> Circunstância da lesão: CID 10 - Cap XX _____		
	<b>69</b> Data de preenchimento: _____		
<b>Informações complementares e observações</b>			
Nome do acompanhante: _____ Vínculo/grau de parentesco: _____ (DDD) Telefone: _____			
Observações Adicionais: _____ _____ _____ _____			
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS</b> 136         </div> <div style="text-align: center;"> <b>TELEFONES ÚTEIS</b> Central de Atendimento à Mulher 180         </div> <div style="text-align: center;"> <b>Disque Direitos Humanos</b> 100         </div> </div>			
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> <b>Município/Unidade de Saúde</b>            Nome: _____ Função: _____            Violência interpessoal/autoprovoada: _____ Sinan: _____         </div> <div style="width: 35%;"> <b>Cód. da Unit. de Saúde/CNES</b>            Assinatura: _____            SVS 15.06.2015         </div> </div>			

Fonte: BRASIL (2016).