



SECRETARIA DA SAÚDE

PROTOCOLO CLÍNICO PARA MANEJO DA CRISE SUICIDA

**PREFEITURA MUNICIPAL DE HORTOLÂNDIA
ATENÇÃO PRIMÁRIA
2025**



SECRETARIA DA SAÚDE

JOSÉ NAZARENO GOMES
PREFEITO

CARLOS AUGUSTO CÉSAR
VICE-PREFEITO

DENIS ANDRÉ JOSÉ CRUPE
SECRETÁRIO MUNICIPAL DA SAÚDE

JENNIFER BAZILIO
SECRETÁRIA ADJUNTA DA SAÚDE

CILENE APARECIDA DE OLIVEIRA MANTUAN
DIRETORA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

CHRISTIANE FONSECA DA SILVA
CHEFE DE DIVISÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

JULIANA DAVOLI STURARO
CHEFE DE DIVISÃO -GESTÃO DO CUIDADO INTEGRAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

ANDREA CARMONA ROVAGNELLI
APOIADORA TÉCNICA DA PSICOLOGIA/SAÚDE MENTAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

PREFEITURA MUNICIPAL DE HORTOLÂNDIA
ATENÇÃO PRIMÁRIA
2025



SECRETARIA DA SAÚDE

REVISÃO E ELABORAÇÃO:

JULIANA DAVOLI STURARO

**CHEFE DE DIVISÃO - GESTÃO DO CUIDADO INTEGRAL DO
DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA E
GESTÃO DO CUIDADO INTEGRAL**

ANDREA CARMONA ROVAGNELLI

PSICÓLOGA

**APOIADORA TÉCNICA DA PSICOLOGIA/SAÚDE MENTAL DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA**

APOIADORA INSTITUCIONAL DE TERRITÓRIO

CONCEITOS

CRISE SUICIDA: trata-se de um processo vivenciado pelo indivíduo, onde sentimentos de sofrimento, angústia e desesperança estão intensamente presentes, podendo incluir ideação, pensamento, planejamento e execução de atos para tirar a própria vida.

IDEAÇÃO SUICIDA: envolve pensamentos sobre tirar a própria vida ou estar morto, compreendendo nuances que vão desde pensamentos passageiros de que a vida não vale a pena ser vivida, até preocupações intensas e questionamentos sobre viver ou morrer. É um importante sinalizador de sofrimento psíquico e de risco de suicídio.

PLANEJAMENTO SUICIDA: plano de como executar sua própria morte. Pode incluir métodos, locais, datas, providências. Em contextos de maior impulsividade, as tentativas podem ocorrer mesmo sem planejamento.

TENTATIVA DE SUICÍDIO: situações em que o indivíduo se autoagride com a intenção de tirar a própria vida, utilizando um meio que acredita ser letal, sem resultar em óbito.

SUICÍDIO: ato deliberado de tirar a própria vida, com desfecho fatal.

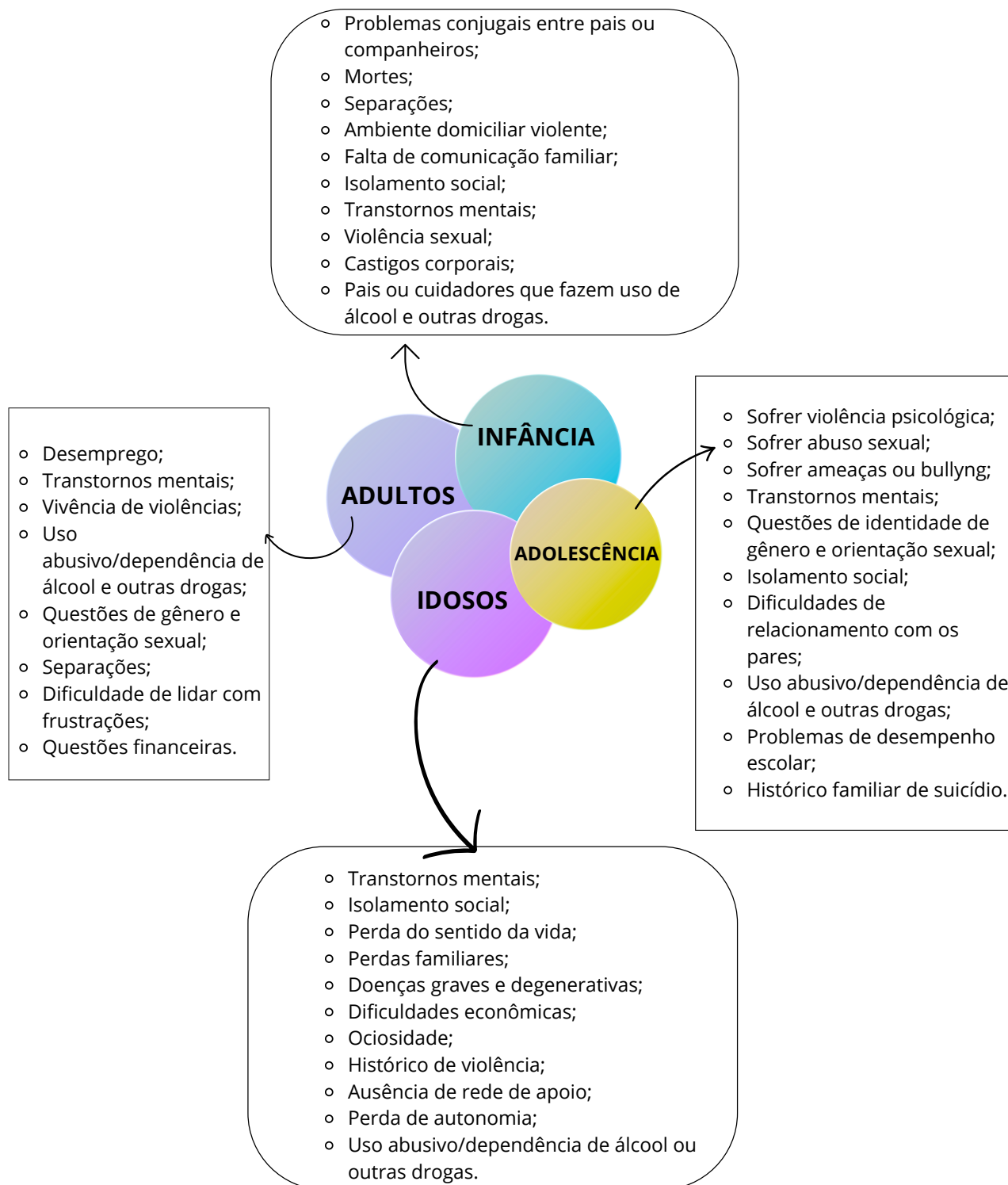
AUTOAGRESSÃO: qualquer ato intencional de autolesão que cause dano a si mesmo, sem intenção de morte. Comportamento observado em crianças e adolescentes com o objetivo de controlar e/ou aliviar uma dor emocional.

No Brasil, desde 2003, o mês de setembro passou a ser dedicado à prevenção do suicídio - Setembro Amarelo.

FATORES DE RISCO

SÓCIO DEMOGRÁFICO	• Sexo masculino; • Adultos jovens (19 a 49 anos) e idosos; • Estado civil: viúvos divorciados e solteiros (principalmente homens); • Orientação sexual homossexual ou heterossexual; • Ateus, protestantes tradicionais, judeus; • Grupos étnicos minoritários.
TRANSTORNOS MENTAIS	• Tentativa de suicídio pregressa; • Depressão, Transtorno Afetivo Bipolar, abuso/dependência de álcool e de outras drogas, Esquizofrenia, Transtornos de Personalidade; • Histórico familiar de doença mental; • Falta de tratamento ativo e continuado em saúde mental; • Ideação ou plano suicida; • Histórico familiar de suicídio.
FATORES PSICOSSOCIAIS	• Abuso físico ou sexual; • Perda ou separação dos pais na infância; • Instabilidade familiar; • Ausência de Rede de apoio; • Isolamento social; • Perda afetiva recente; • Acontecimentos estressantes; • Datas importantes (reações de aniversários); • Desemprego; • Aposentadoria; • Violência doméstica; • Desesperança e desamparo; • Ansiedade intensa; • Vergonha, humilhação, bullying; • Baixa autoestima; • Traços de personalidade: impulsividade, agressividade, perfeccionismo, labilidade de humor; • Rigidez cognitiva; • Pouca flexibilidade para enfrentar adversidades; • Alta recente de internação psiquiátrica; • Desilusão amorosa; • Separação conjugal; • Derrocada financeira; • Perda de emprego
OUTROS	• Acesso a meios letais (armas de fogo, venenos); • Doenças físicas incapacitantes, estigmatizantes, dolorosas e terminais; • Estados confusionais orgânicos; • Falta de adesão aos serviços de saúde mental.

Os fatores de risco também podem ser compreendidos em sua relação com a fase da vida em que o indivíduo se encontra:



FATORES DE PROTEÇÃO

CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDADE	• Flexibilidade cognitiva; • Disposição para aconselhar-se em caso de decisões importantes; • Disposição para buscar ajuda; • Habilidade para se comunicar; • Capacidade para avaliar a realidade; • Habilidade para solucionar problemas da vida.
ESTRUTURA FAMILIAR	• Bom relacionamento interpessoal; • Senso de responsabilidade em relação à família; • Presença de crianças pequenas em casa; • Pais atenciosos e presentes; • Apoio da família em situações de necessidade.
ASPECTOS SOCIOCULTURAIS	• Integração e bons relacionamentos em grupos sociais; • Adesão a valores e normas socialmente compartilhados; • Prática de uma religião; • Práticas coletivas (esportes, atividades culturais e artísticas); • Rede social que oferece apoio prático e emocional; • Estar empregado; • Disponibilidade e acesso a serviços de saúde mental.
OUTROS	• Gravidez e puerpério; • Boa qualidade de vida; • Regularidade do sono; • Boa relação terapêutica.

AVALIAÇÃO DE RISCO

IDENTIFICAR PENSAMENTOS DE MORTE	Avaliar a existência de pensamentos de morte e sentimentos de desamparo e desesperança.
AVALIAR IDEAÇÃO SUICIDA	No caso da pessoa mencionar tentativas anteriores, é importante conversar sobre esses fatos, investigando-os em relação ao período em que ocorreu, métodos utilizados, contextos de vida e desfecho.
AVALIAR PLANEJAMENTO SUICIDA	Avaliar a existência e estruturação do planejamento suicida. Avaliar acesso aos meios letais.
RECONHECER IMPULSIVIDADE E GATILHOS	Avaliar a forma como o indivíduo se posiciona diante de dificuldades da vida. Avaliar possíveis gatilhos que possam desencadear comportamentos de impulsividade.
IDENTIFICAR FATORES DE PROTEÇÃO	Levar o indivíduo a valorizar os fatores relacionados a autopreservação

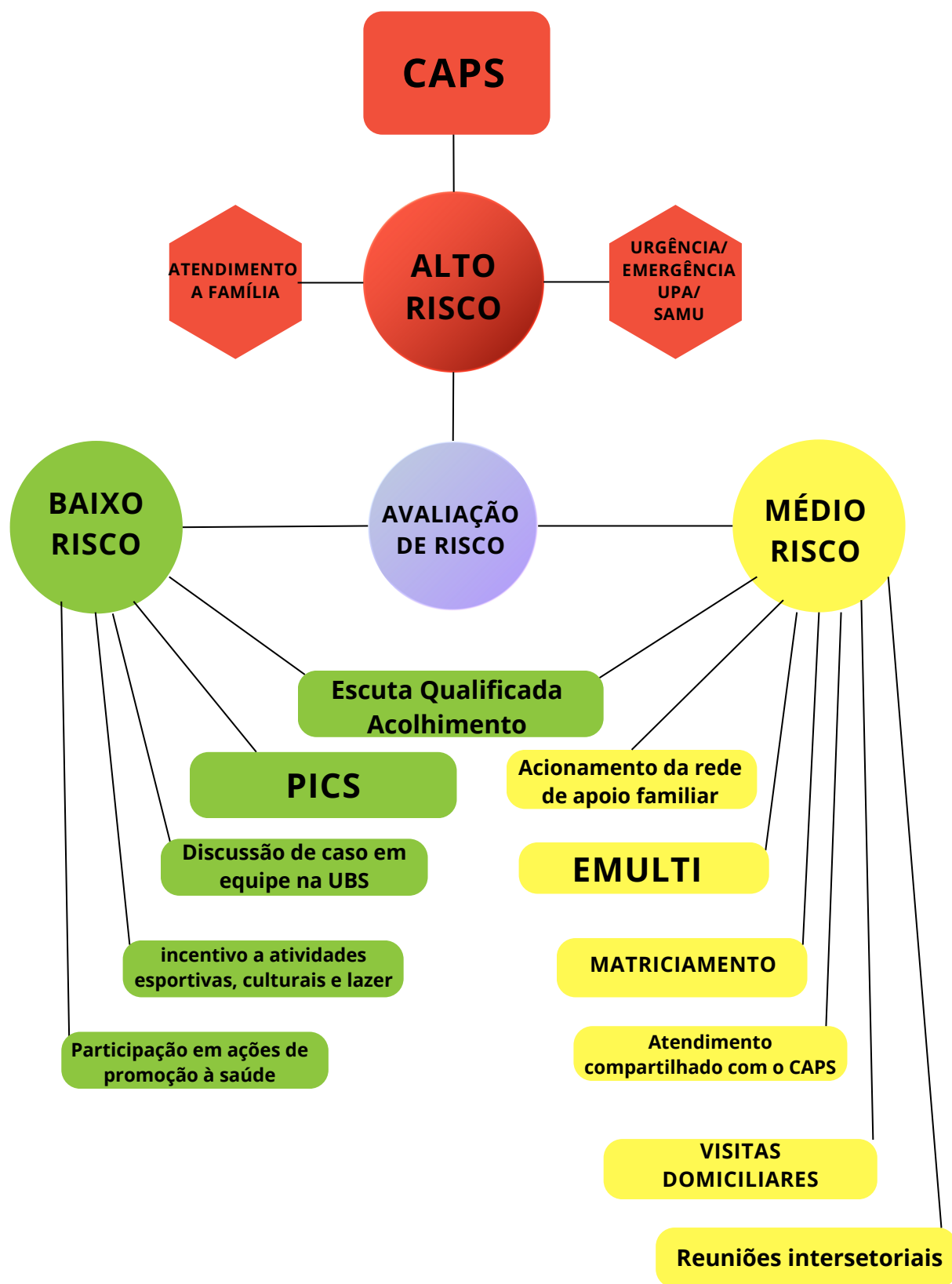
ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

RISCO BAIXO	RISCO MÉDIO	RISCO ALTO
• Nunca tentou suicídio; • Ideias de suicídio são passageiras e perturbadoras; • Não tem planejamento; • Transtorno mental, se presente, com sintomas controlados; • Boa adesão ao tratamento; • Tem rede de apoio; • Apresenta capacidade de reflexão para mudanças; • Apresenta tolerância à frustração.	• Tentativa de suicídio prévia; • Presença de depressão ou Transtorno Afetivo Bipolar; • Ideias persistentes de suicídio e percebidas como solução; • Não tem um planejamento concreto; • Não tem acesso a meios potencialmente perigosos; • Não apresenta histórico de impulsividade; • Apresenta capacidade de tolerar frustrações; • Não abusa ou tem dependência de álcool ou outras drogas; • Tem rede de apoio; • Deseja tratamento.	• Tentativa de suicídio prévia; • Presença de depressão grave; • Comorbidades psiquiátricas; • Abuso/dependência de álcool ou outras drogas; • Comportamento de desespero; • Planejamento de se matar; • Tem acesso a meios letais; • Já tomou providências para o ato suicida; • Rede de apoio frágil ou inexistente; • Não apresenta capacidade de reflexão para mudanças; • Apresenta impulsividade; • Intolerância a frustrações; • Recusa tratamento.

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

RISCO BAIXO	Configuram-se como baixo risco os casos em que há ideação suicida, mas que não há planejamento específico e a intencionalidade é baixa. Nessas situações, o paciente ainda vislumbra alternativas para lidar com o sofrimento.	O acompanhamento pode ser mantido pela equipe de saúde mental da UBS de referência. O usuário pode ser inserido em atividades de promoção da saúde e grupos de práticas integrativas complementares (PICS) e seguimento conjunto com a EMULTI.
RISCO MÉDIO	Configuram-se como médio risco os casos em que a pessoa apresenta planejamento suicida porém não estruturado. Visualiza seu planejamento como algo possível, para o futuro, caso não tenha melhora da situação atual.	Pode ser proposto acompanhamento na UBS de referência que contemple: manutenção do contrato pela equipe da UBS/EMULTI para monitoramento do caso. Caso a equipe, tenha dúvidas ou perceba agravamento do caso, deve acionar o CAPS para matriciamento ou acolhimento. No caso de estabilização do quadro, existe a possibilidade de alta do CAPS e continuidade do cuidado junto à Atenção Primária.
RISCO ALTO	Configuram-se como risco elevado os casos em que há planejamento claro, com convicção e há intenção de executá-lo nas próximas horas ou dias.	Aqui, o encaminhamento será para o CAPS para avaliação e primeiros cuidados. Para os casos de tentativa de suicídio com repercussões clínicas, deve-se fazer o encaminhamento para atendimentos aos serviços de urgência e emergência. Os casos de alto risco, sem tentativa de suicídio atual com repercussões clínicas podem ser encaminhados para acolhimento inicial no CAPS, o qual avaliará a necessidade de outras condutas.

FLUXOGRAMA DE ENCAMINHAMENTOS



ATRIBUIÇÕES DOS DIFERENTES NÍVEIS DE ATENÇÃO NO CUIDADO À CRISE SUICIDA

ATRIBUIÇÕES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Realizar acolhimento com Escuta Qualificada
Realizar classificação de risco do comportamento suicida, de forma a propiciar o acesso ao cuidado no nível de atenção mais adequado em tempo oportuno
Na ocorrência de tentativa de suicídio com repercussões clínicas, realizar os primeiros cuidados e encaminhar para atendimento na Urgência e Emergência
Na identificação de médio ou alto risco de suicídio, acionar a rede de apoio do usuário
Realizar orientações para os familiares/rede de apoio
Discutir o caso em equipe dentro da UBS
Acionar a EMULTI quando necessário
Discutir o caso em Matriciamento com a Atenção Especializada
Encaminhar para CAPS quando necessário
Realizar Visitas Domiciliares
Realizar reuniões intersetoriais
Manter acompanhamentos regulares ao usuário e a família
Na ocorrência de tentativa de suicídio, realizar a notificação compulsória
Realizar ações coletivas regulares de valorização à vida e campanhas de prevenção ao suicídio

ATRIBUIÇÕES DOS CAPS

Realizar acolhimento porta aberta, com Escuta Qualificada
Realizar classificação de risco do comportamento suicida, de forma a propiciar o acesso ao cuidado no nível de atenção mais adequado em tempo oportuno
Na ocorrência de tentativa de suicídio com repercussões clínicas, realizar os primeiros cuidados e encaminhar para atendimento na Urgência e Emergência
Na identificação de médio ou alto risco de suicídio, acionar a rede de apoio do usuário
Realizar orientações para os familiares/rede de apoio
Ofertar ações de cuidado
Ser o serviço de referência para pacientes egressos de internações em serviços de Urgência e emergência
Discutir o caso em Matriciamento com a Atenção Primária
Encaminhar para a Atenção Primária, os casos estabilizados para dar seguimento ao cuidado
Realizar Visitas Domiciliares
Realizar reuniões intersetoriais
Manter acompanhamentos regulares ao usuário e a família
Na ocorrência de tentativa de suicídio, realizar a notificação compulsória
Realizar ações coletivas regulares de valorização à vida e campanhas de prevenção ao suicídio
Ser o serviço de referência para casos classificados como alto risco
Monitorar os casos vinculados ao CAPS que encontram-se na Urgência/Emergência

ATRIBUIÇÕES DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Realizar classificação de risco do comportamento suicida, de forma a propiciar o acesso ao cuidado no nível de atenção mais adequado em tempo oportuno

Na ocorrência de tentativa de suicídio, realizar a notificação compulsória

Em pronto-atendimento, sem necessidade de internação, direcionar todos os casos de tentativa de suicídio para continuidade do cuidado no CAPS ou na Atenção Primária

Em pronto atendimento, com necessidade de internação, acionar o SAMU para encaminhamento ao pronto-socorro do Hospital de referência

Realizar orientações para os familiares/rede de apoio



AVALIAÇÃO RISCO DE SUICÍDIO

Identificação:

1- Depressão e risco de suicídio

Para avaliação da depressão moderada ou grave podem ser utilizadas as seguintes questões:

1. Nas duas últimas semanas você sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), durante a maior parte do dia, quase todos os dias?

Sim() Não()

2. Nas duas últimas semanas você teve o sentimento de não ter mais gosto por nada, de ter perdido o interesse e prazer pelas coisas que lhe agradavam habitualmente?

Sim() Não()

Se houver pelo menos uma resposta "Sim", faça as perguntas a seguir:

A. Seu apetite mudou de forma significativa?

Sim() Não()

B. Teve problemas de sono quase todas as noites (dificuldade para pegar no sono, acordar no meio da noite, dormir demais)?

Sim() Não()

C. Falou ou movimentou-se mais lentamente que de costume ou pelo contrário, sentiu-se mais agitado ou incapaz de ficar quieto?

Sim() Não()

D. Sentiu-se a maior parte do tempo cansado, sem energia, quase todos os dias?

Sim() Não()

E. Sentiu-se sem valor ou com culpa, quase todos os dias?

Sim() Não()



F. Teve dificuldade em tomar decisões, de se concentrar ou problemas de memória quase todos os dias?

Sim(☐) Não(☐)

G. Teve por várias vezes pensamentos ruins, com seria melhor estar morto, ou fazer mal a si mesmo?

Sim(☐) Não(☐)

Se 'sim' em 1 ou 2 +'sim' em qualquer um de A a G, há grande risco de depressão;

3 e 4 respostas positivas **depressão leve**;

5 a 7 respostas positivas **depressão moderada**;

Risco de suicídio, sintomas psicóticos ou 8 a 9 respostas positivas, **depressão grave**.



2- Questões sugeridas para uma abordagem adequada do risco de suicídio (em pessoas deprimidas):

- **Você tem vontade de morrer?** Sim() Não()
- **Pensa que a vida não vale a pena?** Sim() Não()
- **Você está bebendo/usando bebida alcoólica? Usando alguma outra droga?** Sim() Não()
- **Você vem tendo pensamentos de se machucar, não se tratar (ficar doente)?** Sim() Não()
- **Você já pensou em se matar? Está pensando hoje? Agora?** Sim() Não()
- **Aconteceu alguma mudança na sua vida recentemente?** Sim() Não()

- **Como você tem lidado com estes pensamentos?**

- **Você tem pessoas com quem você pode contar? Da família? Amigos?**
Sim() Não() *(Se Sim, nome, grau de parentesco, contato, etc.)*



4- Exemplo de roteiro estruturado

AVALIAÇÃO DO RISCO DE SUICÍDIO			
Paciente: Sexo: Idade: Data: Avaliador:			
O que está acontecendo?			
☐ Desencadeante			
☐ Motivação			
☐ Significado do morrer			
Estado Mental Atual			
☐ Delírio/alucinação	☐ Incontinência afetiva	☐ Constrição cognitiva	
☐ Depressão	☐ Instabilidade do humor	☐ Vergonha/humilhação	
☐ Desesperança	☐ Ansiedade/inquietude	☐ Insônia	
☐ Desespero (<i>psychache</i>)	☐ Impulsividade/agressividade	☐ Dor/incapacitação	
☐ Colapso existencial	☐ Raiva		
Intencionalidade Suicida			
IDEIAS DE MORTE	IDEIAS DE SUICÍDIO	TENTATIVA DE SUICÍDIO PRÉVIA	PLANO SUICIDA
			
☐ Passivas	☐ Persistentes	☐ Quantas	☐ Em preparação
☐ Rejeita o suicídio	☐ Intensas	☐ Última	☐ Detalhado
	☐ Incontroláveis	Motivação	☐ Conhece poder letal
	☐ Vistas como alívio	Intencionalidade	☐ Possui os meios letais
	☐ Aceitáveis	Letalidade	☐ Providências
Principais Fatores de Risco			
☐ Transtorno mental	☐ Suicídio na família	☐ Acesso a meio letal	
☐ Tentativa de suicídio	☐ Discórdia familiar	☐ Rigidez cognitiva	
☐ Alcool ou outra droga	☐ Desilusão amorosa	☐ Perfeccionismo	
☐ Abuso físico ou sexual	☐ Relações conflituosas	☐ Conflito de identidade	
☐ Exposição a um suicídio	☐ Desemprego	☐ Dor/incapacidade	
☐ Isolamento	☐ Derrocada financeira	☐ Alta hospitalar recente	
☐ Falta de apoio social	☐ Desonra	☐ Não adere a tratamento	
Formulação do Risco e Manejo			
☐ Risco baixo			
☐ Risco moderado			
☐ Risco alto			

ROTEIRO PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE SUICÍDIO (TASR)

NOME: _____ IDADE: _____

PERFIL DE RISCO INDIVIDUAL:	SIM	NÃO
Demografia: Idade/sexo (na maioria das jurisdições: >65/15-35 anos; M>F); cultura; status socioeconômico.		
História familiar: Suicídio, comportamentos suicidas, transtorno psiquiátrico.		
Diagnóstico psiquiátrico no passado/presente: Humor, ansiedade, psicoses, álcool/drogas, transtornos de personalidade.		
Condição clínica: Crônica, incapacitante, estigmatizante.		
Apoios sociais insuficientes: Morar sozinha, isolamento, rede social insatisfatória, relacionamentos doentios.		
Problemas domésticos: Violência/abuso, fim de relacionamento, conflitos, pressão, ambiente familiar disfuncional.		
Baixa tolerância ao estresse: Níveis baixos de enfrentamento, autocontrole, capacidade de tomar decisões e solucionar problemas.		
Comportamentos suicidas no passado: Tentativas de suicídio, tentativas abortadas, lesões autoprovocadas.		
Abuso no passado/presente: Abuso/violência recente ou atual; história de abuso na infância.		
Exposição ao suicídio: Direito/índireto – amigos, família, comunidade, cultura, meios sociais.		

PERFIL DE RISCO DOS SINTOMAS:	SIM	NÃO
Depressão/disforia		
Desesperança		
Anedonia intensa		
Emoção intensa: Ansiedade/pânico; vergonha; humilhação; culpa; raiva; isolamento/solidão		
Isolamento: Supressão emocional, falta de envolvimento, falta de comunicatividade		
Sensação intensa de autorreprovação/inutilidade		
Raciocínio comprometido: Inflexibilidade; julgamento/solução de problemas/tomada de decisão insatisfatórios		
Autocontrole insatisfatório: Impulsividade; regulação insatisfatória de emoções e comportamentos; violência/agressividade		
Psicose: Alucinação de comando		
Uso problemático de álcool/drogas		

PERFIL DE RISCO DA ENTREVISTA:	SIM	NÃO
Ideação suicida: Frequência, intensidade, duração, persistência		
Intenção suicida: Grau de ambivalência e expectativa/empenho em morrer		
Plano suicida: Método, letalidade, preparação		
Tendência ao suicídio ocultada: Sinais de alerta; dicas verbais/não verbais; colaterais; "intuição clínica"		
Tentativa de suicídio no passado: Número, fator desencadeante, contexto, método, letalidade, consequências		
Acesso a meios letais: Disponibilidade e acessibilidade a métodos letais mais comuns		
Consumo ou intoxicação recentes com álcool/drogas		
Fator desencadeante suicida: Crise/conflito/perda recente, em evolução ou previsto; vitimização; trauma		
Problema insolúvel: Não consegue ver solução/incapaz ou não está disposto a procurar alternativas		
Estado intolerável: Estado ou circunstância emocional/psicológico/físico insuportável		

AMENIZADORES DO RISCO:	SIM	NÃO
Motivos para viver		
Forças internas para manejar o risco		
Forças externas para manejar o risco		

NÍVEL DE RISCO IMEDIATO DE SUICÍDIO: () ALTO () MODERADO () BAIXO

Data: ____ / ____ / ____ Avaliado por: _____

FONTE: Kutcher, S., Chehil, S. (2007).

AVALIAÇÃO DO RISCO DE SUICÍDIO

Nome: _____ | Sexo: () M () F | Idade: ____ anos

Data: ____/____/____ | Profissional: _____

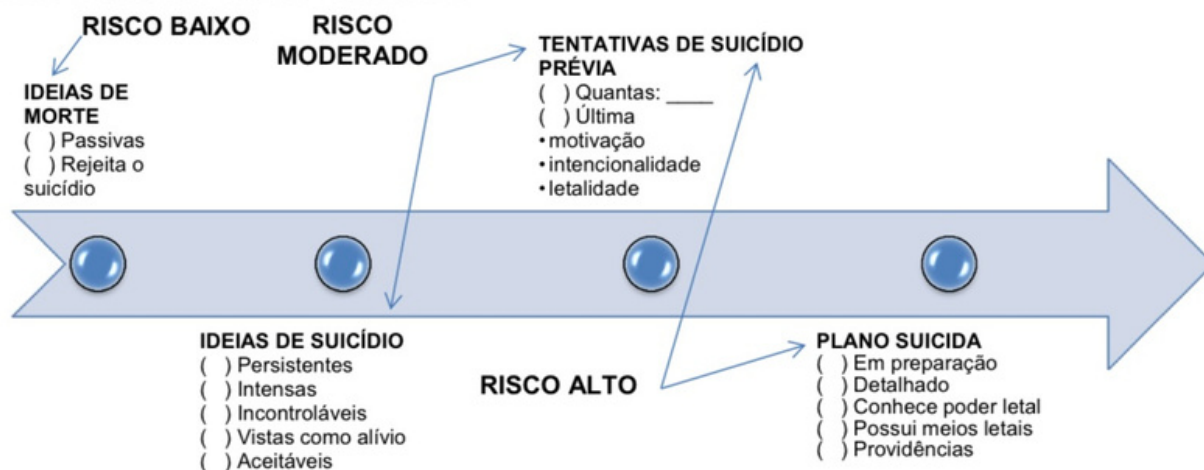
O QUE ESTÁ ACONTECENDO?

- () Desencadeante _____
- () Motivação _____
- () Significado do morrer _____

ESTADO MENTAL ATUAL

- | | | |
|------------------------------------|---------------------------------|--------------------------|
| () Delírio/alucinação | () Incontinência afetiva | () Constrição cognitiva |
| () Depressão | () Instabilidade do humor | () Vergonha/humilhação |
| () Desesperança | () Ansiedade/inquietude | () Insônia |
| () Desespero (<i>psychache</i>) | () Impulsividade/agressividade | () Dor/incapacitação |
| () Colapso existencial | () Raiva | |

INTENCIONALIDADE SUICIDA



PRINCIPAIS FATORES DE RISCO

- | | | |
|-----------------------------|---------------------------|-----------------------------|
| () Transtorno mental | () Suicídio na família | () Acesso a meio letal |
| () Tentativa de suicídio | () Discórdia familiar | () Rigidez cognitiva |
| () Alcool ou outra droga | () Desilusão amorosa | () Perfeccionismo |
| () Abuso físico ou sexual | () Relações conflituosas | () Conflito de identidade |
| () Exposição a um suicídio | () Desemprego | () Dor/incapacidade |
| () Isolamento | () Derrocada financeira | () Alta hospitalar recente |
| () Falta de apoio social | () Desonra | () Não adere a tratamento |

FORMULAÇÃO DO RISCO E MANEJO

- () Risco baixo [Paciente sem histórico de tentativa prévia, apresentando ideação suicida, sem planejamento.]
- () Risco moderado [Paciente com histórico de tentativa prévia, apresentando ideação suicida frequente e persistente (o pensamento está presente por muito tempo), sem planejamento. Ausência de impulsividade ou abuso/dependência de álcool ou drogas.]
- () Risco alto [Paciente com histórico de tentativa prévia, apresentando ideação suicida frequente e persistente (o pensamento está presente por muito tempo), com planejamento e acesso à forma como planejou. Impulsividade, rigidez do propósito de se matar, desespero, delírium, alucinações, abuso/dependência de álcool ou drogas são fatores agravantes.]

Fontes:

Botega, N. J. **Crise Suicida: Avaliação e Manejo**. Porto Alegre: Artmed, 2015. Pag. 160.
Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, Secretaria Municipal de Saúde, **Avaliação do Risco de Suicídio e sua Prevenção**, Versão Profissional, Série F. Comunicação e Educação em Saúde, 1ª ed., 2016.

MANEJO DA CRISE SUICIDA

- Incluir familiares ou pessoas próximas na rede de cuidados, no sentido da corresponsabilização;
- Fornecer suporte clínico quando o paciente necessitar;
- Instruir familiares sobre necessidade de procurar a emergência nos casos de agravamento e desestabilização;
- Orientar os familiares a restringir o acesso a meios letais (armas, objetos perfuro cortantes, cordas, medicações);
- Informar ao paciente sobre a disponibilidade da equipe para seus cuidados;
- Agendar atendimentos regulares;
- Identificar possíveis gatilhos da ideação suicida;
- Trabalhar com os gatilhos identificados, fortalecendo o usuário em seu enfrentamento;
- Alertar o usuário e os cuidadores sobre o risco do efeito desinibidor do álcool e outras drogas;
- Incentivar a prática de atividades que promovam a vida (atividades físicas, culturais, grupos sociais);
- Tratar os transtornos mentais identificados.

Importante ressaltar que, no caso de identificação de uma crise suicida, o profissional deve quebrar o sigilo e acionar a rede de apoio para o usuário. É preciso esclarecer para a rede de apoio a necessidade da adesão e continuidade nos cuidados em saúde, e seu papel enquanto corresponsável na efetivação destes. Também é importante incumbi-los na vigilância temporária e impedimento do acesso a meios letais e objetos de risco.

A rede de apoio deve ter conhecimento das possibilidades de atendimento na saúde.

Uma tentativa de suicídio é o **principal fator de risco** para um futuro suicídio. Por isso as tentativas não devem ser banalizadas. Ao contrário, devem ser abordadas com seriedade como um sinal de alerta que indica a atuação de fenômenos psicossociais complexos. Dar atenção especial a uma pessoa que tentou o suicídio é uma das principais estratégias para se evitar um futuro suicídio.

Botega, Neury José.

Crise suicida: avaliação e manejo.

FLUXOGRAMA DE MANEJO DE USUÁRIOS EM CRISE SUICIDA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

REALIZAR ACOLHIMENTO COM ESCUTA QUALIFICADA

AValiação DE RISCO

BAIXO

- Ideação suicida, sem planejamento;
- Sem histórico de tentativa de suicídio recente;
- Rede de apoio funcional;
- Transtorno mental, se presente, com sintomas controlados;
- Adesão ao tratamento

- Oferecer apoio emocional;
- Manter atendimentos regulares;
- Indicar a participação em atividades grupais: PICS, oficinas, grupos terapêuticos;
- Discutir os casos com a EMULTI.

Continuidade do cuidado na Atenção Primária

MÉDIO

- Ideação suicida frequente e persistente sem planejamento;
- Tentativas de suicídio pregressas;
- Ausência de impulsividade;
- Não apresenta abuso/dependência de álcool ou outras drogas;
- Rede de apoio presente, ainda que limitada.

- Oferecer apoio emocional;
- Trabalhar com os sentimentos que motivam os pensamentos suicidas;
- Focar na ambivalência do desejo;
- Ofertas de atendimentos da EMULTI;
- Realizar avaliação psiquiátrica;
- Matriciar o caso com CAPS;
- Quando agravamento do quadro, encaminhar para acolhimento no CAPS.

Continuidade do cuidado na Atenção Primária/CAPS

ALTO

- Ideação suicida frequente e persistente, com planejamento, ameaça ou tentativa;
- Histórico de tentativas recentes;
- Impulsividade;
- Desespero;
- Abuso/dependência de álcool ou outras drogas;

- No caso de tentativas de suicídio recentes com repercussões clínicas, direcionar para a Urgência e Emergência;
- No caso de tentativa de suicídio sem repercussões clínicas ou risco suicida, com suporte familiar, acionar o CAPS;
- No caso de risco suicida alto, com juízo crítico prejudicado e ausência de rede de apoio, acionar SAMU para conduta;
- Não deixar a pessoa sozinha;
- Orientar familiares;
- Discutir o caso em Matriciamento.

Continuidade do cuidado no CAPS/Urgência e Emergência

Na presença de tentativa de suicídio atual ou autolesão, realizar notificação de violência autoprovocada após acolhimento

SECRETARIA DA SAÚDE - ATENÇÃO PRIMÁRIA

NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

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/intrafamiliar (física, psicológica/moral, financeira/econômica, negligência/abandono), sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal 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, pessoa com transtorno, indígenas e população LGBT.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual	
	2 Agravado/doença		VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA	
	4 UF		5 Município de notificação	
	6 Unidade Notificadora		7- Outros	
Notificação Individual	7 Nome da Unidade Notificadora		8 Unidade de Saúde	
	10 Nome do paciente		11 Data de nascimento	
	12 (ou) Idade		13 Sexo	
	14 Gestante		15 Raça/Cor	
Dados de Residência	16 Escolaridade		17 Número do Cartão SUS	
	18 Nome da mãe		19 UF	
	20 Município de Residência		21 Distrito	
	22 Bairro		23 Logradouro (rua, avenida,...)	
Dados da Ocorrência	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	
Dados da Pessoa Atendida	32 País (se residente fora do Brasil)		33 Nome Social	
	34 Ocupação		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?	
Dados da Ocorrência	40 UF		41 Município de ocorrência	
	42 Distrito		43 Bairro	
	44 Logradouro (rua, avenida,...)		45 Número	
	46 Complemento (apto., casa, ...)		47 Geo campo 3	
Dados da Ocorrência	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?		55 Ocorreu outras vezes?	

SVS 03.06.2015

SECRETARIA DA SAÚDE - ATENÇÃO PRIMÁRIA

Violência	55 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 _____ 88-Não se aplica 99-Ignorado		
	56 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado ☐ Física ☐ Tráfico de seres humanos ☐ Intervenção legal ☐ Psicológica/Moral ☐ Financeira/Econômica ☐ Outros _____ ☐ Tortura ☐ Negligência/Abandono ☐ Trabalho infantil ☐ Sexual		
Violência Sexual	57 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado ☐ Força corporal/ espancamento ☐ Obj. perfuro-cortante ☐ Arma de fogo ☐ Enforcamento ☐ Substância/ Obj. quente ☐ Ameaça ☐ Obj. contundente ☐ Envenenamento, Intoxicação ☐ Outro _____		
	58 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado ☐ Assédio sexual ☐ Estupro ☐ Pornografia infantil ☐ Exploração sexual ☐ Outros _____		
Dados do provável autor da agressão	59 Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado ☐ Profilaxia DST ☐ Profilaxia Hepatite B ☐ Coleta de sêmen ☐ Contracepção de emergência ☐ Profilaxia HIV ☐ Coleta de sangue ☐ Coleta de secreção vaginal ☐ Aborto previsto em lei		
	60 Número de envolvidos 1 - Um ☐ 2 - Dois ou mais ☐ 9 - Ignorado ☐	61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1-Sim 2-Não 9-Ignorado ☐ Pai ☐ Ex-Cônjuge ☐ Amigos/conhecidos ☐ Policial/agente da lei ☐ Mãe ☐ Namorado(a) ☐ Desconhecido(a) ☐ Própria pessoa ☐ Padrasto ☐ Ex-Namorado(a) ☐ Cuidador(a) ☐ Outros _____ ☐ Madrasta ☐ Filho(a) ☐ Patrão/chefe ☐ Pessoa com relação institucional ☐ Cônjuge ☐ Irmão(ã)	62 Sexo do provável autor da agressão 1 - Masculino ☐ 2 - Feminino ☐ 3 - Ambos os sexos ☐ 9 - Ignorado ☐
Encaminhamento	63 Suspeita de uso de álcool 1- Sim ☐ 2- Não ☐ 9- Ignorado ☐		
	64 Ciclo de vida do provável autor da violência: ☐ 1-Criança (0 a 9 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 4- 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) 2-Adolescente (10 a 19 anos) Pessoa adulta (25 a 59 anos) 9-Ignorado		
Dados finais	65 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado ☐ Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras) ☐ Conselho do Idoso ☐ Delegacia de Atendimento à Mulher ☐ Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) ☐ Delegacia de Atendimento ao Idoso ☐ Outras delegacias ☐ Rede da Educação (Creche, escola, outras) ☐ Centro de Referência dos Direitos Humanos ☐ Justiça da Infância e da Juventude ☐ Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) ☐ Ministério Público ☐ Defensoria Pública ☐ Conselho Tutelar ☐ Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente		
	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: _____ _____ _____ _____			
Disque-Saúde 0800 61 1997 TELEFONES ÚTEIS Disque-Denúncia - Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes 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 03.06.2015			



POTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO DE FUNCIONÁRIOS COM QUEIXA DE SAÚDE MENTAL E RISCO DE SUICÍDIO

1. Escuta Qualificada na própria Unidade. Aplicação do questionário de risco de suicídio.
2. A Coordenação da Unidade deve fazer um relatório para a DSO - Divisão de Saúde Ocupacional com a ciência e assinatura do funcionário. Encaminhar via e-mail ou Docs.
3. A DSO fará o acompanhamento do caso.
4. Em caso de crise, surto ou alto risco de suicídio, a Unidade deve encaminhar para a Urgência e Emergência (UPA) ou articular com o CAPS VIDA.

dso.smgp@hortolandia.sp.gov.br

BIBLIOGRAFIA

BOTEGA, Neury José
Crise suicida: avaliação e manejo