

Protocolos *CLÍNICOS*

Estratégias para assistência ao Paciente em Comportamento Suicida

52

FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS
DIRETORIA ASSISTENCIAL
GERÊNCIA DE DIRETRIZES ASSISTENCIAIS

© Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte. A responsabilidade pela autoria de textos e imagens são exclusivamente dos autores. 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>.

Estratégias para Assistência ao Paciente em Comportamento Suicida

1ª Edição, 2023.

AUTORES

Alisson Rubson Alves¹
Luciana Almeida Santos²
Joana Beatriz Costa Lara Rocha³
Luciene Oliveira Rocha Lopes⁴

COLABORADORES

Desirée Mainart Braga⁵
Camila de Andrade Oliveira⁶
Érika Cristina Fernandes Chamom⁷

VALIDADORES

Lucinéia Maria de Queiroz Carvalhais⁸

EDITORES RESPONSÁVEIS - CDALC | ADC

¹ Enfermeiro do CDALC/FHEMIG. Especialista em Saúde Mental e Mestre em Ensino de Ciências da Saúde.

² Psicóloga do Hospital HJXXIII. Mestre em Psicologia e Doutoranda pela UFMG.

³ Psicóloga do Hospital HJXXIII. Pós-graduada em Neuropsicologia e Administração Hospitalar.

⁴ Psicóloga do Hospital HJXXIII. Mestre e doutoranda em Psicologia do Comportamento pela UFMG.

⁵ Enfermeira Referência Técnica do CDALC/FHEMIG. Pós-graduada em Epidemiologia, Segurança do Paciente e Oncologia

⁶ Acadêmica de Enfermagem do CDALC/FHEMIG

⁷ Enfermeira da Gerência de Segurança Assistencial/FHEMIG.

⁸ Diretora Assistencial da FHEMIG

APRESENTAÇÃO

O cuidado centrado no paciente e a promoção da gestão hospitalar baseada em evidências científicas são 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 com a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG).

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 unidades hospitalares- e o Sistema Estadual de Transplantes.

Nesse cenário assistencial desafiador, possui 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 pública.

Este Protocolo tem por objetivo contribuir para a prática da equipe multidisciplinar na assistência ao paciente com ideação suicida e nas tentativas de suicídio e, também, favorecer a articulação do cuidado em rede de apoio por meio da assistência segura e integral. É aplicável à realidade de todas as Unidades Assistenciais da FHEMIG e de extrema relevância para aquelas inseridas na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Estado de Minas Gerais.

A integração da FHEMIG com o SUS, por meio do diálogo vivo e efetivo com a Rede de Atenção à Saúde (RAS) e com o gestor pleno, impacta nas definições de competências e na equidade, proporcionando maior qualidade aos serviços ofertados.



Dra. Lucinéia Maria de Queiroz Carvalhais

Diretora Assistencial da FHEMIG

EXPEDIENTE FHEMIG

Presidência

Renata Ferreira Leles Dias

Chefe de Gabinete

Carolina Santos Lages

Procuradoria

João Viana da Costa

Controladoria Seccional

Marcela Oliveira Ferreira Dias

Assessoria de Comunicação Social

Janaína de Oliveira

Assessoria Estratégica

Bárbara Campos de Andrade

Diretoria de Planejamento, Gestão e Finanças

Lucas Salles de Amorim Pereira

Diretoria Assistencial

Lucinéia Maria de Queiroz Carvalhais Ramos

Diretoria de Gestão de Pessoas

Marina Emediato Lara Carvalho Mohl

Diretoria de Contratualização, Faturamento e Parcerias

Diana Martins Barbosa

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 – **Cláudia Fernanda de Andrade**

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 – **Polyana de Oliveira Caires**
Hospital Regional João Penido - **Daniel Ortiz Miotto**
Maternidade Odete Valadares – **Raquel Mariz Martins**
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 – **Claudete Bernardo Basaglia**
Casa de Saúde Santa Izabel – **Grabriella Rodrigues da Silva**
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

CEPAI: Centro Psíquico da Infância e da Adolescência

CID: Classificação Internacional de Doenças

CRPDF: Conselho Regional de Psicologia do Distrito Federal

CVV: Centro de Valorização da Vida

CMT: Centro Mineiro de Toxicomania

DO: Declaração de óbito

FHEMIG: Fundação Hospitalar de Minas Gerais

HJXXIII: Hospital João XXIII

HJK: Hospital Júlia Kubitschek

IRS: Instituto Raul Soares

LGBTQIAP+: Lésbicas; Gays; Bissessuais; Transgêneros; Queer; Intersexuais; Assexuais; Pansexuais

NUTIS: Núcleo de Tecnologia e Inteligência em Saúde

OMS: Organização Mundial da Saúde

PTS: Plano Terapêutico Singular

RAPS: Rede de Atenção Psicossocial

RAS: Rede de Atenção à Saúde

SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

TAE: Tentativa de autoextermínio

TR: Técnico de Referência

UPA: Unidade de Pronto Atendimento

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

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	8
2.	PALAVRAS CHAVE	10
3.	OBJETIVOS	10
4.	PÚBLICO ALVO	10
5.	UTILIZADORES POTENCIAIS	11
6.	METODOLOGIA	11
7.	RECOMENDAÇÕES E PRINCIPAIS EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS	11
8.	MATERIAL/PESSOAL NECESSÁRIO	14
9.	ATIVIDADES ESSENCIAIS	15
9.1	ASSISTÊNCIA AO PACIENTE EM COMPORTAMENTO SUICIDA	15
9.2	PRINCIPAIS FATORES DE RISCO	17
9.3	SINAIS DE ALERTA	17
9.3	FATORES DE VULNERABILIDADE	18
9.4	ESTRATÉGIAS PARA PREVENÇÃO	19
9.5	AVALIAÇÃO DE RISCO	19
9.6	CRITÉRIOS PARA INTERNAÇÃO DO PACIENTE	21
9.7	SEGURANÇA ASSISTENCIAL	22
9.7.1	Sistema de Notificação de Agravos e Notificação (SINAN)	25
9.8	ATENDIMENTO COMPARTILHADO	26
9.9	REGISTRO EM PRONTUÁRIO	28
9.10	ESCUTA QUALIFICADA	28
10.	O SUICÍDIO E A DIVULGAÇÃO NA MÍDIA	30
11.	USO DE ANTIDEPRESSIVOS E ANTICONVULSIVANTES: aumento do risco de TAE	30
12.	CONTEXTO FAMILIAR: avaliação e suporte	32
13.	ENCAMINHAMENTO PARA A RAPS MEDIANTE A ALTA HOSPITALAR	33
14.	COMO PROCEDER EM SITUAÇÕES DE TENTATIVAS DE SUICÍDIO DENTRO DO SERVIÇO DE SAÚDE	34
14.1	DIANTE DE AMEAÇA DA AUTOLESÃO	35
14.2	SUICÍDIO COMPLETO DENTRO DO HOSPITAL	
	Erro! Indicador não definido.	
14.3	A COMISSÃO DE MORBIMORTALIDADE/ NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	38
15.	ABORDAGEM MULTISSETORIAL	39
15.1	CENTRO DE VALORIZAÇÃO DA VIDA (CVV)	39
15.2	REDES DE PROTEÇÃO E SUPORTE COMUNITÁRIO	39

REFERÊNCIAS	41
Anexo I – Ficha de Notificação de Agravos	44
Anexo II - Escala de avaliação de risco de suicídio e sugestão de conduta para profissionais de saúde sugerida pela OMS	46
Anexo III - Recomendação de dados relevantes nos registros em prontuário	47
Anexo IV - Exemplo de sequência de registro nos casos de óbito por suicídio no hospital, baseado no formulário indicado pela OMS, 2014	48

1. INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), estima-se que no mundo mais de 700 mil pessoas morrem por suicídio anualmente, sendo considerada a quarta maior causa de mortes entre jovens de 15 a 29 anos de idade. Sua prevalência é maior em países de baixa e média renda, embora esteja presente em todas as regiões do mundo (IASP, 2019).

Mais da metade de todos os óbitos por suicídio ocorrem antes dos 50 anos de idade, totalizando 58% (cinquenta e oito por cento) dessas notificações. Além disso, é importante dizer que está entre as 20 principais causas de morte global, incluindo, aqui, todas as faixas etárias (IASP, 2019).

No Brasil, durante o período compreendido entre 2010-2019, ocorreram 112.230 mortes por suicídio, com aumento de 43% no número anual de óbitos, ou seja, de 9.454 em 2010 para 13.523 em 2019. Homens apresentaram risco 3,8 vezes maior quando comparado com mulheres e, no mesmo período, houve registros de aumento no índice de suicídios entre adolescentes (BRASIL, 2021).

Em 2018 foi constatado, entre os anos de 2012-2016, aumento de 12% do número de mortes por suicídio entre pessoas negras no território nacional. Entre a população indígena verificou-se que no Brasil o suicídio ocorreu numa intensidade três vezes maior que na população geral e acometeu, principalmente, a faixa etária de 10-19 anos. Quanto à população LGBTQIAP+ não foi possível identificar o levantamento de dados oficiais, uma vez que nos registros de óbitos (declaração e atestado) não constam os itens de orientação sexual e identidade de gênero (CRPDF, 2020).

De acordo com discussões acerca dos impactos do suicídio na saúde pública, as lesões autoprovocadas são classificadas como ideação suicida, autoagressões, tentativas de suicídio e suicídio completo. Na autoagressão o sujeito provoca lesões e até mutila o próprio corpo sem a intenção de provocar a morte, utilizando-se desse meio para aliviar a dor emocional. A intensificação de autoagressões predispõe o indivíduo ao risco de suicídio (VOLKMERK *et al.*, 2019).

No tocante às lesões autoprovocadas observou-se que, em relação a escolaridade, aproximadamente um terço dos indivíduos que cometeram o ato possuíam ensino médio completo ou incompleto e menos de 7% possuíam ensino superior. Quanto à raça/cor, as

maiores prevalências estão entre indivíduos de cor branca (47,3%). Considerando o local da ocorrência, a maior parte dos casos se deu na própria residência das vítimas (82%) e a repetição do evento foi registrado em 41% dos casos (BRASIL, 2021).

No ano de 2019, de acordo com dados mensurados pelo Ministério da Saúde, houve 124.709 notificações referentes às lesões autoprovocadas, se concentrando na faixa etária de 20-39 anos, com 46,3% dos casos. Aproximadamente 60% dos meios de agressão registrados nas notificações de lesões autoprovocadas correspondem ao envenenamento, seguidos de objetos perfurocortantes (16,8%). Além disso, 40,9% dessas notificações se referiam a episódios repetidos, enquanto que 37,2% ao primeiro episódio (BRASIL, 2021).

Várias pesquisas evidenciaram que mulheres tinham maior grau de ideação e tentativas de suicídio. No entanto, tem menor potencial de morte quando comparada aos homens, visto que estes utilizam de métodos mais letais e violentos para provocar o óbito, como arma de fogo, objeto cortante, dentre outros (OMS, 2021).

O comportamento suicida tem origem multifatorial e desencadeia quadros de angústia disfuncional com consequente sofrimento mental grave, limitações e intempéries na vida cotidiana, implicando em dor psicológica insuportável e no impulso suicida (DONALD e MACHADO, 2017).

Os fatores de risco da população idosa estão correlacionados com a depressão, doenças incapacitantes degenerativas, aposentadoria e o isolamento social, ao passo que na população negra foi possível observar a prevalência de questões que envolvem o racismo (CRPDF, 2020).

Nas populações indígenas a discriminação tem causado impactos negativos na saúde mental de crianças, adolescentes e jovens adultos, uma vez que indígenas relatam sentimentos de não-pertencimento: por um lado, sofrem discriminação na cidade por serem indígenas; por outro, em suas aldeias, são criticados pelos mais velhos por incorporarem costumes das pessoas da cidade com quem mantiveram contato (CRPDF, 2020).

O comportamento suicida pode ser considerado um *continuum*, que se inicia com ideações de morte, evoluindo com o planejamento e tentativa até chegar ao suicídio completo. Na tentativa de suicídio há lesão autoprovocada com meios letais em que a intenção de morte é clara. Já no suicídio completo o ato intencional resulta em óbito (VOLKMERK *et al.*, 2019).

2. PALAVRAS CHAVE

Ideação suicida, tentativa de suicídio, suicídio, prevenção, segurança do paciente, abordagem multidisciplinar.

3. OBJETIVOS

- Contribuir para a prática da equipe multidisciplinar na assistência a pacientes com ideação suicida e nas tentativas de suicídio;
- Disseminar experiências clínicas que possam ofertar segurança assistencial a pacientes em comportamento suicida durante a internação;
- Favorecer a articulação do cuidado em rede de apoio na qualificação da assistência e segurança do paciente;
- Identificar os pacientes em potencial risco de suicídio nas Unidades Assistenciais da FHEMIG;
- Manter a consonância e aplicabilidade da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, instituída pela Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019;
- Ofertar apoio aos familiares de pacientes e sobreviventes do suicídio;
- Promover o suporte intersetorial ao paciente, familiares e amigos nas situações de gravidade decorrentes do comportamento suicida;
- Proteger o paciente contra possíveis impulsos suicidas.

4. PÚBLICO ALVO

Pacientes em comportamento suicida e/ou ideação suicida atendidos nas Unidades Assistenciais da FHEMIG, familiares e/ou referências afetivas.

5. UTILIZADORES POTENCIAIS

Médicos, enfermeiros, farmacêuticos, psicólogos, fisioterapeutas, assistentes sociais, fonoaudiólogos, técnicos e auxiliares de enfermagem. Membros da equipe profissional de atenção à saúde (vigilância epidemiológica, serviços de urgência e os demais pontos de atenção dos componentes da Rede de Atenção Psicossocial-RAPS). De igual modo os profissionais que atuam na RAPS do Estado de Minas Gerais, de setores públicos, filantrópicos e/ou privados.

6. METODOLOGIA

Trata-se de estudo descritivo e explicativo, com revisão de literatura, que teve como base a leitura e análise crítica de artigos científicos publicados nas bases de dados PubMed/Medline, Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Lilacs, bem como instrumentos de Vigilância Epidemiológica, Manuais do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde, além do Protocolo Institucional do Hospital João XXIII da FHEMIG referente ao tema que é objeto deste estudo.

7. RECOMENDAÇÕES E PRINCIPAIS EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS

A ambivalência entre a vida e a morte é comum na tentativa de suicídio, pois muitas vezes os pacientes querem se livrar de uma dor insuportável. (BERTOLOTE *et al.*, 2010). A ambivalência faz com que o paciente em comportamento suicida esteja dividido entre as opções de viver ou morrer. É importante compreender o comportamento suicida “como um grito de socorro que pode dar certo, ao provocar um movimento de apoio e reestruturação, ou que, ao contrário, pode provocar mais agressões, vindas de pessoas próximas ou de uma equipe assistencial despreparada para atender tentativas de suicídio” (BERTOLOTE *et al.*, 2010).

A comorbidade psiquiátrica eleva o risco de suicídio em pacientes hospitalizados. Logo, conhecimentos que contribuam para a experiência clínica em saúde mental são atributos desejáveis para a equipe multidisciplinar. Pacientes em risco de cometer

autoextermínio normalmente já possuem diagnósticos de transtornos de humor, de transtornos mentais relacionados ao uso de álcool e outras drogas, transtornos de personalidade e quadros de psicose. É possível que pacientes vulneráveis executem a Tentativa de Autoextermínio (TAE) durante a internação hospitalar ou estando em outros serviços de saúde (CRPDF, 2020).

O cuidado provido de vínculo terapêutico, proteção e vigilância, escuta qualificada com intervenções singulares, são relevantes na assistência multidisciplinar. É importante que haja fluidez na comunicação entre os demais serviços hospitalares, rede de serviços complementares e da base comunitária na área de abrangência do paciente (BERG *et al.*, 2017).

Cabe a equipe multidisciplinar lançar mão de cuidados que proporcionem proteção ao paciente, impedindo seu acesso aos principais métodos utilizados para o suicídio. Havendo limitação de acesso a esses métodos e/ou agentes autolesivos, eleva-se sobremaneira a segurança do paciente no serviço de saúde, além de permitir-lhe o tempo suficiente para sobreviver à crise (DONALD e MACHADO, 2017).

Nos serviços de urgência e emergência a chegada do paciente em situação de lesão autoprovocada pode configurar-se em ideação suicida, autoagressão, tentativa de suicídio ou suicídio completo. O Quadro 1 traz exemplos que se assemelham a casos atendidos nesses serviços.

Quadro 1 - Lesões autoprovocadas

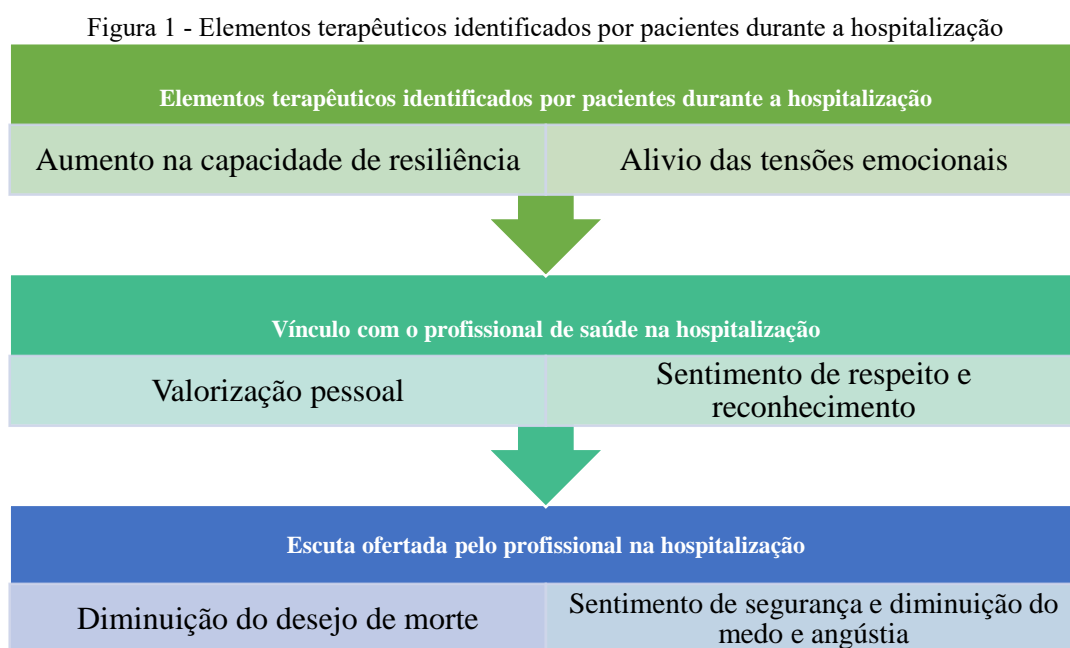
SITUAÇÃO DE LESÃO AUTOPROVOCADA	EXEMPLOS
Ideação Suicida	Logo ao amanhecer, despediu-se de toda a família e disse que iria tomar todos os seus medicamentos de uma só vez, em seguida iria se lançar num córrego.
Autoagressão	Adolescente realizou vários cortes no corpo, nos membros superiores, abdome e em membros inferiores, referiu que sua vontade era de buscar por alívio do estresse. Negou desejo de morte.
Tentativa de Suicídio	Mulher de 25 anos ingeriu cerca de 500ml de agrotóxico, foi resgatada pela equipe do Serviço Médico de Urgência-SAMU, sobreviveu sem sequelas após os cuidados que recebeu na Unidade de Pronto Atendimento (UPA).
Suicídio completo	Homem de 40 anos chegou no pronto socorro intubado conduzido sob cuidados da equipe do SAMU (após lesão autoprovocada por arma de fogo – com disparo na região temporal, óbito foi constatado em 30 minutos após entrada na unidade hospitalar).

Fonte: adaptado de VOLKMERK *et al.* (2019).

É altamente recomendado que após o salvamento na emergência clínica e cirúrgica por lesão autoprovocada (abordagem ao trauma, cirurgias, reanimação cardiorrespiratória, lavagem gástrica) a equipe multidisciplinar utilize métodos de intervenção para a reabilitação da saúde física e mental do paciente. Mesmo nas situações que se assemelham aos exemplos descritos no Quadro 1, esses profissionais devem enfatizar o vínculo terapêutico com o paciente, a fim de conquistar sua confiança e cooperação e, consequentemente, a prevenção do suicídio.

Estudos sugerem que o vínculo terapêutico tenha início desde o atendimento nos serviços de urgência e emergência, pois privilegia a escuta qualificada, a efetividade no planejamento da segurança assistencial, também possibilita a sensibilização acerca da importância da vida, permite a avaliação de suporte sócio familiar, além de oportunizar as orientações sobre o apoio ofertado nos serviços da RAPS.

Tendo como referência as descrições de situações práticas, foram obtidas publicações que reproduziram discursos de pacientes que estiveram sob cuidados na modalidade de internação hospitalar, eles mencionaram alguns elementos terapêuticos possibilitados pelo estabelecimento do vínculo terapêutico e da confiança (Figura 1), em contraste com sentimentos que intensificavam a ideia suicida: solidão, desespero, vergonha e sentimento de humilhação.



Fonte: adaptado de BERG *et al.*, (2017).

Com efeito, o mesmo estudo afirma que, não havendo o oferecimento da escuta qualificada, o indivíduo poderá apresentar impulsos suicidas durante o processo de internação (BERG *et al.*, 2017). De acordo com a percepção de pacientes em comportamento suicida, existem elementos que dificultam a abordagem e a conversa sobre o suicídio:

- Na abordagem do profissional que se limita aos sintomas físicos do paciente, além de orientações restritas sobre os efeitos dos medicamentos prescritos;
- O constrangimento dos pacientes por não encontrarem abertura para falar de suas dores psicológicas;
- As dificuldades para o estabelecimento do vínculo terapêutico, dada intensidade de isolamento e de solidão, que impulsionavam os pensamentos suicidas e o planejamento do ato durante a estadia do paciente nos serviços de saúde.

Portanto, neste protocolo é enfatizado a importância da detecção de riscos, as estratégias de abordagem multidisciplinar, a articulação junto a Rede de Serviços de Saúde, a segurança e proteção na oferta de cuidados e a importância na qualificação dos profissionais de saúde em relação ao manejo com pessoas em risco de suicídio.

8. MATERIAL/PESSOAL NECESSÁRIO

- Aparelho telefônico;
- Computadores com acesso à internet;
- Ficha de notificação SINAN (Sistema de Informação de Agravos – Violência Interpessoal Autoprovocada) - Anexo I;
- Lista de contatos dos Serviços de Saúde Mental da RAPS atualizada.
- Profissionais de saúde com formação e/ou experiência em saúde mental;
- Sala para atendimento de pacientes e familiares, garantindo o sigilo;
- Transporte para pacientes conforme os encaminhamentos: na região metropolitana de Belo Horizonte as unidades assistências da FHEMIG contam com o recurso de transporte tripulado para os casos que demandarem avaliações clínicas e com possibilidade de transferência para internação em outras unidades (por exemplo, os encaminhamentos do CEPAI, CMT, IRS para o HJXXIII ou

HJK); cabe destacar a possibilidade de transporte tripulado com UTI móvel para os casos com maior gravidade clínica em risco iminente de morte. De outro modo, o transporte de pacientes dos Hospitais e Casa de Saúde da FHEMIG no interior do Estado deverá ser tripulado pela equipe da própria unidade, neste caso a condição clínica do paciente será determinante para o tipo de transporte, ambulância básica (que deve ser acompanhada por motorista e auxiliar ou técnico em enfermagem) ou ambulância que ofereça recursos para suporte avançado de vida (sendo tripuladas com motorista, enfermeiro e médico).

9. ATIVIDADES ESSENCIAIS

A equipe multidisciplinar deve ser capacitada para dar assistência ao indivíduo em comportamento suicida. São pontos cruciais na assistência (OMS, 2021):

- Identificar, avaliar, gerenciar e acompanhar os grupos de risco nas enfermarias e nas demais unidades de saúde;
- Atentar para comportamentos e sintomas que podem evidenciar o risco de suicídio (isolamento, raiva, discurso em que planeja o suicídio, dissimulações);
- Ofertar proteção ambiental (limitando acesso aos meios utilizados para o suicídio);
- Promover vigilância ao indivíduo em vulnerabilidade;
- Participar de discussões e capacitações que reforcem a prevenção do suicídio.

9.1 ASSISTÊNCIA AO PACIENTE EM COMPORTAMENTO SUICIDA

Abordar o paciente, ainda na unidade de urgência e emergência, pode parecer difícil em razão do mesmo estar atônito, podendo encontrar-se com o nível de consciência e capacidade de atenção comprometidas ou pela própria implicação no recebimento de cuidados emergenciais. A princípio, caberá ao profissional buscar o estabelecimento de vínculo e confiança, a fim de obter a colaboração do paciente. Mesmo assim, pode haver

pouca interação, o que evidencia a necessidade de acompanhamento próximo (BERTOLOTE *et al.*, 2010).

A base de qualquer resposta eficaz para a prevenção do suicídio é a identificação de seus fatores de risco. Vários estressores atuam cumulativamente para aumentar a vulnerabilidade do indivíduo em comportamento suicida e as intervenções eficazes podem mitigá-los. Além disso, os fatores de proteção, como a resiliência emocional e a capacidade para resolver problemas e habilidades na vida social podem reduzir o impacto de fatores ambientais e intrapsíquicos. (BERTOLOTE *et al.*, 2010; OMS, 2014b).

Na Tentativa de Autoextermínio (TAE) com o paciente atendido no serviço de saúde, é recomendável a abordagem multidisciplinar, a fim de proporcionar maiores benefícios para a conduta terapêutica, por meio do compartilhamento de saberes e responsabilidades (CRPDF, 2020).

Durante a elaboração do Plano Terapêutico Singular (PTS) é importante o envolvimento de outros setores: assistência social, educação permanente, área jurídica (em situações de internações involuntárias e compulsórias) e até mesmo dos órgãos de segurança pública (a exemplo de pessoas vitimadas por abusos, torturas e outras formas de violência).

É recomendável na gestão do cuidado a atuação do profissional Técnico de Referência (TR), que poderá ser médico, enfermeiro, farmacêutico, assistente social, psicólogo, terapeuta ocupacional e fisioterapeuta. O Quadro 2 descreve as principais atribuições do TR.

Cabe ressaltar quanto a necessidade de se trabalhar com a vinculação do paciente na Rede de Atenção à Saúde (RAS), sobretudo nos serviços da RAPS, na modalidade extra hospitalar, proporcionando a continuidade do tratamento e suporte psicossocial (BRASIL, 2011).

Quadro 2 - Atribuições do Técnico de Referência

- Identificar as principais vulnerabilidades do paciente;
- Avaliar o suporte familiar;
- Estimular a capacidade de resiliência;
- Favorecer a reabilitação psicossocial;
- Mediar a interlocução com a equipe multidisciplinar;
- Articular a assistência com a rede de apoio em favor da saúde física e mental do paciente.

Fonte: adaptado de Brasil (2011).

A identificação do comportamento suicida enseja o manejo hábil, o acompanhamento singular e intervenções biopsicossociais. O sistema de saúde, por sua vez, necessita incorporar estratégias de intervenção precoce, assim que identificadas pessoas com vulnerabilidade para a TAE, para a efetivação da prevenção do suicídio (WHO, 2019).

A educação e a capacitação dos profissionais de saúde são relevantes e devem contemplar as equipes de atendimento nas unidades de emergências, com o foco no cuidado e suporte psicossocial aos necessitados, além do apoio da comunidade, estimulando o gerenciamento individual nos fatores de risco, permitindo amplitude na capacidade de avaliação e gestão de comportamentos suicidas (WHO, 2019).

9.2 PRINCIPAIS FATORES DE RISCO

- Transtornos mentais;
- Dependência química: uso de álcool e outras drogas;
- Histórico de tentativas de suicídio e/ou autoagressões;
- Isolamento social;
- Potencial de autoagressão;
- Suicídio na família;
- Vítimas de violência física e/ou emocional;
- Vulnerabilidade social.

9.3 SINAIS DE ALERTA

- Desesperança;
- Raiva descontrolada;
- Mudanças dramática de humor;
- Distúrbios do sono;
- Busca de Vingança;
- Atuação imprudente ou prática de atividades arriscadas;
- Sensação de estar preso, sem saída;
- Aumento do uso de álcool e outras drogas;

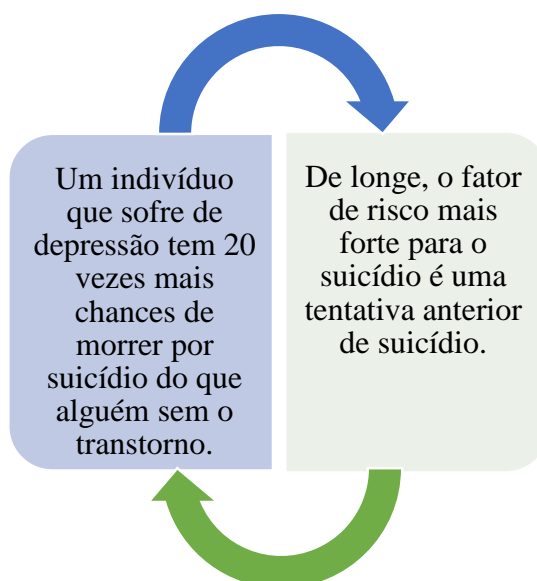
- Afastamentos dos amigos, família e sociedade;
- Ansiedade e agitação.

(OMS, 2021)

9.3 FATORES DE VULNERABILIDADE

Embora a ligação entre suicídio e transtornos mentais (em particular, depressão e transtornos por uso de álcool e outras drogas) esteja bem estabelecida em países de alta renda, muitos suicídios acontecem impulsivamente nos momentos de crise, devido ao colapso da capacidade de lidar com adversidades da vida, como problemas financeiros, rompimento de relacionamento, dor crônica, doença, violência, abuso, desastres ou perdas significativas. Portanto, mesmo que não esteja correlacionado a uma doença mental está relacionado a intenso sofrimento psíquico.

As taxas de suicídio também são altas entre grupos vulneráveis que sofrem discriminação, como refugiados e imigrantes; povos indígenas; lésbicas, gays, pessoas bissexuais, transgêneros, intersexuais, assexual, pansexual (LGBTQIAP+) e pessoas privadas de liberdade. Além disso, vale citar outros sinais de alerta para o suicídio, conforme descritos no Quadro 3 (pág.19).

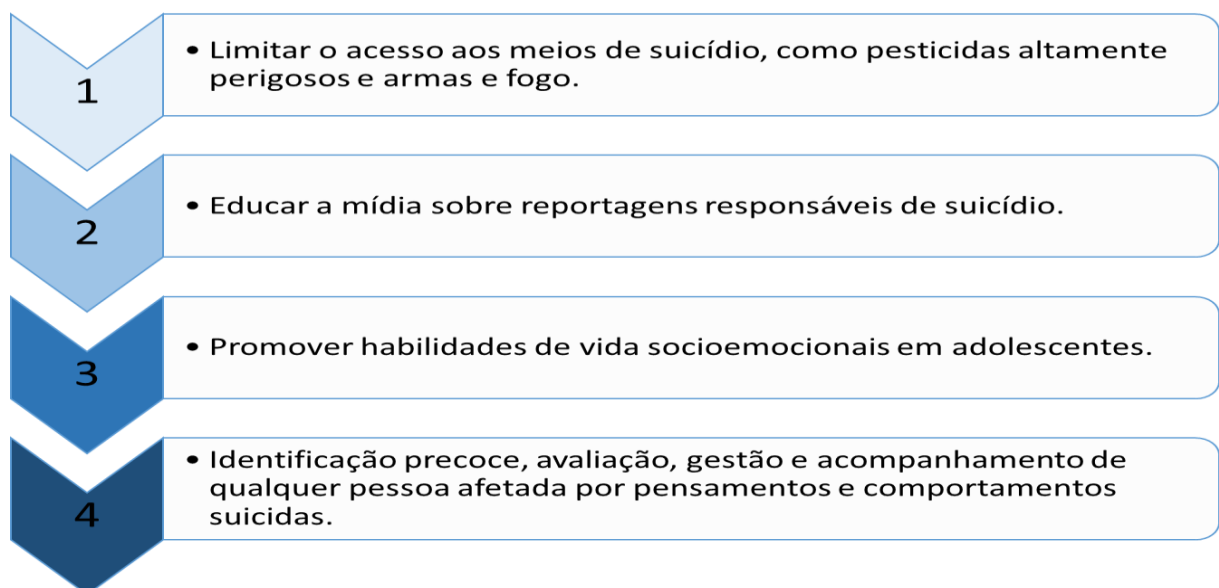


Fonte: adaptado de OMS (2021).

9.4 ESTRATÉGIAS PARA PREVENÇÃO

Para fomentar a qualidade das intervenções mediante o risco de suicídio, foram elencadas quatro estratégias pela OMS (2021) para serem aplicadas durante a abordagem ao paciente:

Figura 2 - Estratégias para abordagem ao paciente em comportamento suicida



Fonte: Adaptado de OMS, 2021.

9.5 AVALIAÇÃO DE RISCO

Recomenda-se a utilização da Escala de Classificação de Avaliação de Risco do Paciente no Atendimento em Serviços de Urgência e Emergência (Anexo II), inclusive para se definir a necessidade de internação hospitalar. Nesse método são empregados critérios de avaliação minuciosa que tem como base a identificação de sinais e sintomas, de fácil aplicação por profissionais que não possuem a formação psiquiátrica ou no campo da psicologia e saúde mental. Para pacientes sob cuidados durante internação hospitalar e demais unidades de saúde mental, poderá ser utilizada (diariamente) a Escala que Mensura o Nível do Risco (Quadro 4).

Partindo da premissa de que o suicídio é evitável, os profissionais de saúde devem realizar avaliações diárias do paciente na tentativa de identificar pensamentos suicidas e/ou possível planejamento para o autoextermínio. Dessa forma, deverão manter o foco de suas atividades nos seguintes pilares:

- Análise da situação do paciente (Quadro 3);
- Colaboração intersetorial e/ou multissetorial (equipe assistencial, serviço de portaria, recepção, equipe de limpeza, equipe de apoio hospitalar, gerência e direção);
- Sensibilização;
- Capacitação;
- Vigilância;
- Monitorização;
- Avaliação.

Quadro 3 - Análise da situação do paciente

RISCOS LIGADOS À COMUNIDADE	RISCOS A NÍVEL INDIVIDUAL
<ul style="list-style-type: none"> • Guerras; • Desastres; • Estresse de aculturação (ex.: povos indígenas ou pessoas deslocadas); • Discriminação; • Sensação de isolamento; • Abuso; • Violência; • Relacionamentos conflitantes; • Participação em seitas extremistas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Solidão • Tentativas anteriores de suicídio; • Transtornos mentais; • Uso nocivo de álcool; • Dificuldades financeiras; • Dor crônica; • Histórico familiar de suicídio.

Fonte: adaptado de OMS (2014b).

Nas avaliações diárias, estando o paciente internado ou em permanência integral em outros serviços de saúde (dia e noite), é importante classificar o grau do risco de suicídio apresentado por ele (Quadro 4), pois, assim, será possível traçar intervenções específicas, de acordo com cada experiência psicoemocional identificada:

Quadro 4 - Nível de risco (avaliação diária)

NÍVEL DO RISCO	CONCEITO
Risco baixo	Autoagressão (automutilação), ideação suicida sem plano, não apresentou tentativa.
Risco médio	Ideação suicida frequente e persistente sem plano, com ou sem autoagressão (automutilação); histórico de tentativa; uso abuso/dependência de álcool ou drogas.
Risco elevado	Ideação suicida frequente e persistente com plano, ameaça ou tentativa; histórico de tentativa; fatores agravantes (rigidez no propósito, desespero, delírium, alucinações, abuso/ dependência de álcool e outras drogas)

Fonte: Adaptado de Volmerck *et al.*, 2019.

9.6 CRITÉRIOS PARA INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Nas circunstâncias que envolvam atos de lesões autoprovocadas com salvamento e havendo a persistência do risco de TAE é recomendado a internação do paciente, conforme preconizado pelo comitê de especialistas da Associação Psiquiátrica Americana, que, também, determina situações que possibilitam o encaminhamento para a RAPS, após o atendimento nas unidades urgência e emergência (BERTOLOTE *et al.*, 2010):

Quadro 5 - Condições clínicas favoráveis à internação por risco de TAE

Indicação de hospitalização:

- Paciente com histórico de tratamento psiquiátrico prévio;
- Paciente com histórico de TAE por meios letais;
- Quando o sujeito planejou a TAE e usou métodos para dificultar o próprio salvamento;
- Paciente em seu discurso evidencia novas ideias para TAE e demonstra angústia por não ter alcançado a letalidade mediante ao comportamento suicida;
- Quando o paciente é homem com idade superior a 45 anos de idade, em sofrimento mental e com ideias de autoextermínio;
- Paciente com suporte familiar fragilizado, vítima de exclusão social, em situação de desemprego e dificuldade subsistência;
- Paciente em quadro de agitação psicomotora, capacidade de julgamento crítico diminuído, negando-se a qualquer possibilidade de abordagem;
- Paciente com mudança do estado mental devido a alteração metabólica, tóxica, infecciosa ou outra etiologia que necessita de pesquisa da causa clínica;

- Na presença de ideação suicida com: Plano específico de alta letalidade e alta intencionalidade suicida.

Alta do serviço de urgência e emergência para o ambulatório especializado e/ou CAPS, CERSAM, CAPSi e demais pontos de apoio da RAPS:

- O evento envolvendo o suicídio foi uma reação a eventos precipitantes (exemplo: fracasso em uma prova, dificuldades em relacionamentos), particularmente se a visão do paciente frente a sua dificuldade houver mudado após sua vinda ao serviço de emergência;
- Plano, método e intenção com baixa letalidade;
- Paciente com suportes familiar e psicossocial estáveis;
- Paciente é capaz de colaborar com recomendações para o acompanhamento ambulatorial, mantendo contato com seu médico, apresentando condições para um tratamento contínuo ambulatorial (ou na RAPS)

Fonte: Bertolote *et al.* (2010).

Caso tenha se esgotado todas as tentativas de convencimento do paciente para aceitação da internação voluntária e seja percebido o risco iminente de TAE, peça ajuda à família, pois a internação involuntária poderá ser necessária (WHO, 2019).

A identificação correta do paciente deve ser realizada com a utilização da pulseira de identificação como prática de segurança assistencial (BRASIL, 2014).

Outra medida de segurança é a identificação do risco no prontuário eletrônico do paciente – TASY (por meio do flag item de alertas – figura 3), uma vez registrado a vulnerabilidade do paciente no prontuário o alerta de risco será emitido imediatamente na tela inicial mediante ao acesso pela equipe multiprofissional. Desse modo, se favorece a otimização na comunicação multidisciplinar e direcionamento da equipe no cuidado seguro ao paciente suicida (WHANSING *et al.*, 2023).

Figura 3 – Alerta de risco no prontuário eletrônico

A interface apresenta uma barra superior com as abas "Paciente" e "Atendimento". Abaixo, o título "Alertas do paciente" é seguido por botões de ação: "Excluir", "Inativar", "Relatórios", "Fechar" e "Liberar".

O formulário principal contém os seguintes campos:

- * Data de início:** Campo de data e hora com o valor "22/08/2023 19:29:10".
- Data de fim:** Campo de data e hora com o formato "DD/MM/YYYY HH:MM:SS".
- Profissional:** Campo com o valor "0630494967701".
- Estabelecimento:** Menu suspenso com o valor selecionado "Maternidade Odete Valadares".
- Tipo de alerta:** Menu suspenso com o valor selecionado "Alerta - Enfermagem".
- * Alerta:** Área de texto grande contendo o texto "RISCO DE AUTOEXTERMINIO".

Fonte: Área teste do prontuário eletrônico da FHEMIG, 2023.

Proporcionar alternativas de segurança do paciente por meio de *check-list* pode auxiliar os profissionais na busca da qualidade da assistência e, também, na difusão da cultura de segurança do paciente com comportamento suicida (WHANSING *et al.*, 2023). O *check-list* configura-se em ferramenta confiável para identificação de riscos potenciais e possibilita a estruturação de barreiras para que os eventos adversos sejam evitados, além de ser uma forma útil de comunicação efetiva.

Reuniões de segurança (*Safety Huddle*) são importante ferramenta para promover a cultura de segurança do paciente com comportamento suicida. Tratam-se de reuniões rápidas para discussão e exposição dos problemas apresentados pelo paciente, fortalecendo a comunicação eficaz e mitigando riscos clínicos e assistenciais (REEVES *et al.*, 2017 apud WHANSING *et al.*, 2023).

A retirada de objetos perigosos e que estejam ao alcance do paciente deve ser praticada. Alguns exemplos: objetos perfurocortantes, como talheres; itens que podem ser transformados em corda para enforcamento, como cintos; isqueiros; medicamentos; dentre outros. A internação do paciente deve ser em leito próximo ao posto de enfermagem, pois, contribui para otimizar a vigilância pela equipe. Já nas Unidades Assistenciais com estrutura predial verticalizada é recomendável que os pacientes sejam alocados em andares térreos e/ou no mais próximo deste com medida de proteção (BERTOLOTE, *et al.*, 2010; BRASIL, 2012).

O papel dos profissionais de enfermagem é crucial para garantir a segurança assistencial, considerando que permanecem 24 horas na instituição, o que lhes possibilita

vigilância constante do paciente. A equipe multidisciplinar também se responsabiliza, junto a esses profissionais, nos seguintes cuidados/intervenções:

- Limitar acesso ao suicídio (ambiente protegido);
- Permitir a presença do acompanhante que ofereça suporte familiar durante a internação;
- Solicitar avaliação de profissionais da saúde mental (interconsulta psiquiátrica, avaliação pelo psicólogo, acionar o acompanhamento do assistente social);
- Estabelecer o “contrato de não-suicídio”: no tratamento em negociar planos, prevenção e proteção contra o suicídio, ou seja, falar sobre os sentimentos de angústia, desânimo e desespero, solicitar auxílio de familiares e profissionais sempre que houver recaída;
- Garantir a disponibilização de informações acerca dos serviços ofertados na RAPS, buscando-se, com isso, dar seguimento ao Plano Terapêutico Singular (PTS) (OMS, 2021).

Caso o paciente intercorra com delirium, turvação da consciência, paranóias e agitação psicomotora, recomenda-se a utilização do Protocolo Clínico nº 33 - Manejo do paciente adulto com agitação e agressividade:

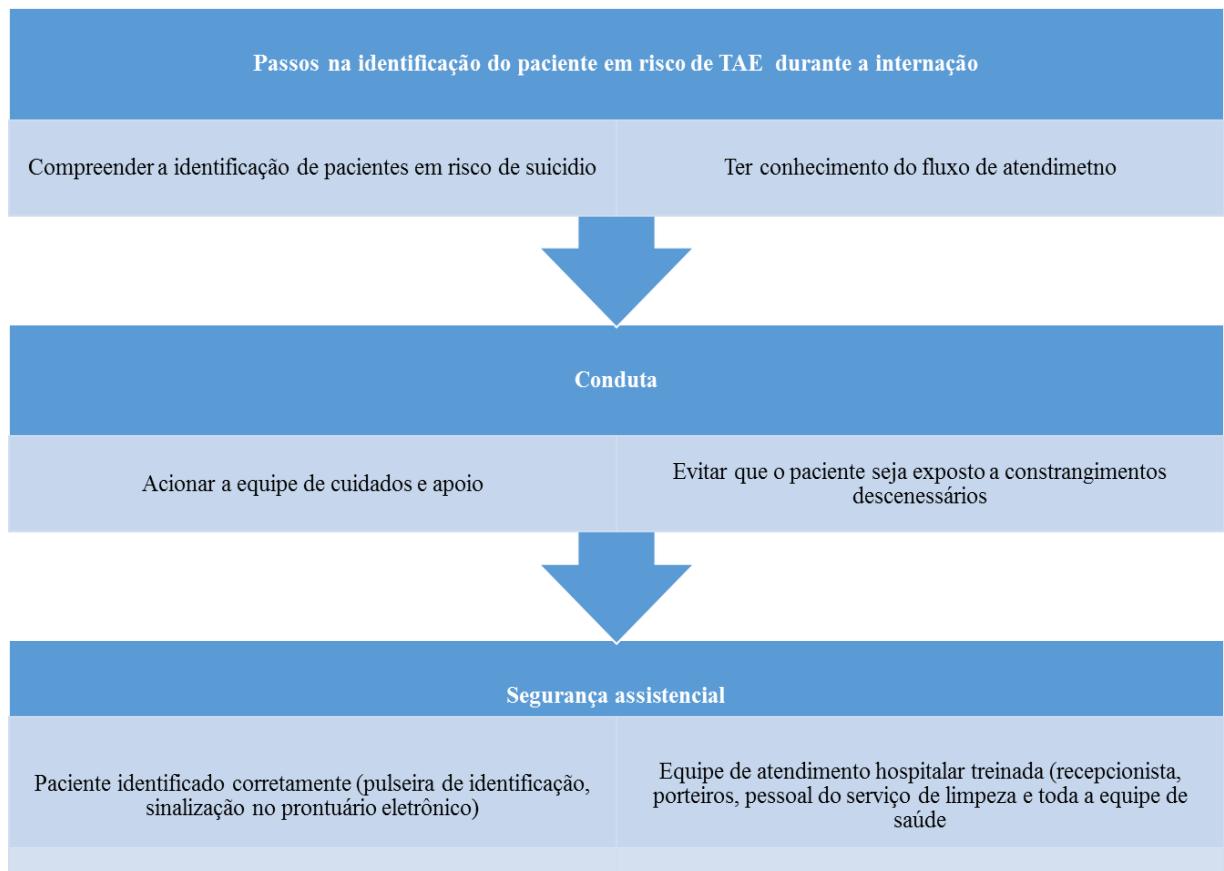
https://www.fhemig.mg.gov.br/index.php?preview=1&option=com_dropfiles&format=&task=frontfile.download&catid=1394&id=14361&Itemid=1000000000000

Protocolo clínico nº 33



Tanto o profissional médico coordenador do plantão quanto o enfermeiro são responsáveis por orientar a equipe multiprofissional quanto a identificação do paciente em risco de TAE: orientações breves aos demais membros da equipe e identificação no prontuário. (Figura 4).

Figura 4 - Identificação do paciente em risco de TAE



Fonte: Adaptado de Brasil (2013).

O emprego da segurança clínica e assistencial é articulado pelo Técnico de Referência (TR) do paciente, sendo este o responsável por identificar as fragilidades na condição psicossocial do sujeito. Além disso, articula o cuidado com os diversos pontos de atenção da RAPS, de acordo com a demanda do paciente. (BRASIL, 2013).

9.7.1 Sistema de Notificação de Agravos e Notificação (SINAN)

O preenchimento da Ficha de Agravos SINAN versão 5.1 SVS 15.06.2015 (Violência Interpessoal/Autoprovocada) deve ser realizado pelo profissional de saúde (Anexo I). No caso de crianças e adolescentes o Conselho Tutelar deverá receber cópia desta notificação.

Conforme orientações do Ministério da Saúde os casos de autoagressão e tentativas de suicídio, bem como os casos suspeitos ou confirmados são de notificação

compulsória e imediata (em até 24 horas após o atendimento) por meio da ficha do SINAN. Os casos de ideação suicida não requerem notificação, todavia, demandam atenção integral em saúde (BRASIL, 2021).

9.8 ATENDIMENTO COMPARTILHADO

Durante a admissão do paciente - no setor de urgência e emergência - ocorre a constatação do meio utilizado para a lesão autoprovocada, momento em que são implementados os cuidados para tratamento das complicações até a estabilização do paciente. Caso ocorra o óbito, configura-se em caso de morte violenta e/ou suspeita, também denominada médico-legal. Desse modo, o corpo deverá ser encaminhado ao Instituto Médico Legal (IML), no intuito de realização de necropsia, haja vista que o atestado de óbito será de responsabilidade do médico legista (BRASIL, 2021).

Nesse sentido, cabe ressaltar acerca da posvenção que consiste em intervenções específicas direcionada a família, amigos e demais referências afetivas da pessoa que cometeu o suicídio. Tais intervenções devem ser operacionalizadas pelos profissionais de saúde, de modo a “auxiliar na resolução do processo de luto, incluindo o desencorajamento de planejamentos ou ideações suicidas” (RUCKERT, 2019, p 86) – *vide* capítulo 12.

Tratando-se do paciente sobrevivente e havendo a estabilização clínica na unidade de urgência e emergência, é recomendável a internação hospitalar para continuidade do acompanhamento junto à equipe multiprofissional/horizontal. Nos atendimentos serão traçados os planos para gestão do comportamento suicida (Quadro 6) e foco em avaliações diárias na evolução clínica e psicoemocional do sujeito.

Caso o paciente apresente crises refratárias com pensamentos impulsivos de morte e planejamento para o ato suicida, as intervenções, abordagens e terapêutica deverão ser repensadas, de modo que os gatilhos da recaída e mudanças no estado mental possam ser minimizados (BERG *et al.*, 2017):

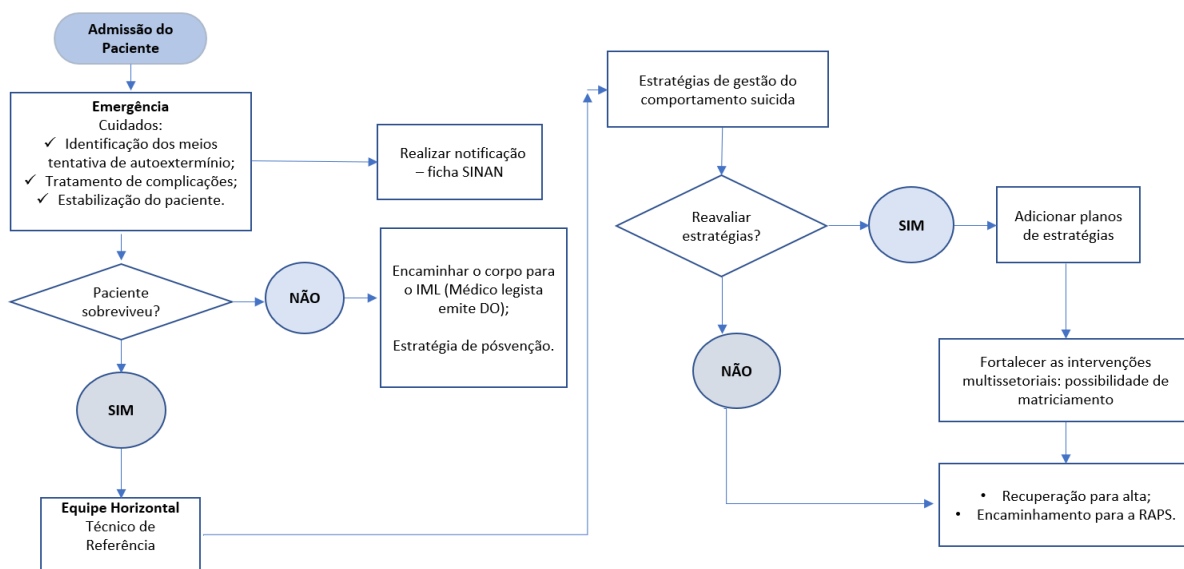
- Detectar as ideias suicidas (indagando o paciente, visto que muitos podem ter medo ou constrangimento para expressar seus sentimentos);

- Ter sensibilidade frente às necessidades do indivíduo, atentando-se para linguagem corporal que evidencia o sofrimento mental;
- Enfatizar a relação de confiança (estendendo-se a familiares);
- Ofertar medidas para aliviar a pressão emocional, que muitas vezes são subjacentes a estressores no “mundo interno” (privação do sono, ansiedade intensa, delírios) e do “mundo externo” (questões relacionais, econômicas).

A abordagem e tratamento terão robustez ao envolver o trabalho multidisciplinar, intersetorial e da RAPS, de modo a ofertar o paciente os cuidados no âmbito biopsicossocial. Uma importante sugestão é articulação de cuidados feita pelo técnico de referência (TR) equipe multiprofissional e do matriciamento como estratégia de cuidado.

Havendo melhora no quadro psicoemocional e estabilização na condição clínica do indivíduo, bem como a alta do serviço, o paciente deverá ser encaminhado para algum ponto de atenção da RAPS (CERSAM, CAPS, Atenção Primária à Saúde e demais Serviços de Saúde). Faz-se necessário o encaminhamento em forma de relatório de atendimento e contato telefônico prévio com a equipe de saúde que irá receber o paciente - também considerar o envio de e-mail institucional.

Quadro 6 - Fluxograma de atendimento



Fonte: OMS (2021).

9.9 REGISTRO EM PRONTUÁRIO

Os registros no prontuário permitem a comunicação efetiva entre todos dos membros da equipe de saúde envolvidos no cuidado ao paciente. A qualidade do registro favorece a preservação do indivíduo, uma vez que é evitado que ele tenha que repetir informações já ditas a cada abordagem profissional, minimizando, desse modo, a evocação de memórias traumáticas. Uma boa anamnese, com registro clínicos cotidianos satisfatórios, condutas e intervenções adotadas assertivas, qualificam o compartilhamento das informações clínicas. No Anexo III são elencadas algumas variáveis recomendadas no registro em prontuário do paciente com ideação suicida (OMS, 2014).

9.10 ESCUTA QUALIFICADA

Durante a escuta qualificada é importante permitir que o paciente expresse seus sentimentos, sem se preocupar em concordar ou discordar de suas ideias (Quadro 7). A escuta deve ser exercitada na prática clínica como ferramenta de essencial valor assistencial, pode ser realizada até em momentos da realização de procedimentos (infusão medicamentosa, sutura, curativos, etc.) ou corrida de leito (BERTOLOTE *et al.*, 2010).

Quadro 7 - Estratégias de comunicação com o paciente em comportamento suicida

COMO SE COMUNICAR	COMO NÃO SE COMUNICAR
Ouvir atentamente/com calma.	Interromper paciente com muita frequência
Demonstrar empatia com o paciente (entender seus sentimentos)	Demonstrar sentimento de muita emoção
Oferecer mensagens não verbais de aceitação e respeito.	Verbalizar preocupação
Expressar respeito pelas opiniões e pelos valores do paciente.	Fazer o problema parecer trivial
Conversar honestamente e com autenticidade.	Dizer simplesmente que “tudo vai ficar bem”
Demonstrar preocupação, cuidado e afeição.	Ser invasivo (fazer perguntas indiscretas)
Focar nos sentimentos da pessoa.	Emitir julgamentos (certo x errado), tentar doutrinar

Fonte: Adaptado de OMS (2020).

Ao lidar com alguns comportamentos de impulsividade, resistência, discordância com cuidados ofertados, indiferença à abordagem e dissimulação (paciente diz que está tudo bem, enquanto planeja o autoextermínio), o profissional pode sentir dificuldades no

estabelecimento de vínculo. O Quadro 8 traz alguns exemplos práticos acerca da comunicação como estratégia para o vínculo e minimização da tensão emocional do paciente.

Quadro 8 - Dicas de abordagem ao paciente em comportamento suicida

O QUE FAZER?	O QUE NÃO FAZER?
Ouvir, mostrar empatia, e ficar calmo: escuta ativa	Ignorar a situação
Ser afetuoso e dar apoio	Ficar chocado ou envergonhado e em pânico
Levar a situação a sério e verificar o grau de risco	Tentar se livrar do problema acionando outro serviço e considerar-se livre de qualquer ação
Perguntar sobre tentativas anteriores	Falar que tudo vai ficar bem, sem agir para que isso aconteça
Explorar outras saídas, além do suicídio	Desafiar a pessoa a continuar em frente
Perguntar sobre o plano de suicídio	Fazer o problema parecer trivial
Ganhar tempo – faça um contrato	Dar falsas garantias
Identificar outras formas de dar apoio emocional	Jurar segredo
Remover os meios pelos quais a pessoa possa se matar	Deixar a pessoa sozinha
Tomar atitudes, conseguir ajuda	
Se o risco é grande, ficar com a pessoa	

Fonte: Adaptado de OMS (2020)

Você não precisa ter todas as respostas. As pessoas muitas vezes relutam em intervir, por muitas razões, incluindo o medo de não saber o que dizer [...] e aqueles que passaram por episódio de pensamento suicida grave muitas vezes dizem que não estavam procurando um conselho específico, mas que a compaixão e a empatia dos outros ajudaram a mudar as coisas para eles e apontá-los para a recuperação.

Não tenha medo de perguntar ao indivíduo se ele tem pensamentos suicidas. A oferta de apoio e um ouvido atento são mais propensos a reduzir o sofrimento, em vez de agravá-lo

OMS, 2021

10. O SUICÍDIO E A DIVULGAÇÃO NA MÍDIA

É amplamente conhecido que os retratos da mídia sobre o suicídio e sua prevenção impactam a vida de outras pessoas. A Organização Mundial da Saúde recomenda que iniciativas e colaborações da mídia sejam práticas essenciais para a prevenção do suicídio (OMS, 2021).

Reportagens sensacionalistas sobre este assunto podem desencadear aumento do número de casos notificados, conhecido como Efeito *Werther* (vários suicídios passam a ocorrer após a ampla divulgação de um ato consumado). Portanto, é recomendável que a mídia evite retratar a ocorrência de casos de forma geral. Por outro lado, a divulgação de histórias com indivíduos que conseguiram lidar com a ideação suicida ou que demonstraram resiliência ao vivenciar o luto por suicídio pode reduzir a ideação suicida e o potencial suicídio. (OMS, 2021).

Os profissionais de saúde, em seus atendimentos, têm o compromisso de manter o sigilo profissional de acordo com seus respectivos códigos de ética e, além disso, contribuir para a conscientização da “não divulgação de métodos empregados para o suicídio, não divulgação de fotos da pessoa morta, ou cartas de despedidas” (CRPDF, 2020). Isso posto, os profissionais que atendem a pessoa vítima de TAE devem apropriar-se deste entendimento e assegurar-se da privacidade do cidadão nas unidades hospitalares e nos demais serviços de saúde.

11. USO DE ANTIDEPRESSIVOS E ANTICONVULSIVANTES: aumento do risco de TAE

Diversos estudos apontaram que em muitas mortes por suicídio e em tentativas de suicídio, os pacientes utilizavam regularmente medicamentos psicotrópicos. Isso despertou a atenção de autoridades e órgãos reguladores na área da saúde (FDA - *Food and Drug Administration* nos Estados Unidos, MHPRA - *Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency* do Reino Unido e ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária no Brasil), de maneira que classes de antidepressivos e determinados

anticonvulsivantes tiveram forte associação com o suicídio e com mortes violentas (SILVA, 2015 apud RAMELO, 2021).

Nos pacientes com quadro depressivo em uso de antidepressivos (*Bupropiona, Citalopram, Fluoxetina, Fluvoxamina, Mirtazapina, Nefazodona, Paroxetina, Sertralina e Venlafaxina*), verificou-se no início da terapia que ocorre diminuição da lentificação psicomotora e aumento dos níveis de energia, melhorando após semanas de tratamento. No entanto, pode persistir ainda os sentimentos de culpa, baixa autoestima, autodesvalorização e a ideação suicida. Por esta razão, no tratamento da depressão há uma fase precoce crítica durante a qual os pacientes devem ser cuidadosamente acompanhados em relação à ideação suicida, especialmente porque são tratados com fármacos que podem, eles mesmos, ser usados como método de suicídio, como por exemplo, utilização de altas doses (MITCHELL *et al.* 2013 apud RAMELO *et al.*, 2021).

Em 2008, a *Food and Drug Administration* (FDA) dos EUA publicou uma meta-análise, incluindo dados de 199 ensaios controlados por placebo de 11 medicamentos anticonvulsivantes. A FDA constatou que os pacientes que tomavam drogas anticonvulsivantes tinham aproximadamente o dobro do risco de comportamento suicida ou ideação (0,43 por 100) em comparação com pacientes que recebiam placebo (0,22 por 100). Posteriormente, a FDA exigiu nova rotulagem para todos os medicamentos anticonvulsivantes, incluindo um aviso sobre o aumento do risco de pensamentos e comportamentos suicidas. Medicamentos anticonvulsivantes podem ter efeitos psicotrópicos, incluindo mudanças de humor e comportamento. No entanto, não há uma compreensão clara de um possível mecanismo de ação que possa levar ao comportamento suicida em pacientes que tomam esses medicamentos. As teorias existentes, não são consistentes e muitas vezes derivam de pequenos ensaios geralmente realizados contra placebo em populações, principalmente incluindo pacientes epiléticos. Os medicamentos anticonvulsivantes considerados incluíam *Carbamazepina, Etosuximida, Feobamate, Gabapentina, Lamotrigina, Levetiracetam, Oxcarbazepina, Fenobarbital, Fenitoína, Pregabalina, Primidona, Tiagabina, Topiramato, Valproato e Zonisamida* (PATORNO *et al.*, 2010).

Para os casos acima é importante a avaliação de médicos especialistas. O uso da medicação deverá ser monitorado por profissionais de saúde mental. A avaliação de benefícios terapêuticos durante o uso de medicamentos é imprescindível junto a classificação de risco para o comportamento suicida (Anexo III). Alguns estudos

identificaram o risco de suicídio associado ao uso de antidepressivos e anticonvulsivantes por apresentação e classe medicamentosa individualmente. Contudo, tem relevância nas avaliações iniciais o questionamento clínico acerca de deflagradores medicamentosos para a TAE.

12. CONTEXTO FAMILIAR: avaliação e suporte

Todo suicídio é uma tragédia com impacto de longo alcance, duradouro e significativo sobre os indivíduos, famílias, locais de trabalho e comunidades (EVERYMIND, 2022). Em relação ao manejo, é importante frisar que um dos principais fatores de risco para o suicídio é a pessoa ter alguém próximo que tenha consumado o ato. Desse modo, familiares e amigos devem ser acompanhados de perto, quando na ocorrência de suicídio, afim de evitar o efeito contágio, que diz respeito a suicídios ou tentativas de suicídios no seio de um grupo ou de uma comunidade, em determinado período e espaço de tempo restritos, acarretados pelo primeiro evento (CRPDF, 2020).

A família deverá ser atendida pelo psicólogo da Unidade Assistencial, juntamente do assistente social, que deverão acolher a demanda psicoemocional, avaliar os agravos na saúde mental do familiar, registrar os atendimentos e realizar encaminhamentos para o serviço de saúde mental de referência (equipe de saúde da Atenção Primária ou do CAPS).

Familiares e amigos de pessoas mortas por suicídio também poderão estar vulneráveis devido ao sentimento de culpa, vergonha e estigmatização. Assim, a posvenção do suicídio - atividade relacionadas à ajuda e apoio às pessoas enlutadas após o suicídio - deve ser adotada como estratégia para pessoas que tentaram suicídio e para aqueles que foram enlutados por suicídio (Fluxograma 1) (OMS, 2021).

Na assistência a essas pessoas deve haver suporte fornecido pelos Serviços de Saúde, como também o acompanhamento liderado pela comunidade a grupos de sobreviventes de pessoas enlutadas por suicídio (em muitas localidades existe o recurso da terapia comunitária), grupos de autoajuda facilitados por pessoas com experiência de vida ou serviços voluntários (OMS, 2021).

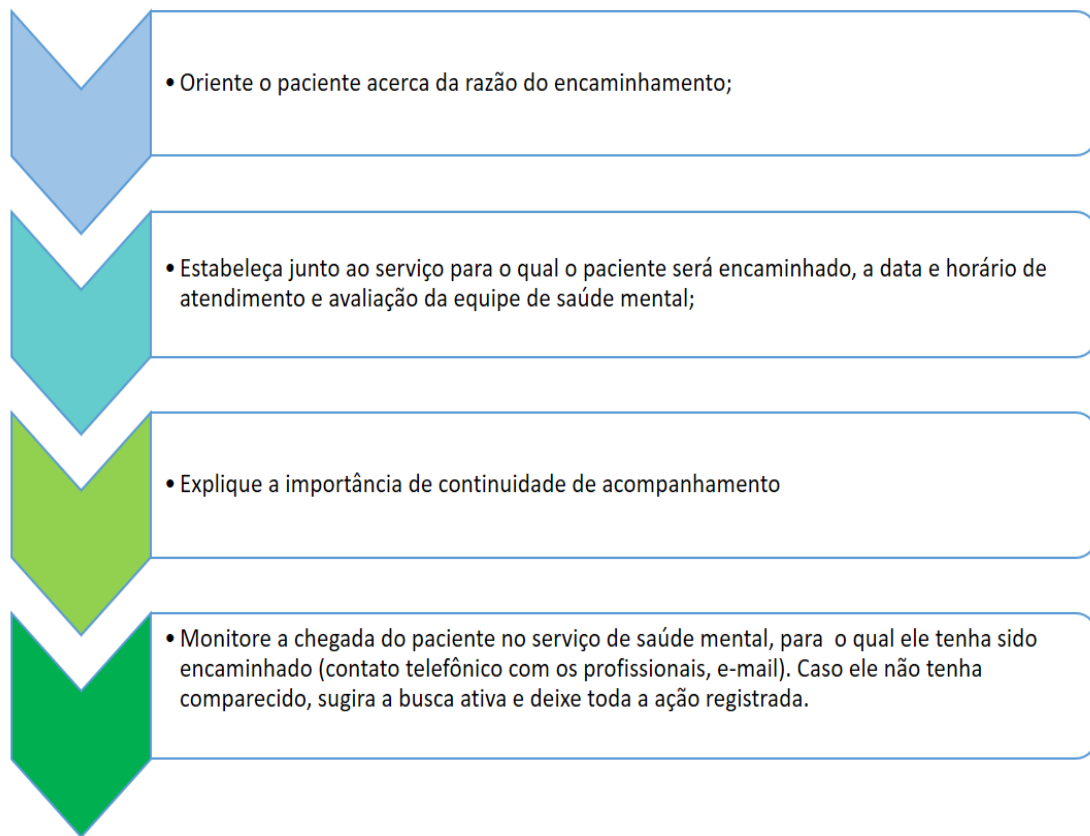
Muitas pessoas enlutadas pelo suicídio não apresentam sintomas psicopatológicos, no entanto, algumas delas necessitam de ajuda especializada. De outro

modo, a assistência não clínica após morte por suicídio, pode influenciar os resultados a longo prazo do luto. Por exemplo, o apoio e as informações ofertadas por profissionais da linha de frente, [...] (AUSTRALIAN, 2017). Como resultado, a pós-venção foi identificada como um componente valioso na prevenção do suicídio uma vez que famílias enlutadas e amigos de pessoas que morreram por suicídio também requerem cuidados e apoio (OMS, 2014b).

13. ENCAMINHAMENTO PARA A RAPS MEDIANTE A ALTA HOSPITALAR

Na preparação para alta seja do hospital ou de outros serviços de saúde, o Técnico de Referência (TR) realiza contato com serviço de referência em saúde mental na área de abrangência: encaminha orientações via e-mail institucional, contato telefônico, cópia do encaminhamento por meio de relatório com o paciente e/ou familiar. Lembrando que em casos mais complexos existe o recurso de matriciamento. Na figura 5 são elencados 4 enunciados importantes para o encaminhamento

Figura 5 - Enunciados para encaminhamento



Fonte: Adaptado BRASIL (2013).

14. COMO PROCEDER EM SITUAÇÕES DE TENTATIVAS DE SUICÍDIO DENTRO DO SERVIÇO DE SAÚDE

A tentativa de suicídio em serviços de saúde tende a ser por métodos que envolvem enforcamentos (com uso de carregadores de celulares, lençóis, comprimidos, cortes com objetos pontiagudos/perfucorocortantes, chaves, lançar-se de alturas, ou até mesmo o uso de armas letais). Desse modo, a equipe deverá estar preparada para lidar com a ocorrência, pois, a situação pode envolver tanto o paciente que ameace provocar autolesão, como o que já tenha consumado a autolesão com a finalidade de óbito. Havendo desfecho favorável com o resgate e salvamento do paciente na TAE, ele deverá ser transportado a uma sala de emergência e/ou setor onde os primeiros socorros possam ser realizados para tratar as complicações de possíveis lesões.

14.1 DIANTE DE AMEAÇA DA AUTOLESÃO

A equipe se mobiliza e escolhe o profissional para abordar o paciente, preferencialmente o que já tenha algum vínculo próximo nos atendimentos. O Quadro 9 estabelece algumas orientações quanto a abordagem ao paciente diante de ameaça da autolesão:

Quadro 9 – Orientações quanto a abordagem em casos de TAE

1. Peça permissão para aproximar-se, sem comprometer a segurança de todos os envolvidos, e a do paciente;
2. Verifique a segurança no ambiente: remova os objetos que possam oferecer algum risco a integridade de todos, permitir que o paciente tenha espaço adequado e deixar o local/cena mais acessível a equipe;
3. Posicione-se estrategicamente, enquanto abordador, estando com a atenção do paciente voltada para si;
4. Cuide para que não tenha muitas pessoas falando ao mesmo;
5. Planeje ação com um grupo de 5 pessoas estrategicamente posicionadas, que deverão intervir somente quando acionadas pelo abordador, (nos casos de contenção física como medida protetiva);
6. Acione a equipe do corpo de bombeiros, segurança pública caso o paciente esteja portando armas de fogo, objetos pontiagudos; também nas situações em que pacientes alcancem áreas que envolva grande perigo: ameaça de se jogar de alturas no prédio hospitalar;
7. Esvazie o local, retirando pacientes, familiares e grupos de trabalhadores que não estejam envolvidos na abordagem direta.

Fonte: FHEMIG (2022).

O formulário do SINAN (Anexo I) deverá ser preenchido pelo profissional de saúde na ocorrência de ameaça seguida de tentativa de autolesão. Ressalte-se a importância dos registros necessários de avaliações, intervenções e acompanhamento no prontuário do paciente. É preciso constar, no mínimo, os registros do médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem, psicologia e assistente social (Anexo IV). O enfermeiro responsável preenche os campos de notificação de evento adverso no prontuário eletrônico (TASY) e informa a coordenação e/ou gerência da unidade.

14.2 SUICÍDIO COMPLETO DENTRO DO HOSPITAL

O suicídio é classificado como morte violenta, e há casos em que pode ser considerado morte suspeita. Morte violenta “tem como causa desencadeante uma determinada força externa. Incluem-se o homicídio, o suicídio e o acidente”. Enquanto que a morte suspeita, é considerada como aquela em o corpo é encontrado com “indícios que impedem de descartar uma morte violenta, como, por exemplo, presença de ferimentos, possibilidade de intoxicação etc.” Em ambas as situações são “denominadas de mortes médico-legais, pois envolvem interesse médico e da justiça”. Desse modo, havendo o suicídio completo dentro da unidade hospitalar, a polícia deve ser chamada, bem como as coordenações e direção da unidade deverão ser comunicadas imediatamente pela equipe assistencial. Além disso, o corpo deve ser necessariamente, encaminhado para o IML para os procedimentos de necropsia, e também para a emissão do atestado de óbito pelo médico legista. Nas localidades em que não houver IML, “o poder judiciário irá determinar um médico perito eventual para analisar o corpo” (BRASIL, 2019, p. 2).

O suicídio completo no serviço de saúde é um acontecimento extremamente trágico e certamente deixará a equipe perplexa em meio às tomadas de decisões devido aos abalos psicoemocionais. As condutas adotadas pela equipe visam o acolhimento apropriado aos demais pacientes e familiares do paciente em óbito por suicídio. No Quadro 10 estão descritos alguns passos importantes a serem seguidos por cada profissional.

Quadro 10 - Atribuições de profissionais na ocorrência de suicídio no serviço de saúde

Médico	<ul style="list-style-type: none">• Ao constatar o óbito, deve auxiliar a equipe para comunicação a autoridade policial (para procedimentos de perícia) e auxilia no fluxo de encaminhamento do corpo para o IML, de modo que a DO seja emitida pelo médico legista.• Auxiliar no isolamento da área;• Comunicar o óbito aos familiares que estiverem presentes;• Fornecer informações necessárias a autoridade policial;• Evoluir no prontuário do paciente;• Avaliar condição de outros pacientes que presenciaram a ocorrência do suicídio.
---------------	---

Enfermeiro(a)	<ul style="list-style-type: none"> • Acionar a equipe de segurança e isolar o local da cena em que ocorreu o suicídio; • Providenciar a colocação de biombos para isolamento visual e cobertura corpo com lençol; • Direcionar o cuidado assistencial aos demais pacientes instalados no local; • Orientar aos demais membros da equipe e não retirar objetos do local para que não haja alteração da cena até a liberação da polícia/perícia; • Preencher o formulário de notificação de evento adverso e o encaminhar a coordenação do setor; • Acolher os familiares da vítima de suicídio que estiverem no local: levando-os para um local reservado para o atendimento, médico, psicológico e do serviço social; • Fornecer informações necessárias a autoridade policial; • Comunicar a diretoria de enfermagem e coordenação de equipe.
Técnico (a) e Auxiliar de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> • Auxiliar o enfermeiro em todo o preparo e isolamento da cena onde ocorreu o suicídio; • Realizar a transferência dos pacientes e acompanhantes para as outros setores e/ou enfermarias – cuidando dos indicadores de segurança (identificação correta alteração de leitos, enfermarias); • Manter a oferta dos cuidados clínicos em enfermagem aos demais pacientes internados no setor, mantendo a serenidade e zelo pelas medidas de conforto ambiental aos demais pacientes no serviço de saúde • Fornecer informações necessárias a autoridade policial.
Psicólogo (a)	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar contato inicial com familiares e/ou responsáveis pelo paciente, acompanhar o profissional médico no momento em que ele informará sobre a ocorrência e ocasião do óbito; • Acompanhar a família conforme as demandas que se apresentarem no campo da psicologia; • Acompanha o preenchimento coletivo do formulário de notificação do SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação – em formulário próprio, juntamente com a equipe assistente, certificando-se de que o formulário acompanhe o prontuário até a alta do paciente, seguindo fluxo interno.
Assistente Social	<ul style="list-style-type: none"> • Localizar e entrar em contato com familiares/responsáveis ausentes e solicitar sua presença ao hospital. Se pertinente/necessário entra em contato com a rede sócio assistencial de abrangência da moradia do paciente;

	<ul style="list-style-type: none"> • Conferir se houve o contato com a Polícia Militar do Estado de Minas Gerais para elaboração de boletim de ocorrência; • Orientar os familiares quanto aos procedimentos a serem realizados pela autoridade policial, esclarecer a rotina do funcionamento quanto ao preparo e liberação do corpo pelo serviço de saúde para serviços de funerária; • Acolher a família do paciente: orientar sobre as questões burocráticas/ documentais referentes ao óbito: emissão da declaração de óbito e registro no cartório, trâmites para realização do sepultamento. Orientar sobre a gratuidade de sepultamento para famílias com hipossuficiência de renda e realizar os encaminhamentos para garantia deste direito; • Orientar a família sobre os direitos assistenciais/ previdenciários em virtude do falecimento do ente: identificação de dependentes e qualidade de segurado no INSS para requerimento de pensão por morte ou orientação sobre acesso a benefícios assistenciais, haja vista a diminuição da renda familiar. • Identificar possíveis situações/violações intra familiares que possam ter motivado o suicídio. E caso identifique essa situação, acionar a rede de proteção sócio assistencial/ saúde e orientar a família a procurar os órgãos competentes para fins criminais.
A Comissão de Morbimortalidade / Núcleo de Segurança do Paciente:	<ul style="list-style-type: none"> • Notifica o ocorrido no sistema NOTIVISA em 24 horas; • Realiza a investigação das causas / falhas no cuidado que levaram ao evento; • Envia à alta direção a conclusão da análise em até 45 dias após o evento para relatório final.

Fonte: BRASIL, 2011

14.3 A COMISSÃO DE MORBIMORTALIDADE/ NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

- Notifica o evento no Sistema NOTIVISA em 24 horas;
- Realiza a investigação das causas/ falhas no cuidado que levaram ao evento;
- Envia à diretoria a conclusão final (relatório) em até 45 dias.

14.4 ABORDAGEM MULTISSETORIAL

A ação multissetorial é descrita como uma abordagem de “toda a sociedade”. Os esforços de prevenção do suicídio exigem coordenação e colaboração entre vários setores da sociedade: saúde, educação, trabalho, agricultura, negócios, justiça, direito, defesa, política e mídia. Esses esforços devem ser abrangentes e integrados, pois nenhuma abordagem isolada pode causar impacto em uma questão tão complexa quanto o suicídio (OMS, 2021).

15.1 CENTRO DE VALORIZAÇÃO DA VIDA (CVV)

O serviço define-se como “uma sociedade civil sem fins lucrativos, de caráter filantrópico, tendo sido reconhecida como de Utilidade Pública Federal pelo Decreto de lei nº 73.348, de 20/12/1973” (MARTINS, 2016).

Conforme divulgação da própria Entidade o CVV “realiza apoio emocional e prevenção do suicídio, atendendo voluntária e gratuitamente todas as pessoas que querem e precisam conversar, sob total sigilo por telefone (188), e-mail e chat 24 horas todos os dias” – (veja o site: <https://www.cvv.org.br/>).

15.2 REDES DE PROTEÇÃO E SUPORTE COMUNITÁRIO

A OMS tem enfatizado a rede de proteção em saúde mental e a prevenção do suicídio através do suporte comunitário, onde pessoas que convivam com o indivíduo em potencial risco para o suicídio saibam lidar com o oferecimento de apoio, orientações e intervenções importantes para as ações de prevenção. Isso pode ser possível com o reconhecimento do risco de suicídio e suas formas de prevenção, escuta e diálogo nas situações de crise, orientação ou mesmo condução das pessoas aos serviços de saúde, bem como de continuidade no oferecimento do suporte social. Dessa forma, a OMS recomenda que pessoas na comunidade sejam treinadas acerca da identificação e prevenção do suicídio, além de conhecer a Rede de Serviços que atendam o indivíduo. Mesmo não sendo profissionais da área da saúde, vários cidadãos podem salvar muitas vidas, haja

vista as posições estratégicas que possam ocupar, seja como lideranças comunitárias ou religiosas, professores, porteiros de condomínios, cabelereiros, atendentes de bares, taxistas entre outros (OMS, 2021).

REFERÊNCIAS

- BERG, SH; RORVEIT, K; AASE, K. **Suicidal patients experiences regarding their safety during psychiatric in-patient care: a systematic review of qualitative studies.** *BMC Health Serv Res.* v. 17, p.73, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28114936>. Acesso em: 03 set. 2022.
- BERTOLETE, José Manoel; SANTOS, Carolina de Mello; BOTEAGA, Neury José. **Deteção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica.** *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 32, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/tF7BMYsc7sT53qQd5hWrPt/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 out. 2022
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Guia prático de matriciamento em saúde mental.** Brasília, DF]: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica – Saúde Mental** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 148, 31 de janeiro de 2012.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, jan. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde. **Práticas ética e legais no enfrentamento da morte.** Brasília: UNA-SUS, 2019. Disponível em: <https://moodle.unasus.gov.br/vitrine29/mod/page/view.php?id=2872> Acesso em 21 de ago 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil.** Boletim Epidemiológico. Brasília: v. 52, set. 2021. Disponível em: www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos. Acesso em: 20 set. 2022.
- CAPACITASUAS/PE. **Enfrentamento ao suicídio – desafios para a atuação em Rede.** Disponível em: <https://www.sigas.pe.gov.br/files/07302018083921-suicidio.texto.modulo.03.pdf>. Acesso em: 06 out. 2022.
- CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DO DISTRITO FEDERAL. **Orientações para a atuação profissional frente a situações de suicídio e automutilação.** Organizado pela Comissão Especial de Psicologia na Saúde do CRP 01/DF. Brasília: CRP, 2020.
- DONALD, MC *et. al.* **Trends in method-specific suicid in Brazil from 2000 to 2017.** *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, v.10, p. 1779-1790, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33782727>. Acesso em: 27 set. 2022.

EVERYMIND (2022). **National Communications Charter: A unified approach to mental health and suicide prevention**. Australia, 2022. Disponível em: https://lifeinmindaustralia.imgix.net/assets/src/uploads/EM-0046_National_Communications_Charter_digital_110221-July-22.pdf. Acesso em: 24 out. 2022.

FERREIRA, KG; GONÇALVES, MV. **Suicídio e a prática da Terapia Ocupacional: reflexões de estudantes de um curso de graduação**. Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup. Rio de Janeiro. 2018. Disponível em: <file:///C:/Users/m13058987/Downloads/14716-37877-1-PB.pdf> . Acesso em: 06 de mar. 2023.

GOULD MS *et al.* **Impact of Applied Suicide Intervention Skills Training on the National Suicide Prevention Lifeline published correction appears in Suicide Life Threat Behav.** v. 2, p. 260, 2015. Suicide Life Threat Behav. 2013;43(6). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23889494/>. Acesso em: 25 out. 2022.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR SUICIDE PREVENTION (IASP). **World Suicide Prevention Day – Take time to Reach out**. IASP Special Interest Group on Suicide & The Workplace: 2019. Disponível em: www.iasp.info/wspd. Acesso em: 24 out. 2022.

LEO, Diego *et al.* Australian Institute for Suicide Research and Prevention & Postvention Australia (2017) Postvention Australia Guidelines: **A resource for organisations and individuals providing services to people bereaved by suicide**. Brisbane: Australian Institute for Suicide Research and Prevention. Disponível em: <https://lifeinmind.org.au/about-suicide/postvention/postvention-australia-guidelines>. Acesso em: 24 out. 2022.

MARTINS, Isis Ribeiro. **Moralidades e atos de fala em serviços de apoio emocional: modalidades laicas da confissão e do testemunho?** Dossiê Testemunho, Relig. Soc. Dez 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rs/a/KpqyxbZyfqbvqsRy7g7yfrK/?lang=pt> . Acesso em 06 de mar. 2023.

MEERWIJK, EL *et. al.* **Suicide theory-guides natural language processing of clinical progress notes to improve prediction of veteran suicide risk: protocol for a mixed-method study**. *BMJ Open*. 2022;12022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36002210/>. Acesso em: 10 out. 2022.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção do suicídio: um manual para médicos clínicos gerais**. Genebra: OMS, 2000a. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_gp_port.pdf. Acesso em: 24 out. 2022.

OMS (2014). **Prevenção do suicídio: um imperativo global**. Genebra: Organização Mundial da Saúde. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779> . Acesso em 24 out. 2022.

OMS (2011). **Prevenção do suicídio: um recurso para registro de casos de suicídio**. Genebra: Organização Mundial da Saúde. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44757/9789241502665_eng.pdf . Acesso de 24 de out 2022.

OMS (2014b). **Prevenção do suicídio: um recurso para registro de casos de comportamento suicida não fatal**. Genebra: Organização Mundial da Saúde. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31166/9789275119198-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> . Acesso em 24 de out de 2022.

OMS (2020). **Estimativas de Saúde Global 2019: mortes por causa, idade, sexo, por país e por região, 2000–2019**. Genebra: Organização Mundial da Saúde. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643> . Acesso em 24 de out 2022.

OMS (2021). **VIVER A VIDA: um guia de implementação para a prevenção do suicídio nos países**. Genebra: Organização Mundial da Saúde. Disponível em: <https://www.paho.org/en/documents/live-life-implementation-guide-suicide-prevention-countries> . Acesso em 24 de out 2022.

OMS (2022). **Prevenção ao suicídio: um manual para profissionais da mídia**. Genebra: OMS, 2000b. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_media_port.pdf. Acesso em: 24 de out. de 2022.

PATORNO E, BOHN RL, WAHL PM, ET AL. **Anticonvulsant Medications and the Risk of Suicide, Try Suicide, ou Violent Death**. *JAMA*. 2010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20388896/> Acesso em: 24 de out. 2022

RAMELO, B. C. et al. **AVALIAÇÃO DO USO DE ANTIDEPRESSIVOS E SUA RELAÇÃO COM A INCIDÊNCIA DE SUICÍDIO**. *Revista Ensaios Pioneiros*, v. 5, n. 1, p. 61-71, 2021. Disponível em: [file:///C:/Users/m13058987/Downloads/12-11-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/m13058987/Downloads/12-11-PB%20(1).pdf) Acesso: 28 out. 2022.

RUCHKERT, Monique Lauermann Tassinari *et al.* **Suicídio: a importância de novos estudos de posvenção no Brasil**. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 2019. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbtc/v15n2/v15n2a02.pdf> Acesso em 16 de jun 2023.

VOLKMERK, Andrea *et. al.* **Guia Intersetorial de Prevenção do Comportamento Suicida em Crianças e Adolescentes**. Porto Alegre: 2019.

WANSING *et al.* **Ferramentas de gestão de risco na segurança do paciente suicida em emergências hospitalares**. Brasil, 2023. Disponível em: <file:///C:/Users/PC/Downloads/39776-Article-427502-1-10-20230111.pdf> . Acesso em 10 mar. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing suicide a resource for police, firefighters and other first line responders**. WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland: 2009.

Anexo I – Ficha de Notificação de Agravos

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL		Nº							
Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/trafamiliar, 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		VIOÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA							
	3	Código (CID10)		Y09							
	4	UF	5	Município de notificação	Código (IBGE)						
Dados Gerais	6	Unidade Notificadora			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	8	Data da ocorrência da violência					
	8	Unidade de Saúde		Código (CNES)	9	Data da ocorrência da violência					
	10	Nome do paciente		11	Data de nascimento						
Notificação Individual	12	(ou) Idade	13	Sexo	14	Gestante	15	Raça/Cor			
	16	Escolaridade									
	17	Número do Cartão SUS		18	Nome da mãe						
	19	UF	20	Município de Residência	Código (IBGE)	21	Distrito				
Dados de Residência	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	Pais (se residente fora do Brasil)					
	33	Nome Social					34	Ocupação			
Dados da Pessoa Atendida	35	Situação conjugal / Estado civil					36	Orientação Sexual	37	Identidade de gênero	
	38	Possui algum tipo de deficiência/ transtorno?					39	Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno?			
	40	Local de ocorrência					41	Município de ocorrência			
	42	Distrito					43	Bairro			
Dados da Ocorrência	44	Logradouro (rua, avenida,...)					45	Número			
	46	Complemento (apto., casa, ...)					47	Geo campo 3			
	48	Geo campo 4					49	Ponto de Referência			
	50	Zona					51	Hora da ocorrência			
52 Local de ocorrência											
53 Ocorreu outras vezes?											
54 A lesão foi autoprovocada?											

SVS 15.06.2015

Violência	65 Essa violência foi motivada por: <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: 0.8em;"> 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 88-Não se aplica 99-Ignorado </div>		
	66 Tipo de violência <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: 0.8em;"> <div> 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Trabalho infantil </div> <div> 67 Meio de agressão <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: 0.8em;"> 1- Sim 2- Não 9- Ignorado </div> <input type="checkbox"/> Força corporal/ espancamento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/ Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento, Intoxicação <input type="checkbox"/> Outro </div> </div>		
Violência Sexual	68 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: 0.8em;"> 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado </div> <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outros		
	69 Procedimento realizado <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: 0.8em;"> 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado </div> <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		
Dados de provável autor da violência	60 Número de envolvidos 1- Um <input type="checkbox"/> 2- Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/>	61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: 0.8em;"> 1- Sim 2- Não 9- Ignorado </div> <div style="display: flex; flex-wrap: wrap; font-size: 0.8em;"> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(s) </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional </div> </div>	62 Sexo do provável autor da violência 1- Masculino <input type="checkbox"/> 2- Feminino <input type="checkbox"/> 3- Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/>
	63 Suspeita de uso de álcool 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/>		
Encaminhamento	64 Ciclo de vida do provável autor da violência: <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: 0.8em;"> 1-Criança (0 a 9 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) 2-Adolescente (10 a 19 anos) 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) 9-Ignorado </div>		
	65 Encaminhamento: <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: 0.8em;"> <div> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras) <input type="checkbox"/> Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) <input type="checkbox"/> Rede da Educação (Creche, escola, outras) <input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar </div> <div> <input type="checkbox"/> Conselho do Idoso <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso <input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente </div> <div> <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Justiça da Infância e da Juventude <input type="checkbox"/> Defensoria Pública </div> </div>		
Dados finais	66 Violência Relacionada ao Trabalho 1- Sim 2- Não 9- Ignorado	67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado	68 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX
	69 Data de encerramento		
Informações complementares e observações			
Nome do acompanhante _____ Vínculo/grau de parentesco _____ (DDD) Telefone _____			
Observações Adicionais:			

TELEFONES ÚTEIS			
Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS 136		Disque Direitos Humanos 100	
Central de Atendimento à Mulher 180			
Notificador	Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde/CNES
	Nome	Função	Assinatura
Violência interpessoal/autoprovocada		Sinan	SVS 15.06.2015

Anexo II - Escala de avaliação de risco de suicídio e sugestão de conduta para profissionais de saúde sugerida pela OMS

Risco de suicídio	Sinal/Sintoma	Investigação	Conduta
0	Nenhuma perturbação nem desconforto.	-	-
1	Leve perturbação emocional.	Indague sobre ideação suicida.	Ouçá com empatia.
2	Ideias vagas de morte.	Indague sobre ideação suicida.	Ouçá com empatia.
3	Ideias vagas de suicídio	Investigue intenção (plano e método).	Investigue as possibilidades de apoio.
4	Ideias de suicídio, sem transtorno mental.	Investigue intenção (plano e método).	Investigue as possibilidades de apoio.
5	Ideias de suicídio, com transtorno mental ou estressor social grave.	Investigue intenção (plano e método). Estabeleça um contrato	Encaminhe para cuidados psiquiátricos.
6	Ideias de suicídio, com transtorno mental ou estressor social grave ou agitação e tentativa prévia	Não deixe o paciente sozinho (para impedir acesso a meios de suicídio).	Hospitalize

Fonte: Bertolote *et al.* (2010)

Anexo III - Recomendação de dados relevantes nos registros em prontuário

Identificação do paciente:	
Idade:	Sexo:
Estado civil:	
Nacionalidade:	Pais de origem:
Etnia: heterossexual, bissexual, pansexual, assexual)	Orientação sexual: (homossexual, Identidade de gênero: (cisgênero, transgênero e não-binário)
Local da residência:	
Situação de emprego no momento do comportamento suicida:	
Histórico de transtorno mental:	
Uso de drogas:	
Dor crônica e/ou doença física:	
Método utilizado para a tentativa do suicídio:	(utilize também os códigos CID, conforme descrito no item – busca de dados)
Letalidade do método: (descrição dos agravos na saúde, sequelas...)	
Tempo de comportamento suicida:	
História de comportamento suicida (tentativas anteriores de suicídio):	
Declaração sobre intenção de morrer, e eventualmente, outras intenções:	
Sofrimento emocional agudo (rompimento de relacionamento, discórdia familiar, perda de emprego, dificuldades financeiras,	
Suicídio na família:	
Conhecimento de comportamento suicida em pares/amigos:	
Conhecimento de comportamento suicida na internet ou outros meios de comunicação:	

Fonte: OMS, 2014.

Anexo IV - Exemplo de sequência de registro nos casos de óbito por suicídio no hospital, baseado no formulário indicado pela OMS, 2014

Data de registro do caso:	
Nome:	Data de nascimento:
Número de identificação do caso:	
Idade:	
Endereço residencial:	
Sexo:	
Data e horário da ocorrência:	
Hora da morte:	
Local encontrado:	
Método do suicídio utilizado (de acordo com os códigos da CID-10):	
Descrição do método de suicídio:	
Há evidências de uma nota de suicídio ou intenção escrita de morrer?: __Não __Sim:	
Descrição das evidências:	
O falecido fez uma declaração verbal indicando a intenção de morrer? __Não __Sim	
Descrição das provas do óbito por suicídio:	

Fonte: Adaptado da OMS (2020).