

COMITÊ PERMANENTE DE
PREVENÇÃO DO SUICÍDIO

MANUAL DE ORIENTAÇÕES PARA O ATENDIMENTO À PESSOA EM RISCO DE SUICÍDIO

Secretaria
de Saúde



APOIO:



BRASÍLIA
2021

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL- SES

Osnei Okumoto

SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE- SAIS/SES

Alexandre Garcia Barbosa

**COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO SECUNDÁRIA E INTEGRAÇÃO DE
SERVIÇOS - COASIS/SAIS/SES**

Lauanda Amorim Pinto

**DIRETORIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL –
DISSAM/COASIS/SAIS/SES**

Vanessa Catherine Christiane Soublin de Vasconcellos

ELABORAÇÃO: COMITÊ PERMANENTE DE PREVENÇÃO DO SUICÍDIO

Fernanda Benquerer Costa

Cristina Ribeiro Dos Anjos

Andrea Simoni De Zappa Passeto

Beatriz Montenegro Franco De Souza Parente

Jussane Cabral Mendonça

Marina Saraiva Garcia

Natália Monteiro Portella

Samita Batista Vaz Dos Santos

ARTE

Érick Alves

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	3
1. INTRODUÇÃO	4
2. JUSTIFICATIVA.....	6
3. AVALIAÇÃO DE RISCO.....	10
3.1 <i>O risco iminente de suicídio</i>	<i>12</i>
4. CONDOTA	16
4.1 <i>Conduta Preventiva</i>	<i>17</i>
4.2 <i>Tratamento Não Farmacológico: medidas indicadas para todos os serviços.....</i>	<i>18</i>
4.3 <i>Medidas indicadas para cada nível de atenção</i>	<i>19</i>
a) <i>Atenção Primária à Saúde (APS):</i>	<i>19</i>
b) <i>Atenção Secundária: Policlínicas e CAPS</i>	<i>21</i>
c) <i>SAMU-192, Unidades de Pronto Atendimento e Pronto Socorro dos Hospitais Gerais</i>	<i>22</i>
d) <i>Serviços de referência para internação psiquiátrica</i>	<i>23</i>
4.4 <i>Tratamento Farmacológico</i>	<i>24</i>
4.5 <i>Em caso de óbito por suicídio</i>	<i>25</i>
4.6 <i>O autocuidado</i>	<i>26</i>
5. O PAPEL DO GESTOR.....	27
6. CONCLUSÃO	28
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	29
ANEXO: O PLANO DE SEGURANÇA.....	32
FLUXOGRAMAS	33

APRESENTAÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde, a prevenção do suicídio deve ser uma das prioridades na agenda de saúde pública global, considerando o enorme impacto do suicídio e das tentativas nas pessoas em sofrimento, nos familiares e pessoas próximas, e na sociedade como um todo, além de ser um fenômeno passível de prevenção na maioria dos casos. Nesta linha, o Brasil aprovou e sancionou a Lei Federal nº13.819 de 2019 que instituiu a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio.

No Distrito Federal, existe a Política Distrital de Prevenção do Suicídio desde 2012, e está em vigor o Plano Distrital de Prevenção do Suicídio 2020-2023. Este Plano teve como uma das metas a oficialização de um Comitê Permanente de Prevenção do Suicídio da Secretaria de Estado da Saúde do DF, o que ocorreu em dezembro de 2019. Muitas ações já ocorriam anteriormente, mas a composição oficial de um grupo para trabalhar com a temática ressalta a importância de que as ações sejam sustentadas institucionalmente e o compromisso político com a prevenção.

A pandemia de COVID-19 trouxe ainda fatores de risco adicionais à saúde mental, sendo que a melhor avaliação de impactos específicos no risco de suicídio só será percebida ao longo dos próximos meses e anos com mais estudos. Mas o contexto pandêmico deve ser incluído nas avaliações de saúde mental da população e das possibilidades de acesso a recursos de tratamento e intervenções.

O presente Manual é um produto do trabalho do Comitê Permanente de Prevenção do Suicídio, e visa a oferecer informações baseadas em evidências científicas e nas recomendações dos Órgãos de referência Nacionais e Internacionais, a fim de melhor instrumentalizar os serviços de saúde para atuação na abordagem à pessoa em risco de suicídio.

Fernanda Benquerer Costa

Comitê Permanente de Prevenção do Suicídio da SES-DF

1. INTRODUÇÃO

Suicídio é uma palavra originária da expressão latina “*sui caedere*”, significado para “matar-se”¹. O Comportamento Suicida é um fenômeno universal, complexo e multifatorial, que segundo a Organização Mundial de Saúde² é definido como todo ato pelo qual um indivíduo causa lesão a si mesmo, independente do grau de intenção letal e do verdadeiro motivo desse ato. Essa definição ampla permite compreender o comportamento suicida em um espectro contínuo: pensamentos de autoexterminio, ameaças, gestos, tentativas de suicídio e o suicídio consumado³. As pessoas podem apresentar um ou vários comportamentos suicidas e expressá-los de formas diferentes⁴. Esses conceitos são importantes para entender as dimensões que o envolvem, fundamentando a avaliação de risco pelo profissional. Seguem algumas definições apresentadas de forma breve:

✚ *Intenção suicida*: expectativa subjetiva e o desejo de que um ato autodestrutivo resulte em morte.

✚ *Pensamentos de morte*: não têm a característica ser agente da própria morte, mas ocorrem pensamentos como “A vida não vale a pena”, “Tenho vontade de dormir e não acordar mais”, “Deus poderia me levar”. Indicam em geral desesperança ou outros sintomas depressivos.

✚ *Ideação suicida*: pensamento de servir como agente de sua própria morte.

✚ *Plano 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*: comportamento autodestrutivo com consequências não fatais, com a intenção de morrer.

✚ *Suicídio consumado*: morte autoprovocada resultante de um ato positivo ou negativo, com evidências de que a pessoa apresentava a intenção de morrer.

✚ *Autolesão sem ideação suicida - ASIS*: é definida como qualquer comportamento, intencional, envolvendo agressão direta ao próprio corpo, sem intenção suicida e por razões não socialmente ou culturalmente compreendidas. Esta definição exclui tatuagens, perfurações e danos não-intencionais ao próprio corpo. ASIS é um comportamento de risco e que pode estar em um *continuum* de comportamento suicida, devendo sempre se avaliada. Entretanto, sua abordagem específica não será feita neste manual.

✚ *Suicídio oculto*: suicídio consumado não classificado como suicídio (afogamento; intoxicações, acidentes de carros, mortes por causas desconhecidas); estas lesões não são usualmente identificadas como intencionais, porém vale destacar que se o fossem, os índices oficiais seriam mais precisos.

✚ *Sobreviventes do suicídio*: aqueles que perderam uma pessoa próxima por suicídio. Outro termo utilizado é “*enlutados por suicídio*”.

Estima-se que no mundo aproximadamente 800 mil pessoas morrem por suicídio todo ano, o que corresponde a uma morte a cada 40 segundos. Para cada pessoa que morre por suicídio, há 20 que tentam autoextermínio, e a tentativa prévia é um dos maiores preditores de risco na população em geral^{5,6}.

No Brasil, há em média 13 mil mortes por suicídio por ano, ou seja, uma a cada quase 45 minutos, ou cerca de 32 por dia, evidenciando um grave problema de saúde pública. Vale destacar que o suicídio ocorre em todas regiões do Brasil e é a segunda maior causa de morte entre os jovens de 15 a 29 anos, ficando atrás apenas dos acidentes de trânsito⁶. No período de 2011 a 2018, foram notificados 339.730 casos de violência autoprovocada no Brasil, dos quais, 154.279 (45,4%) ocorreram na faixa etária de 15 a 29 anos, sendo 103.881 (67,3%) nas mulheres e 50.388 (32,7%) nos homens. Ao longo do mesmo período, observou-se um aumento da proporção de registros de tentativas de suicídio, em relação ao total de lesões autoprovocadas, passando de 18,3% em 2011, para 39,9% em 2018, o que sugere uma melhoria na captação das tentativas de suicídio pelo sistema de vigilância. Outro fator que pode ter contribuído para este aumento das notificações é que desde 2014, a notificação se tornou compulsória e imediata para os serviços de saúde⁷.

A realidade específica no Distrito Federal (DF) também é preocupante. No ano de 2018 foram notificadas 200 mortes por suicídio e os dados parciais do ano de 2019 mostram 203 suicídios consumados⁸. O suicídio é um problema complexo para o qual não existe uma única causa ou uma única razão. Ele resulta de uma ampla interação de fatores biológicos, genéticos, psicológicos, sociais, culturais e ambientais⁹. A OMS estima que muitos casos de suicídio podem ser evitados quando há oferta de ajuda, com base em evidências e muitas vezes com intervenções de baixo custo². Para uma efetiva prevenção, as Estratégias Nacionais necessitam envolver pelo menos os setores da saúde, educação, mídia, segurança pública, e sociedade civil.

Sabe-se que o impacto social, emocional e financeiro de um suicídio consumado é gigantesco, podendo afetar até 135 pessoas. Cerel (2019) descreveu que o impacto não depende só de laços familiares, mas da

proximidade com a pessoa que se matou, e essas pessoas são identificadas como sobreviventes do suicídio¹⁰.

Neste sentido, o entendimento sobre avaliação, abordagem e acompanhamento de uma pessoa com comportamento suicida são temas essenciais para a proteção da mesma e de sua família. A partir da análise do contexto dos fatores de risco e proteção, é possível compreender algumas situações de maior gravidade, entre elas ter acesso aos meios de realizar o ato suicida, apresentar dificuldade em lidar com perdas e estresses, e sofrer violência baseada em gênero ou discriminação¹¹. Da mesma forma, sabe-se que falar de forma responsável sobre o fenômeno funciona mais como um fator de proteção do que como fator de risco, podendo propiciar mais busca de ajuda por quem se encontra em crise¹².

Uma vez compreendendo a complexidade do fenômeno e sua dimensão como problema de saúde pública, o risco de suicídio demanda a atenção de toda a Rede de Saúde. Trata-se de comportamentos que podem aparecer em diversos tipos de agravos de saúde mental, relacionados a doenças físicas crônicas ou a doenças terminais. O Sistema de Saúde necessita de informação apropriada para avaliação e manejo de uma pessoa em risco, auxiliando assim na prevenção, identificação precoce e intervenção nos diferentes níveis de atenção. Segundo Humberto Corrêa (2013)¹³,

"Identificar rapidamente pessoas em risco de suicídio, principalmente aquelas com depressão, e facilitar a elas uma escuta qualificada e oferecer um tratamento adequado, o mais rapidamente possível, é algo que todos podemos e devemos fazer".

Diante do aumento das notificações de tentativas e de óbitos por suicídio no Brasil e no Distrito Federal, considerando a escassez de manuais sobre o tema no país, e a necessidade de orientar ações com base em evidências, a Secretaria de Saúde, por meio do Comitê Permanente de Prevenção do Suicídio, produz este Protocolo de Atendimento à Pessoa em Risco de Suicídio, como também realização de meta regida no Plano Distrital de Prevenção do Suicídio 2020-2023¹⁴.

2. JUSTIFICATIVA

A avaliação de risco talvez seja um dos maiores desafios clínicos para os profissionais de saúde. Frequentemente, a pessoa que apresenta comportamento suicida não busca o serviço de saúde mental, ela tenta conversar sobre sua ideação suicida com familiares, conhecidos ou com profissionais de serviços de saúde, como os da Atenção Primária à Saúde (APS).

"As pessoas que tentam suicídio, quando atendidas em serviços de saúde, geralmente chegam ao pronto atendimento, emergência ou centros de terapia intensiva, dependendo da gravidade clínica da investida"¹⁵.

Sabe-se que muitas vezes, até seis meses antes de consumir o ato, pessoas com risco de suicídio procuram ajuda no serviço de saúde, não necessariamente especializados em saúde mental¹⁶. 45% das pessoas que consumaram o suicídio, especialmente as pessoas mais idosas, estiveram em contato com serviços da Atenção Primária à Saúde no mês anterior ao ato suicida, muitas vezes com queixas clínicas diversas, vagas ou inespecíficas¹⁷.

O comportamento suicida ainda é permeado por vários mitos e tabus na nossa sociedade. Essas crenças equivocadas e preconceitos podem provocar receio em realizar a avaliação de risco e atitudes inadequadas por parte dos profissionais assistentes. Além disso,

"o estigma em relação ao tema impede a procura de ajuda, que poderia evitar mortes. Da mesma forma, sabe-se que abordar o fenômeno do suicídio de forma responsável opera mais como um fator de prevenção que como fator de risco"¹⁷.

Como exemplos, o Quadro 1 cita e explica vários mitos a respeito do suicídio:

Quadro 1. Ideias comuns sobre o suicídio e o que se sabe atualmente:

Ideias comuns	O que se sabe atualmente
Se alguém fala sobre suicídio ou ameaça se matar, é improvável que faça algo para se machucar	A pessoa que fala sobre suicídio pode estar indicando alto risco, e deve ser sempre ouvida
Quem realmente quer se matar, não avisa, se mata da primeira vez	É comum que os suicidas comuniquem a intenção a familiares, amigos ou profissionais
Perguntar sobre ideias suicidas pode incentivar a pessoa a cometê-lo	Perguntar e falar abertamente sobre o assunto pode aumentar a possibilidade de prevenção e trazer até alívio à pessoa

MANUAL DE ORIENTAÇÕES
PARA O ATENDIMENTO À
PESSOA EM RISCO DE SUICÍDIO

Quem quer mesmo se matar, consegue	A intencionalidade suicida pode ser elevada, mas este não é único fator relevante
Pessoas em risco de suicídio não são ambivalentes sobre completar o ato	A ambivalência é uma característica bastante comum aos suicidas, bem como a rigidez e impulsividade. A maioria das pessoas deseja alívio para seu sofrimento, não acabar com sua vida
Pessoas que suicidam são fracas e egoístas	Pessoas que suicidam estão em sofrimento grave e não vêem outras alternativas. Não se deve julgar a pessoa em crise
Não há nada que possa ser feito por uma pessoa em risco de suicídio	Muito pode ser feito para proteger alguém em risco e inclusive modificar o desfecho do quadro
Quem tenta suicídio só quer chamar atenção	Quem tenta suicídio está indicando um sofrimento importante que sempre deve ser ouvido e cuidado
Quem se mata, queria morrer mesmo	A pessoa quer se ver aliviada da dor psíquica que sente
Ele tomou só aspirina. Na verdade, não queria morrer	A escolha do método não tem a ver com a intencionalidade, mas com a crença de que o método será letal
Suicídio é um ato de coragem	Suicídio não é ato de coragem ou covardia. Está mais relacionado ao desespero como afeto intolerável
Suicídio é um ato de covardia	
Se cometeu suicídio é porque a situação era tão ruim que provavelmente a morte era a melhor saída	A pessoa que suicida não consegue enxergar que existem alternativas à sua situação e percebe seu sofrimento como insuportável, inescapável e interminável
Sugerir formas de se matar para um suicida não representa um perigo real	Sugerir formas pode dar ideias de métodos para uma futura tentativa de suicídio, com risco ainda maior
Só vai atrapalhar dar muita atenção a quem faz uma tentativa de suicídio	A pessoa que tenta suicídio precisa ser acolhida e ouvida sem julgamentos
Se ele está falando sobre suas ideias suicidas, quer dizer que está fora de risco	A comunicação da intenção é comportamento comum das pessoas em risco
Quem não tem transtorno mental não se mata	Mais de 90% dos suicidas têm transtorno mental diagnosticável, mas uma pequena porcentagem não tem
A depressão é um diagnóstico óbvio, fácil de ser percebido	Às vezes as pessoas disfarçam ou não demonstram os sintomas que apresentam
Suicídios ocorrem em famílias	Apesar de maior risco já ter sido identificado em familiares, e de existirem alguns marcadores biológicos associados a maior risco, estes achados não são determinantes para o comportamento
Uma vez suicida, sempre suicida	Muitas pessoas pensam em suicídio ao longo da vida. A maioria sobrevive e boa parte delas desenvolve outros recursos para lidar com os eventos estressores
Quando a pessoa sobrevive a uma tentativa, está fora de risco	A maioria dos suicídios ocorre nos primeiros 3 meses após alta da internação, ou o começo da "melhora". O alívio muito rápido também é sinal de alerta.
Suicídio é um ato impulsivo	Pode ser, e a impulsividade é um fator de risco, mas alguns atos suicidas envolvem planejamento cuidadoso com tomada de providências detalhadas e comunicação anterior

MANUAL DE ORIENTAÇÕES PARA O ATENDIMENTO À PESSOA EM RISCO DE SUICÍDIO

Pensamentos suicidas são raros	4% da população geral considera seriamente o suicídio em um ano
Existem dois grupos: os que tentam suicídio e os que se matam	A maioria dos suicidas fez pelo menos uma tentativa anterior
No lugar dele(a), eu também me mataria	O profissional pode se identificar com o desespero e desamparo dos pacientes, sentir-se impotente e deixar seu julgamento subjetivo influenciar as ações que tomará ou não. É importante estar ciente dessas reações e lidar com elas para que a conduta seja adequada
Veja se consegue da próxima vez!	O comportamento suicida pode desencadear sentimentos de hostilidade e rejeição. É importante encarar a tentativa como oportunidade para intervenção e prevenção de um desfecho fatal
Após uma tentativa de suicídio, a pessoa nunca mais tentará novamente	Muitas pessoas fazem várias tentativas de suicídio ao longo da vida, e em todas, há oportunidades para engajá-las em um atendimento e desenvolver recursos para a superação das crises
Se a pessoa estava com ideação suicida e melhorou rapidamente, quer dizer que está fora de risco	Muitas pessoas que estavam ambivalentes podem parecer aliviadas ao decidir realizar um ato suicida

Quadro 1 – Ideias comuns sobre o suicídio. Adaptado de ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSQUIATRIA, 2014; JAMES e GILLILAND, 2013; BOTEGA, RAPELI e CAIS, 2006; COSTA, 2015; RIO DE JANEIRO, 2016.^{4,18,19,20,21}

Perguntar aos pacientes sobre pensamentos de suicídio não os leva a isso. Pelo contrário, protege. Na verdade, reconhecer que o estado emocional do indivíduo é real, e conversar sobre a situação induzida pelo stress e eventos agudos são componentes necessários para a redução da ideação suicida. Uma entrevista de avaliação de risco costuma produzir alívio emocional transitório e aumento da confiança na equipe e no paciente.

Este Manual pretende uniformizar as condutas e a linguagem, orientar sobre a referência e contrarreferência entre os serviços para o atendimento coordenado; orientar as medidas a serem tomadas em qualquer serviço da rede de saúde do Distrito Federal, visando a reduzir o risco de suicídio; e guiar as notificações para informação qualificada. A partir das diretrizes apresentadas, espera-se que os profissionais possam atuar com mais segurança quanto à conduta quando em contato com uma pessoa em risco de suicídio²¹.

A prevenção do suicídio abrange inúmeras medidas possíveis, a depender do caso específico. Passam desde a oferta das condições mais adequadas para o atendimento e tratamento efetivo das pessoas em sofrimento psíquico até o controle ambiental dos fatores de risco. São elementos considerados essenciais para ações de prevenção do suicídio: o aumento da sensibilidade para percepção da presença do risco, a redução do estigma, o acesso a tratamentos especializados em saúde mental, abordagem ao uso nocivo de álcool e outras

drogas, a restrição de acesso a métodos potencialmente perigosos, o fortalecimento de fatores de proteção, como a mobilização de suporte social e o desenvolvimento de habilidades emocionais, além da divulgação de informações de forma responsável pela mídia².

Nesse sentido, este documento fornece informações sobre o fluxo do atendimento de uma pessoa com comportamento suicida aos profissionais do sistema de saúde que atuam nas unidades dos níveis primário, secundário e terciário. Dá, assim, instrumentos para identificação do risco e orientação em relação à conduta, oferecendo subsídios, procedimentos e estratégias que poderão ser utilizados, tanto em relação às intervenções quanto aos encaminhamentos após tentativas ou a consumação do suicídio.

Portanto, este Manual tem, como objetivo, orientar as equipes sobre como:

- 1) identificar pessoas em risco de suicídio e avaliar a gravidade;
- 2) tomar uma decisão sobre a conduta a ser adotada, com base em evidências científicas e recomendações de órgãos oficiais;
- 3) articular as intervenções da rede durante o processo terapêutico, pautado na integralidade, buscando remissão de ideação, resolução ou controle dos agravos associados e superação da crise, com desenvolvimento de recursos que previnam crises suicidas futuras;
- 4) orientar sobre as notificações compulsórias e imediatas das tentativas e suicídios consumados.

3. AVALIAÇÃO DE RISCO

A avaliação do risco de suicídio deve levar em consideração a natureza e complexidade do fenômeno que combina fatores internos e externos. Condições predisponentes e precipitantes se entrelaçam aumentando ou reduzindo o risco para tentativa de suicídio. Os quadros a seguir ilustram os fatores mais estudados pela suicidologia e que servem de parâmetros para a avaliação de risco³:

FATORES DE RISCO

Fatores Sociodemográficos:

1. Sexo masculino
2. Adultos jovens (19 a 49 anos) e idosos
3. Estados civis: viúvo, divorciado e solteiro (principalmente entre homens)
4. Orientação homossexual ou bissexual;
5. Crenças (ateus, protestantes tradicionais, católicos, judeus);
6. Grupos étnicos minoritários.

Transtornos Mentais:

7. Depressão, Transtorno afetivo bipolar, abuso/dependência de álcool e outras drogas, esquizofrenia, transtornos de personalidade (especialmente Borderline);
8. Comorbidade psiquiátrica (ocorrência de mais de um transtorno mental ao mesmo tempo);
9. História familiar de doença mental;
10. Falta de tratamento ativo e continuado em saúde mental;
11. Ideação ou plano suicida;
12. Tentativa de suicídio pregressa;
13. História familiar de suicídio;

Fatores Psicossociais:

14. Abuso físico ou sexual;
15. Perda ou separação dos pais na infância;
16. Instabilidade familiar;
17. Ausência de apoio social;
18. Isolamento social;
19. Perda afetiva recente
20. Acontecimentos estressantes
21. Datas importantes (reuniões familiares, perdas, aniversários, eventos marcantes ou traumáticos)
22. Desemprego
23. Aposentadoria;
24. Violência doméstica;

Fatores Psicológicos:

25. Desamparo;
26. Ansiedade intensa;
27. Vergonha, humilhação (bullying)
28. Baixa autoestima;
29. Desesperança;
30. Traços de personalidade: impulsividade, agressividade, labilidade do humor, perfeccionismo;
31. Rigidez cognitiva;
32. Pensamento dicotômico (nos extremos);
33. Pouca flexibilidade para enfrentar adversidades;
34. Impulsividade.

Outros:

35. Acesso a meios letais (armas de fogo, venenos);
36. Doenças físicas incapacitantes, estigmatizantes, dolorosas e terminais;
37. Estados confusionais orgânicos;
38. Falta de adesão a tratamento, agravamento ou recorrência de doenças preexistentes;
39. Relação terapêutica frágil ou instável.

Quadro 2: Fatores de risco³. Fonte: BOTEGA, 2015.

FATORES DE PROTEÇÃO

Personalidade e Estilo Cognitivo:

40. Flexibilidade cognitiva;
41. Disposição para aconselhar-se em caso de decisões importantes;
42. Disposição para buscar ajuda;
43. Abertura para experiência de outrem;
44. Habilidade para se comunicar;

- 45. Capacidade para fazer uma boa avaliação da realidade;
- 46. Habilidade para solucionar problemas da vida;

Estrutura Familiar:

- 47. Bom relacionamento interpessoal;
- 48. Senso de responsabilidade em relação à família;
- 49. Presença de crianças pequenas em casa;
- 50. Pais atenciosos e presentes;
- 51. Apoio da família em situações de necessidade;

Fatores Socioculturais:

- 52. Integração e bons relacionamentos em grupos sociais (colegas, amigos, vizinhos);
- 53. Adesão a valores e normas socialmente compartilhados;
- 54. Prática de uma religião
- 55. Práticas coletivas (esportes, atividades culturais, artísticas)
- 56. Rede social que oferece apoio prático e emocional;
- 57. Estar empregado;
- 58. Disponibilidade e acesso a serviços de saúde mental;

Outros:

- 59. Gravidez, puerpério;
- 60. Boa qualidade de vida;
- 61. Regularidade do sono;
- 62. Boa relação terapêutica

Quadro 3: Fatores de proteção³. Fonte: BOTEGA, 2015.

Ao se estudarem os fatores de risco e proteção, não basta contar os eventos. Não se trata de “checklist”, e os fatores devem ser avaliados criticamente em seu contexto individual. Um mesmo item pode aumentar o risco em um contexto, e reduzir em outro. Alguns fatores podem ser rapidamente modificáveis, o que também altera o risco. Vale atentar-se sempre aos fatores de proteção, tanto identificáveis pela própria pessoa em risco quanto avaliados pelo profissional, já que comumente são ignorados na avaliação de risco.

3.1 O risco iminente de suicídio

Alguns fatores indicam maior risco de que uma pessoa faça um ato suicida nas próximas horas ou dias, e demandam urgência para a intervenção. Na presença destes, é imperativo considerar a indicação de internação, ou outra forma de tratamento intensivo com vigilância contínua²² ou acionar a rede de urgência e emergência:

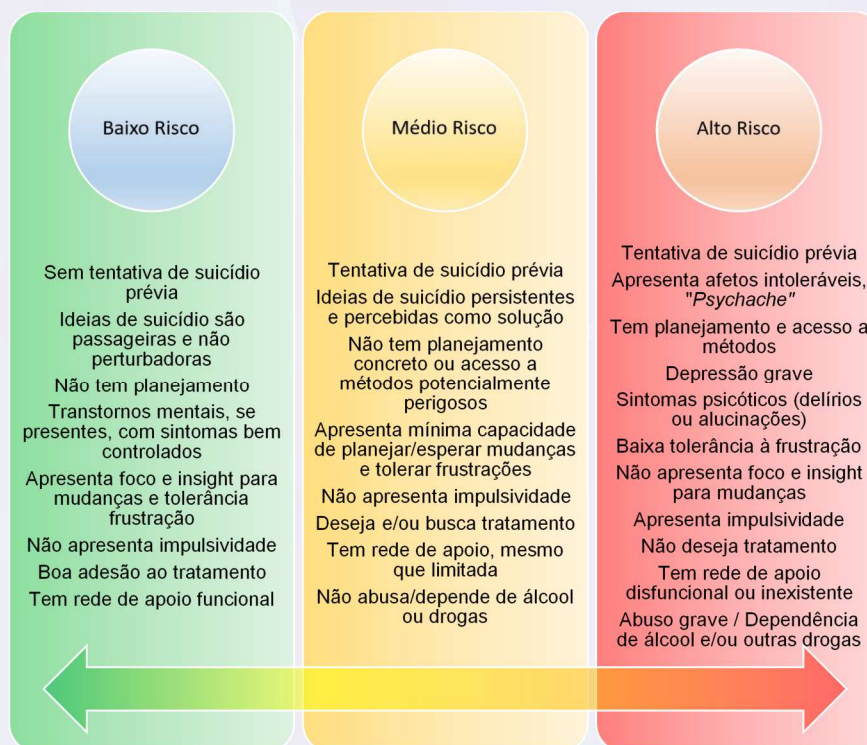
- ✚ **Tentativa de suicídio prévia:** é isoladamente o maior fator de risco para uma nova tentativa. Quando é recente, ou com método de alta letalidade, o risco aumenta.

- ✚ *Planejamento de ato suicida e/ou ações preparatórias:* a tomada de providências para execução de um plano, ou para evitar receber ajuda por outras pessoas também é indicativo de alta intencionalidade.
- ✚ *Eventos precipitantes (agudos):* são episódios estressores psicossociais e eventos de vida, percebidos pelo indivíduo como perdas, e cursando com os chamados afetos intoleráveis, que serão discutidos a seguir. É importante analisar o significado do evento especificamente para aquela pessoa, pois o risco é individual. Como exemplos, citam-se: separação conjugal, ruptura de relacionamento amoroso, rejeição afetiva ou social, perda de emprego, modificação da situação financeira atual, humilhação pública ou outro evento percebido como fracasso.
- ✚ *Afetos intoleráveis:* termo dado para designar uma dor psíquica intensa que é experienciada pelo sujeito como algo intolerável, imensurável, interminável e inescapável. São eles: sentimentos de abandono, ansiedade severa, desespero, desesperança, desamparo, raiva, vergonha, solidão e humilhação. Entre estes, o desespero está mais associado ao risco iminente, especialmente quando associado a qualquer outro afeto intolerável.
- ✚ *Uso de substâncias:* mesmo que não esteja em contexto de dependência química, o aumento do consumo de substâncias, como álcool ou outras drogas, está associado ao maior risco de tentativas de suicídio. Algumas pessoas fazem este uso para executar as ações planejadas, outras realizam tentativas de forma impulsiva sob efeito delas.
- ✚ *Impulsividade:* é outro marcador de alto risco de tentativas e de suicídios que deve ser sempre avaliado.
- ✚ *Suporte social:* a deterioração das relações sociais e o isolamento indicam maior risco, e é fundamental a avaliação da presença e da qualidade do suporte social, que podem ser familiares, amigos ou outras pessoas próximas. Muitas vezes, é o que poderá diferenciar a indicação de internação ou de tratamento ambulatorial. Não se trata simplesmente de verificar se há outras pessoas que moram junto do paciente, mas de avaliar a qualidade dessa relação, e se há condições efetivas de que a família se envolva, siga as recomendações de vigilância, acompanhe o paciente durante o período, e tenha realmente atitude de suporte sem julgamento.
- ✚ *Deterioração do funcionamento geral, ocupacional e do autocuidado.*

- Podem surgir *sintomas psicóticos, com vozes de comando suicidas/homicidas*. Este sintoma não é o mais frequente, mas quando ocorre no contexto da crise, indica uma perda de contato com a realidade e do controle sobre si.

Uma observação importante é que alguns itens enquanto são avaliados já indicam pontos de intervenção. Por exemplo, se o suporte social é precário, ausente ou inadequado, parte da intervenção deve se direcionar a ampliar este suporte. Se existe alta impulsividade, podem-se planejar estratégias para aumento do controle de impulsos. O fortalecimento dos fatores de proteção, por exemplo, com a descoberta de razões para viver, também é útil. Não existe uma intervenção única que seja adequada para todos os casos, e as soluções devem ser construídas junto a cada paciente.

Devido à complexidade dos fatores que envolvem o comportamento suicida, a literatura da área não apresenta um protocolo único de avaliação de risco e diagnóstico. Inúmeros instrumentos já foram elaborados, e vários são validados para uso no Brasil. De acordo com Botega³ (2015), a formulação de risco não é uma predição sobre quem poderá ou não consumir o suicídio, mas sim, um julgamento clínico que permite priorizar ações de prevenção dirigidas ao perfil do paciente. Com base nesta literatura e na realidade da SES-DF, o quadro a seguir ilustra os indicadores usados como guias para avaliação do risco.



Quadro 4: Avaliação do risco de suicídio^{3,22,23,24}. Adaptado de: BOTEAGA, 2015; MONTENEGRO, TAVARES e ARTS, 2012; TAVARES, 2003; SHNEIDMAN, 1993.

A avaliação do risco de suicídio deve partir de uma cuidadosa história clínica e incluir pelo menos os seguintes itens^{4,21,23}:

- ✚ *Transtornos mentais*: os mais frequentemente associados ao suicídio são depressão; transtorno bipolar; esquizofrenia; transtornos de personalidade; transtornos relacionados ao álcool e outras drogas, embora todos representem aumento do risco. O diagnóstico é importante para que seja instituído o tratamento adequado.
- ✚ *História pessoal de tentativas de suicídio*: quando, em que contextos, de que forma, quais os sentimentos associados antes e depois. Em casos de muitas tentativas, recomenda-se avaliar pelo menos a primeira, a mais grave e a mais recente.
- ✚ *História familiar de suicídio*.
- ✚ *Suicidabilidade*: pensamentos atuais de morte ou suicídio, intencionalidade, planos, providências, acesso a meios. É importante perguntar abertamente e escutar atentamente as respostas.
- ✚ *Afetos intoleráveis*: avaliar desespero, desesperança, desamparo, raiva, humilhação, vergonha, entre outros.
- ✚ *Características pessoais*: impulsividade, tolerância à frustração, recursos pessoais para lidar com estressores. Aqui vale citar também o comportamento de autolesão sem intenção suicida, a fim de diferenciá-lo das tentativas: este é definido como qualquer comportamento intencional, envolvendo agressão direta ao próprio corpo, sem intenção suicida e por razões não socialmente ou culturalmente compreendidas²⁵. Esta definição exclui tatuagens, perfurações e danos não-intencionais ao próprio corpo. A autolesão pode ser considerada fator de risco para o suicídio, e deve ser sempre avaliada. Porém, seu manejo específico não será abordado neste documento.
- ✚ *Eventos estressores precoces, crônicos e recentes*: abusos na infância, perdas ao longo da vida, separações, luto, perdas financeiras, eventos traumáticos. Eventos ao longo da vida podem ampliar vulnerabilidades, e os eventos recentes podem ser desencadeantes da crise.

✚ *Presença de doenças crônicas*, especialmente as que cursam com dor, perda de autonomia com aumento da dependência de terceiros, ou estigma social. Avaliar também a possibilidade de alterações de humor devido aos tratamentos prescritos. Algumas vezes, pacientes em crise suicida também buscam atendimento clínico por queixas somáticas diversas. Os profissionais de saúde também precisam estar atentos e planejar o momento de dar a notícia de diagnósticos de doenças crônicas, câncer, HIV ou outras doenças que estão no imaginário coletivo indicando morte, perda de funções ou tratamentos invasivos.

O **comportamento suicida** pode ser entendido como um conjunto de manifestações que variam desde a ideação suicida até o suicídio consumado, passando pela comunicação suicida, a ameaça e a tentativa de suicídio²⁶. As pessoas podem apresentar um ou vários comportamentos suicidas e expressá-los de formas diferentes. Essas definições são importantes para entender as características que os envolvem, fundamentando a avaliação de risco de suicídio.

A **avaliação de risco de suicídio** (baixo, médio ou alto) envolve o levantamento da história de vida de cada sujeito, considerando: a investigação dos fatores de risco e dos fatores de proteção, a apuração da história clínica psiquiátrica pregressa, a compreensão dos comportamentos suicidas e a identificação de sinais de alerta sobre o risco iminente²⁷.

O **risco agudo ou iminente de suicídio** é um julgamento clínico emitido pelo profissional de saúde, que identificou marcadores de crise suicida e fatores precipitantes relacionados ao cenário de vida atual do sujeito e que situa o risco de suicídio como iminente (próximas 48 horas) ou agudo (próximos dias até dois meses)^{22,28}.

4. CONDUTA

A conduta a ser tomada varia de acordo com o risco identificado. É importante o direcionamento aos serviços especializados em saúde mental para avaliação e acompanhamento de longo prazo nos casos de risco moderado a grave, mas até este encaminhamento, várias outras medidas podem e devem ser tomadas em todos os pontos de atenção da rede de saúde para reduzir o risco de nova tentativa ou mesmo do óbito por suicídio.

O documento BMJ Best Practice – Manejo do Risco de Suicídio²⁹ ressalta a relevância da

"mudança de paradigma na avaliação do risco de suicídio, passando da tríade 'caracterizar, prever e gerenciar o risco' para 'compaixão, proteção e planejamento da segurança'."

4.1 Conduta Preventiva

A conduta preventiva está descrita no Plano Distrital de Prevenção do Suicídio 2020-2023, e engloba o desenvolvimento de habilidades socioemocionais, apoio a grupos mais vulneráveis, medidas de promoção à saúde, entre outras¹⁴.

Uma Política de prevenção do suicídio eficaz depende da articulação entre vários setores da sociedade. Por exemplo, a mídia tem papel importante ao divulgar informações relevantes de maneira responsável. Ao mesmo tempo, a abordagem inadequada do tema pode ser prejudicial e levar a aumento dos casos de tentativas e suicídios consumados¹².

Como ação pública que tem evidência de eficácia e recomendação formal pela Organização Mundial da Saúde na prevenção do suicídio, está: *"Reduzir a disponibilidade, acessibilidade e atratividade dos meios (métodos potencialmente perigosos) de comportamento suicida"*². Neste sentido, ações como implementação de normas para construções com proteção, ou o controle da venda de pesticidas, medicamentos e armas têm fundamental importância.

Outra medida de prevenção é a implantação de Programas de Educação Emocional, que são delineados especialmente para crianças e adolescentes nas escolas. Estes Programas visam a desenvolver fatores de proteção, habilidades emocionais e resiliência frente a eventos estressores e são importantes estratégias de prevenção universal.

A prevenção do suicídio está inserida em um contexto mais amplo de saúde mental, e as iniciativas de promoção de saúde, bem como ações preventivas voltadas especificamente a grupos de maior risco devem ser apoiadas e incentivadas em todos os cenários da rede e articuladas junto a outros serviços¹⁴.

Todavia, o presente Manual se volta ao risco de suicídio estabelecido e à abordagem individualizada nos serviços de saúde, portanto, já na esfera das intervenções indicadas.

4.2 Tratamento Não Farmacológico: medidas indicadas para todos os serviços

Algumas medidas são preconizadas para qualquer serviço onde a pessoa for atendida, em todos os níveis de atenção:

- ✚ *Avaliação da necessidade clínica/cirúrgica/ortopédica imediata em caso de tentativa* (intoxicação, feridas, traumas, etc) e direcionamento à Rede de Urgência e Emergência conforme Portarias nº386 de 2017³⁰ e nº536 de 2018³¹;
- ✚ *Acolhimento e escuta ativa*: a validação das emoções e a escuta empática sem julgamentos alivia a angústia, permite uma melhor compreensão da situação de crise pela própria pessoa; ameniza o sofrimento e possibilita a construção de alternativas e oferta de suporte; o bom vínculo terapêutico é um dos componentes mais importantes, se não o mais importante, de uma intervenção em crise suicida;
- ✚ *Mobilizar o suporte social*: realizar contato com familiar ou rede de apoio; orientá-los quanto aos mitos a respeito do suicídio, sobre a importância da escuta e suporte sem julgamentos, e sobre retirar o acesso a meios potencialmente letais.
- ✚ *Orientar um familiar ou pessoa da rede social do paciente quanto à necessidade de vigilância*: não deixar a pessoa sozinha neste período de crise, evitar que ela tenha acesso a métodos potencialmente perigosos, como armas, substâncias químicas, locais altos sem proteção, medicamentos, entre outros.
- ✚ *Identificar os fatores de risco e de proteção*, e os sinais de alerta de risco iminente, construindo um plano de atendimento pautado nessa avaliação: a avaliação do risco de suicídio deve ser frequente e sistemática, porque alterações no contexto podem aumentar ou reduzir o risco de suicídio, até a resolução da crise. Após alta hospitalar de uma internação por tentativa, sugerem-se contatos periódicos com o paciente pelo menos até a inserção no serviço especializado que fará o acompanhamento de longo prazo.²¹

- ✚ *Documentar todo o procedimento:* oferecer os encaminhamentos por escrito e realizar contato prévio com o serviço de referência, garantindo o encaminhamento implicado, orientar paciente e familiares de forma clara, registrar toda a abordagem e intervenções realizadas no prontuário, inclusive contatos telefônicos, por mensagens eletrônicas ou outros meios, se houver.
- ✚ *Em caso de violência autoprovocada* (autolesão sem intenção suicida ou tentativas de suicídio), a Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019³², que institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, e a Portaria nº. 1.271, de 6 de junho de 2014 do Ministério da Saúde³³, impõem a *notificação compulsória e imediata*, ou seja, em até 24h. As orientações específicas sobre este procedimento estão descritas na Nota Técnica nº2/2017 da Subsecretaria de Vigilância à Saúde³⁴.
- ✚ *Notificação às autoridades policiais em caso de identificação de incitação ao suicídio:* é crime conforme o Art. 122 do Código Penal - Induzir ou instigar alguém a suicidar-se ou a praticar automutilação ou prestar-lhe auxílio material para que o faça. Em outras palavras, realizar uma tentativa de suicídio não é crime, mas induzir outra pessoa a isto é contra a Lei.

4.3 Medidas indicadas para cada nível de atenção

a) Atenção Primária à Saúde (APS):

- ✚ A APS tem papel fundamental nas medidas de *promoção à saúde e prevenção em saúde mental*, além de ser porta de entrada para o sistema, e de coordenar os cuidados integrais à saúde. Por sua característica de atuação territorial, tem atribuições importantes e ampla gama de possibilidades de atuação. Deve, por exemplo, avaliar as condições relacionais, sociais, familiares e outras que contribuem para aumento ou redução do risco.
- ✚ Realizar uma história clínica cuidadosa e abrangente, para avaliar os fatores de risco e proteção.
- ✚ Muitas pessoas em crise suicida buscam atendimento na atenção primária, por vezes com queixas clínicas diversas. As Equipes de Saúde da Família

têm importante papel na *quebra do estigma em relação ao comportamento suicida, na identificação precoce do risco, no manejo de casos de menor risco, no encaminhamento responsável* (co-responsabilização) aos serviços secundários e terciários de saúde mental, e podem também realizar o *monitoramento* dos pacientes após uma alta hospitalar, por exemplo.

- ✚ As Unidades Básicas de Saúde contam com Equipes de Saúde da Família, mas também com o apoio dos *NASF – Núcleos de Apoio em Saúde da Família*, e ainda com a oportunidade de *Matriciamento* pelos CAPS – Centros de Atenção Psicossocial, além da possibilidade de articulação para encaminhamento aos CAPS, CAPSi, CAPS-AD, ou ambulatórios de saúde mental. Estas estratégias permitem a ampliação de alcance e a melhor qualificação da assistência ofertada à população.
- ✚ A APS também deve realizar *busca ativa* por meio de contatos periódicos, ou mesmo visita domiciliar ao longo do acompanhamento longitudinal do caso. Após uma alta hospitalar por tentativa de suicídio, os primeiros meses são críticos para prevenção de novas tentativas. É importante que a equipe se coloque disponível por diversos meios, e que o paciente tenha clareza de como acessar ajuda em qualquer momento que necessite.
- ✚ Os *retornos devem ser agendados em intervalos menores* para monitoramento dos sintomas, do tratamento instituído e mesmo para fortalecimento do vínculo com o serviço, além de possibilitar retornos antes do agendamento programado se necessário. Do mesmo modo, quando há prescrição de medicamentos, a quantidade fornecida deve ser menor e mais frequente para garantir mais segurança em caso de uma tentativa por intoxicação.
- ✚ *Suporte e intervenção junto à família*: quando não está indicada a internação hospitalar, deve-se orientar a permanência da pessoa com algum familiar ou pessoa próxima continuamente. É importante também intervir para evitar comportamento hostil, de rejeição ou julgamento da família para com a pessoa em crise.
- ✚ Orientar sobre os *demais serviços da rede*, quando e como acioná-los;
- ✚ Avaliar quais recursos da comunidade estão acessíveis para o *fortalecimento dos fatores de proteção*;
- ✚ Elaborar um *Plano de Segurança* (Anexo) junto com a pessoa. Este Plano de Segurança inclui: Sinais de Alerta (quando eu devo utilizar o plano de

segurança), sejam pensamentos automáticos, imagens, humor, comportamentos, sensação física ou eventos desencadeantes; estratégias de enfrentamento, ou seja, que ações ou atividades a pessoa pode realizar que são eficazes em seu contexto; contatos de amigos ou familiares que podem ajudar a pessoa em momento de crise; contatos de serviços de emergência. Este Plano pode ser feito em papel, com aplicativos ou outros meios eletrônicos, ou de qualquer outra forma que seja facilmente acessível à pessoa e ela se sinta à vontade para utilizar³⁵.

b) Atenção Secundária: Policlínicas e CAPS

Além das medidas preconizadas para todos os serviços, a atenção especializada ambulatorial deve:

- ✚ *Diagnosticar e tratar* o(s) Transtorno mental (mentais) específico(s) se houver;
- ✚ Elaborar um *Plano de Tratamento* (ou Plano Terapêutico Singular no caso dos CAPS); intensivo, com retornos frequentes, que vise a fortalecer os fatores de proteção e aumentar a segurança, adaptável à realidade do paciente e recursos disponíveis;
- ✚ Trabalhar para desenvolver *habilidades de resolução de problemas* e de lidar com fatores estressores;
- ✚ *Encaminhar* aos serviços terciários quando indicado;
- ✚ Fazer um *Planejamento de longo prazo* com objetivos de: superação da crise atual, aumento dos recursos para lidar com crises futuras, recuperação da autonomia e ampliação da resiliência, estabelecer condições de alta do serviço especializado, e realizar a contrarreferência quando ocorrer.
- ✚ O “Contrato de vida”: é uma técnica em que profissional e paciente combinam, nos termos do paciente, uma espécie de “contrato terapêutico de não suicídio”. *Não existe consenso sobre o benefício desta estratégia, e não deve ser universalmente indicada*, mas pode ser útil quando representa efetivamente o vínculo já estabelecido entre profissional e paciente. Vale ressaltar que este documento não isenta o profissional de suas responsabilidades legais e éticas, nem reduz a necessidade de se

tomar todas as outras medidas preconizadas, e não pode ser usado como instrumento de coação. Este documento não garante que não haverá uma nova tentativa, mas pode servir como referência para o paciente buscar ajuda em momento que perceber que não conseguirá cumprir o que combinou^{21,29}.

- ✚ Realizar *Matriciamento junto à APS* no caso dos CAPS, com orientações e acompanhamento conjunto de pacientes.
- ✚ *Contatos periódicos nos intervalos entre as consultas*: telefonemas, mensagens eletrônicas, ou outras formas de contato do serviço com o paciente, de acordo com as necessidades individuais, combinadas previamente ou sob demanda, podem aumentar a chance de oferta de ajuda e o vínculo com o serviço, embora haja controvérsias a respeito.
- ✚ O documento BMJ Best Practice - Manejo do Risco de Suicídio²⁹ recomenda intervenções psicológicas com as seguintes características: *clareza na estrutura de tratamento; atenção focada no afeto; estilo ativo e participativo do terapeuta; uso de intervenções exploratórias e orientadas a mudanças*. Outras recomendações incluem o desenvolvimento de metas de longo prazo e estender as perspectivas para além do sofrimento imediato.
- ✚ Outros *alvos terapêuticos de longo prazo* são: habilidades de autorregulação emocional, incluindo a tomada de decisões e controle de impulsos³⁷.

c) SAMU-192, Unidades de Pronto Atendimento e Pronto Socorro dos Hospitais Gerais

- ✚ Além das medidas preconizadas para todos os serviços de saúde, os serviços de urgência e emergência devem realizar o *atendimento clínico, cirúrgico ou ortopédico imediato* que se fizer necessário em caso de tentativa de suicídio.
- ✚ *Avaliar o quadro clínico geral*, identificar a presença de comorbidades clínicas, a intoxicação ou abstinência de substâncias lícitas ou ilícitas, bem como a possibilidade de gravidez^{30,31}.

- ✚ Realizar *observação constante durante a estadia da pessoa no serviço*, retirar do alcance do paciente objetos que possam ser usados para autolesão (medicamentos, objetos cortantes, cintos, vidros, lâminas, etc), e mesmo entre os pertences. Avaliar o local da permanência quanto à proteção em janelas, vãos de escadas, e trancamento de portas em viaturas.
- ✚ Neste contexto, é importante *avaliar e reduzir o risco imediato*, pensando nos marcadores já citados anteriormente: os afetos intoleráveis, eventos desencadeantes, capacidade de cuidar de si, acesso a métodos potencialmente perigosos e a presença e qualidade do suporte social existente.
- ✚ Mobilizar *o suporte social*, orientando familiares ou outras pessoas próximas quanto à necessidade de vigilância contínua, restrição de acesso a métodos perigosos e acesso a serviços de saúde mental. Para isso, é importante ter informações sobre a rede de assistência. Estas ficam disponíveis em: www.saude.df.gov.br/saude-mental.
- ✚ Solicitar *avaliação especializada em saúde mental* antes da alta do serviço, para avaliação do risco, início ou ajuste de tratamento específico, e indicação de seguimento em regime ambulatorial ou de internação³¹.
- ✚ Em caso de internação em Hospital Geral, a alta deve ser planejada quando a avaliação de risco indicar *possibilidade de continuidade do tratamento* em outros contextos da rede.

d) Serviços de referência para internação psiquiátrica

- ✚ A Nota Técnica nº01/2019 da Diretoria de Serviços de Saúde Mental³⁶ orienta sobre os *critérios para encaminhamento aos serviços de referência* para internação psiquiátrica.
- ✚ O principal objetivo da internação em caso de risco de suicídio é a *proteção da vida da pessoa*. Deve focar em reduzir o risco imediato e criar condições para prosseguir o tratamento em contexto ambulatorial. É importante o diagnóstico específico das condições que desencadearam a crise, do transtorno mental, dos fatores predisponentes, precipitantes, de proteção, e a realização das intervenções intensivas indicadas.

- ✚ Durante a internação, a *avaliação do risco deve ser sistemática e repetida* a curtos intervalos, já que alterações no contexto interferem no risco.
- ✚ Após a alta hospitalar, recomenda-se o *seguimento periódico* de usuários que foram internados devido a tentativa de suicídio e sua rápida inserção no serviço de saúde mental indicado para tratamento de longo prazo.

4.4 Tratamento Farmacológico

O tratamento farmacológico a ser instituído é indicado de acordo com o diagnóstico específico realizado.

Alguns transtornos já têm Protocolos específicos estabelecidos pelo Ministério da Saúde em vigor: Esquizofrenia, Transtorno Esquizoafetivo e Transtorno Afetivo Bipolar tipo 1.

Apesar de existir evidências de ação de alguns fármacos na prevenção do suicídio, a recomendação é realizar o tratamento específico do transtorno associado juntamente às outras medidas preconizadas de intervenção.

Podem-se utilizar antidepressivos, ansiolíticos, estabilizadores de humor ou antipsicóticos, bem como associações destes, de acordo com a avaliação individualizada.

O carbonato de lítio é o medicamento com ação na redução das taxas de mortalidade por suicídio em pessoas com transtorno bipolar do humor, sendo que esta ação parece ser adicional ao efeito estabilizador de humor³⁸. O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Transtorno Afetivo Bipolar do tipo 1³⁹ orienta quanto ao uso desta medicação. Já a clozapina foi associada a redução da mortalidade por suicídio em pessoas com esquizofrenia. Esta medicação está indicada para casos refratários do transtorno, e sua utilização deve seguir as orientações do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para tratamento da Esquizofrenia⁴⁰.

Independentemente da medicação prescrita, alguns cuidados devem ser sempre observados e orientados às famílias:

- ✚ *Evitar a prescrição de grandes quantidades* de fármacos, para não ocorrer acúmulo em casa.

- ✚ Recomendar a familiares ou responsáveis para que *mantenham a guarda de todos os medicamentos da casa de forma segura*, para evitar tentativas de suicídio por intoxicação.
- ✚ Orientar quanto *ao tempo necessário para o início da resposta terapêutica*, que chega a duas a três semanas para a maioria dos psicofármacos. Mesmo após alguma melhora inicial, a vigilância e demais cuidados devem se manter.
- ✚ Alguns *efeitos adversos*, como insônia ou acatisia, podem aumentar o risco de uma tentativa de suicídio. Atentar também para a possibilidade de agitação ou irritabilidade nos primeiros dias de uso de algumas medicações, especialmente em pacientes mais jovens. É importante orientar o paciente e família a respeito para identificação e manejo adequado dos sintomas quando ocorrerem.
- ✚ A *adesão e o uso das dosagens adequadas* são necessários para se obter e avaliar a resposta ao tratamento farmacológico, para indicação de ajuste de doses, trocas ou associações de medicamentos.

Caso sejam indicados medicamentos do Componente Especial da Assistência Farmacêutica (conforme Protocolos Clínicos específicos vigentes), fornecer o relatório, resultados de exames e demais documentos necessários para início, manutenção ou ajuste da dispensação, conforme orientações no site <http://www.saude.df.gov.br/componente-especializado/>.

A *alta hospitalar* após uma tentativa pode ser dada após avaliação especializada pelos profissionais de saúde mental, conforme Portaria nº536 de 08 de junho de 2018³¹, caso não haja indicação de internação. Em caso de internação, o momento da alta deve considerar a redução do risco imediato, as condições de prosseguir o acompanhamento em contexto ambulatorial (em CAPS, ambulatório ou outro serviço indicado), o suporte social e familiar e a possibilidade de gerenciamento das circunstâncias desencadeadoras ou mantenedoras do risco, visando a sua redução. Todo o encaminhamento deve ser feito por escrito, registrado em prontuário e fornecidas as devidas orientações ao paciente e à família.

4.5 Em caso de óbito por suicídio

Em caso de óbito por suicídio no serviço de saúde, o corpo deve ser encaminhado à autoridade competente para as devidas providências. Por ser morte violenta, o Instituto Médico Legal é o responsável pela necropsia.

Todos os procedimentos realizados no serviço de saúde, bem como informações clínicas devem ser detalhadamente registrados no prontuário.

É essencial oferecer suporte imediato à família enlutada. O luto por suicídio tem mais chances de se tornar complicado. Costuma ser prolongado e tem maior impacto do que a maioria dos demais processos de luto. Em geral, há muitos questionamentos, sentimento de culpa, raiva ou outros, que eventualmente podem se voltar também contra os profissionais assistentes e a Instituição. Os sobreviventes também são considerados com risco aumentado de suicídio, portanto, é recomendado acompanhá-los durante o processo³.

É possível que a Instituição tenha a demanda de lidar com a imprensa. Neste caso, sugere-se que o Gestor ou apenas um representante do serviço fique responsável por este contato. Não se devem informar métodos utilizados, não expor a pessoa, nem familiares, não divulgar informações sigilosas ou não confirmadas, não publicar fotos, vídeos, ou cartas de despedida, não elaborar hipóteses ou atribuir causas únicas para o ocorrido, e sempre indicar onde buscar ajuda. Existem recomendações oficiais sobre como abordar o tema na mídia, para minimizar o risco do Efeito Contágio¹².

Outra ação importante é oferecer apoio aos profissionais de saúde que atenderam a pessoa que veio a falecer. Lidar com o suicídio de um paciente pode ser difícil para os profissionais, e o impacto em seu funcionamento ocupacional pode ser considerável. Entretanto, não é objetivo específico deste Manual orientar sobre as questões do luto por suicídio e posvenção.

4.6 O autocuidado

Atender pessoas em crise suicida pode ser um desafio. É importante manter a disponibilidade interna para ouvir e acolher o intenso sofrimento do outro, gerenciar grande quantidade de informações para tomar decisões em curto período de tempo, em contextos muitas vezes de alta tensão. Muitos sentimentos podem ser despertados nesta relação, e é necessário ter consciência deles para que a atuação seja adequada e não leve a prejuízos ao paciente nem ao esgotamento do profissional.

Identificar os recursos existentes para gerenciar o estresse, e respeitar os próprios limites são algumas ações protetoras. Porém, a recomendação mais relevante é o trabalho em equipe. Compartilhar os casos com os colegas divide a sobrecarga do trabalho, potencializa a atuação dos profissionais, e amplia as possibilidades de recursos para profissionais e pacientes.

Da mesma forma, acolher e dar suporte a um colega em crise protege a pessoa e a equipe. Buscar ajuda quando necessário é um comportamento de proteção bastante relevante no contexto de crise³.

5. O PAPEL DO GESTOR

O Gestor dos serviços hospitalares e de acolhimento deverá acompanhar as internações realizadas devido ao risco ou tentativas de suicídio identificadas, bem como todas as notificações de tentativas e suicídios consumados.

Caso sejam identificadas lacunas na capacitação dos servidores para a adequada assistência aos pacientes, deverão ser articuladas capacitações junto ao Comitê Permanente de Prevenção do Suicídio, Diretoria de Serviços de Saúde Mental, Escola de Aperfeiçoamento do SUS, convênios institucionais ou por outros meios. A articulação dos serviços para oferta de assistência em rede também é parte importante das medidas indicadas para atuação em crises suicidas. Esta articulação não se restringe aos serviços de saúde, mas também de assistência social, educação, segurança, sociedade civil, entre outros agentes.

Quanto à indicação de internação psiquiátrica, existem as modalidades voluntária e involuntária. No caso de internação involuntária, o gestor do serviço que realiza a internação deverá comunicar ao Ministério Público no prazo de 72 horas.

No caso de internação nos leitos de saúde mental dos hospitais gerais credenciados pelo Ministério da Saúde, as informações de produtividade devem ser lançadas nos sistemas adequados para fins de faturamento e manutenção do credenciamento dos leitos.

Recomenda-se também a implantação das demais medidas do Plano Distrital de Prevenção do Suicídio concomitantes às orientações contidas neste Manual.

6. CONCLUSÃO

A prevenção do suicídio é tarefa a ser realizada a partir da articulação de vários setores da sociedade: saúde, educação, segurança pública, agentes da mídia, legisladores e outros agentes políticos, lideranças comunitárias, sociedade civil, entre outros.

Diversas medidas podem ser tomadas a depender do contexto, dos recursos e do quadro apresentado. O acesso às redes de atenção à saúde é um dos elos essenciais para a efetivação da política pública.

Espera-se que este material auxilie com que as condutas dos serviços de saúde se tornem mais uniformes e com base nas evidências disponíveis, possibilitando melhor atendimento às pessoas em crise suicida em todos os serviços da rede, e que consigam acesso aos serviços de saúde mental.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. FERREIRA, R. **O suicídio**. Faculdade de Economia, Universidade de Coimbra. 2008.
2. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing Suicide: A Global Imperative**. World Health Organization. Geneva, 2014. Disponível em: <https://www.who.int/mental_health/suicideprevention/world_report_2014/en/>.
3. BOTEGA, N. **Crise Suicida: avaliação e manejo**. Porto Alegre. Editora Artmed, 2015. 302p.
4. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Suicídio: informando para prevenir**. Brasília: CFM/ABP, 2014. 52p.
5. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Folha informativa – Suicídio**. 2018. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5671:folha-informativa-suicidio&Itemid=839>.
6. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Suicide in the world: Global Health Estimates**. Geneva, 2019. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326948/WHO-MSD-MER-19.3-eng.pdf?ua=1>>. Acesso em: 14/02/2020.
7. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim Epidemiológico nº24**. Secretaria de Vigilância em Saúde, volume 50, Setembro, 2019.
8. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. Informe Epidemiológico Anual de Violência Interpessoal e Autoprovocada no Distrito Federal. 2019. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/05/INFORME-EPIDEMIOLOGICO-2019-2020-corrigida-2.pdf>>. Acesso em 10/03/2020.
9. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Prevenção do suicídio: Um Manual para profissionais da saúde em atenção primária**. Departamento de Saúde Mental, Genebra. 2000.
10. CEREL, J.; BROWN, M.; MAPLE M.; SINGLETON, M.; DE VENNE, J.V.; MOORE, M.; FLAHERTY, C. **How Many People Are Exposed To Suicide?** Not Six. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. The American Association Of Suicidology. N.49, v.2, p.529. Abril, 2019.
11. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Suicídio: Saber, agir e prevenir**. Boletim Epidemiológico Volume 48, nº30. 2017.
12. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Prevenção do suicídio: Um Manual para profissionais da mídia**. Departamento de Saúde Mental, Genebra. 2000.
13. HUMBERTO CORREA: **Combater** o tabu para evitar o suicídio. Folha de São Paulo, São Paulo, 10 de setembro de 2013. Disponível em: <<https://m.folha.uol.com.br/opiniao/2013/09/1339520-humberto-correa-combater-o-tabu-para-evitar-o-suicidio.shtml>>. Acesso em: 10/01/2021.
14. DISTRITO FEDERAL. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. **Plano Distrital de Prevenção do Suicídio 2020-2023**. Brasília, 2019. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/03/PLANO-DISTRITAL-DE-PREVEN%C3%87%C3%83O-DO-SUIC%C3%8DDIO-2020-2023-Aprovado-Colegiado-SES.pdf>> Acesso em 18/12/2019.
15. ESTELLITA-LINS, C.; BTESHE, M.; COUTINHO, M.F.C.; CLÉBICAR, T.; MIRANDA, M.C.B.; OLIVEIRA, V.M.; PORTUGAL, C.M.; SALLES, I.C.; SICILIANO, A.B. **Trocando Seis por Meia Dúzia: o suicídio como emergência do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, FAPERJ, p.9-11, 2012.

16. PESQUESUI/ICICT/FIOCRUZ. **Suicídio deve ser tratado como questão de saúde pública**. 2014. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/noticia/suicidio-deve-ser-tratado-como-questao-de-saude-publica-alertam-pesquisadores>>. Acesso em 19/03/2020.
17. LUOMA, J.B; MARTIN, C.E; PEARSON, J.L. **Contact With Mental Health and Primary Care Providers Before Suicide: A Review of the Evidence**. Am J Psychiatry. N.159 v.6. p.909-916. Jun 2002.
18. JAMES, R.K. GILLILAND, B.E. **Crisis Intervention Strategies**. Brooks/Cole, Cengage Learning. 7th edition. Belmont, California. 2013. 752p.
19. BOTEGA, N; RAPELI, C.B; CAIS, C.F.S. **Comportamento suicida**. In: BOTEGA, N. Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência. Porto Alegre: Artmed, 2006. P.431-445.
20. COSTA, F.B. **O Ensino da Intervenção em Crise: mitos e fatos sobre suicídio entre residentes e preceptores de psiquiatria**. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Ensino na Saúde) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2015.
21. RIO DE JANEIRO. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Avaliação do Risco de Suicídio e sua Prevenção**. Coleção Guia de Referência Rápida. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde – SMS, 2016. Disponível em: <https://subpav.org/download/prot/Guia_Suicidio.pdf>. Acesso em 18/02/2020.
22. MONTENEGRO, B; TAVARES, M.; ARTS. CL. **A operacionalização de variáveis como recurso para o julgamento clínico de risco de suicídio**. Manuscrito, artigo de tese de doutorado, Universidade de Brasília, 2012.
23. TAVARES, M. **História e Avaliação de Risco de Tentativas de Suicídio (HeARTS): entrevista clínica semiestruturada**. Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília. 2003.
24. SHNEIDMAN. E. S. **Suicide as psychache: a clinical approach to self-destructive behavior**. Northvale: Jason Aronson; 1993.
25. ARAGÃO NETO, C.H. **Autolesão sem intenção suicida e sua relação com ideação suicida**. Tese. Doutorado em Psicologia Clínica e Cultura. Universidade de Brasília, 2019.
26. WERLANG, B.G.; BOTEGA, N.J. **Comportamento Suicida**. Porto Alegre: Artmed, 2004.
27. BARRERO, S.P.; NICOLATO, R. CORREA, H. **Suicídio: uma morte evitável**. São Paulo: Editora Atheneu, 2006.
28. BERTOLETE. J.M.; MELLO-SANTOS, C.; BOTEGA, J.N. **Deteção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica**. Revista Brasileira de Psiquiatria, Vol. 32, Supl II, pp.87-95, 2010.
29. BMJ BEST PRACTICE. **Manejo do risco de suicídio**. Maio, 2019. Disponível em: <<https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/1016>> Acesso em: 12/02/2020.
30. DISTRITO FEDERAL. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. **Portaria nº386, de 27 de julho de 2017** - Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde. 2017.
31. DISTRITO FEDERAL. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. **Portaria nº536 de 08 de junho de 2018** - Institui as normas e fluxos assistenciais para as Urgências e Emergências em Saúde Mental no âmbito do Distrito Federal. 2018.
32. BRASIL. **Lei nº13819, de 26 de abril de 2019**. Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio. 2019.
33. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº1271, de 6 de junho de 2014**. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. 2014.

34. DISTRITO FEDERAL. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. **Nota Técnica para Orientação e Encaminhamento da Ficha de Notificação em Situação de Tentativa de Suicídio** - Nota Técnica SEI-GDF n.º1/2017 - SES/SVS/DIVEP/GEDANT/NEPAV. 2017.
35. WENZEL, A; BROWN, G. K; BECK, A. T. **Terapia Cognitivo-Comportamental para pacientes suicidas**. Porto Alegre: Artmed, 2010. 304p.
36. DISTRITO FEDERAL. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. **Nota Técnica nº1/2019 da Diretoria de Serviços de Saúde Mental**. Critérios de Regulação para internação de usuários em sofrimento psíquico na rede SESDF.
37. SILVA, A. G.; MALLOY-DINIZ, L. F.; GARCIA, M. S.; FIGUEIREDO, C. G. S.; FIGUEIREDO, R. N.; DIAZ, A. P.; PALHA, A. P. **Cognition as a therapeutic target in the suicidal patient approach**. *Frontiers in psychiatry*, v. 9, p. 31, 2018.
38. SCHATZBERG, ALAN F; NEMEROFF, CHARLES B. **The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychopharmacology**. American Psychiatric Publishing, Inc; 4th edition, 2009
39. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Transtorno Afetivo Bipolar do tipo I. Portaria nº 315, de 30 de março de 2016.
40. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Esquizofrenia**. Portaria SAS/MS nº 364, de 9 de abril de 2013.

ANEXO: O PLANO DE SEGURANÇA

1. Sinais de Alerta (quando eu devo utilizar o plano de segurança)

Pensamentos automáticos:

Imagens:

Humor:

Comportamentos:

Sensação Física:

Eventos:

2. Estratégias de Enfrentamento (coisas que eu posso tentar sozinho)

3. Contactando outras pessoas

Ligar para um amigo (Nome e telefone):

Se a distração não funcionar, posso ligar para as seguintes pessoas e dizer que estou em crise e pedirei ajuda.

Ligar para uma pessoa da família (Nome e telefone)

Ligar para um amigo (Nome e telefone)

4. Os seguintes serviços podem ser acessados 24 horas por dia durante 7 dias por semana:

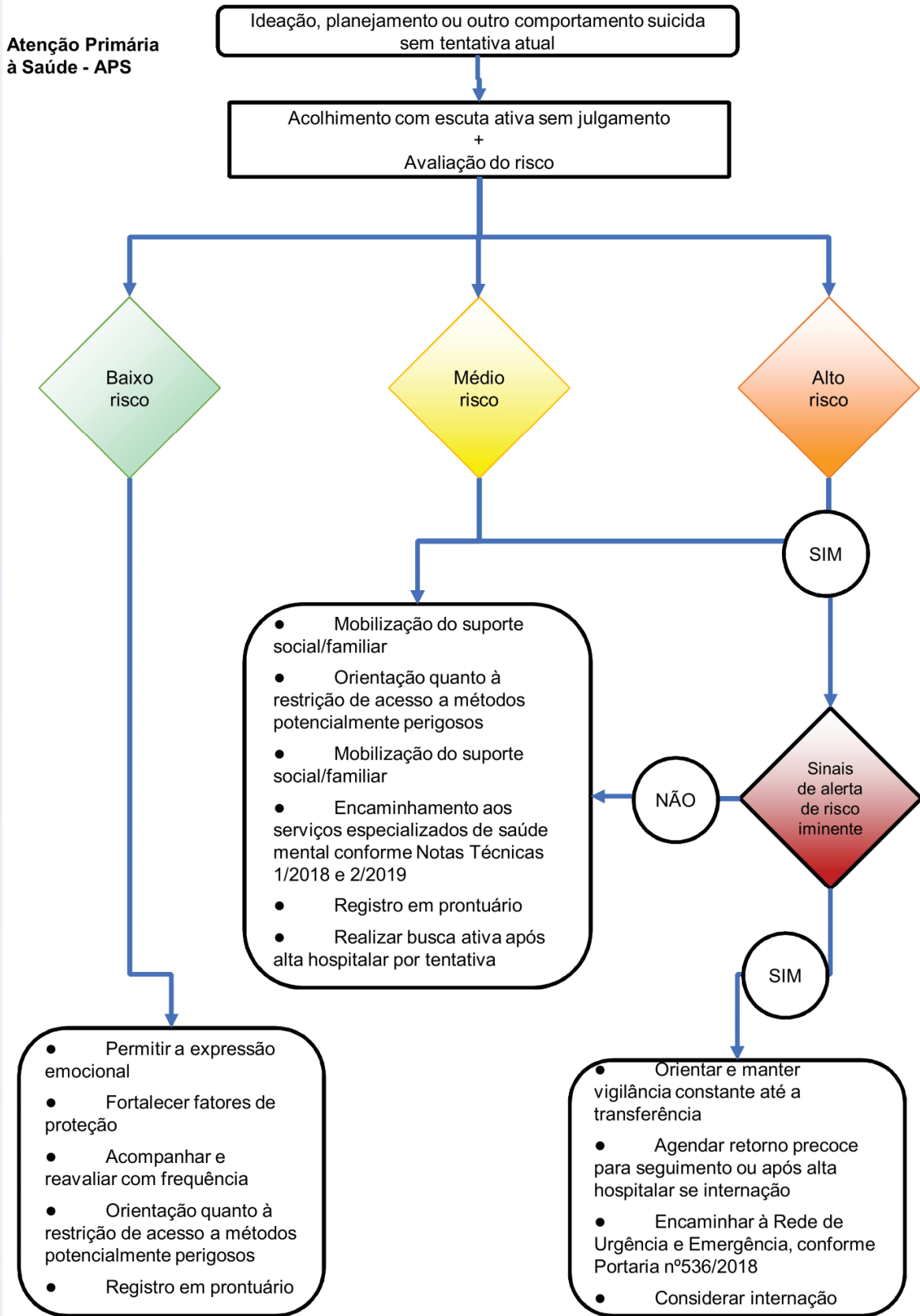
SAMU - NUSAM: 192

Outros: procurar o Pronto Socorro

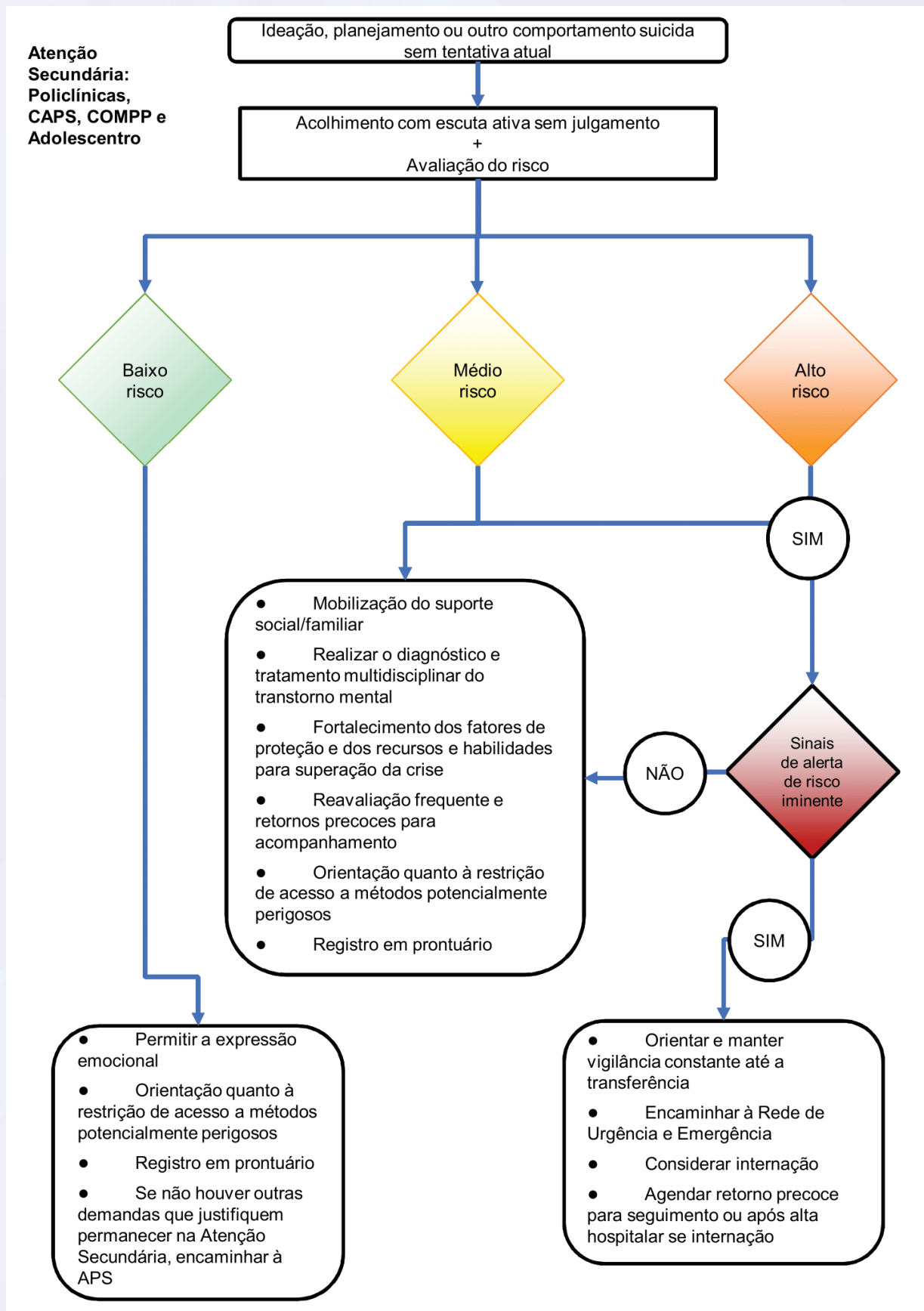
CVV: 188

Os Centros de Atenção Psicossocial da rede - CAPS oferecem acolhimento à população durante o horário de funcionamento

FLUXOGRAMAS

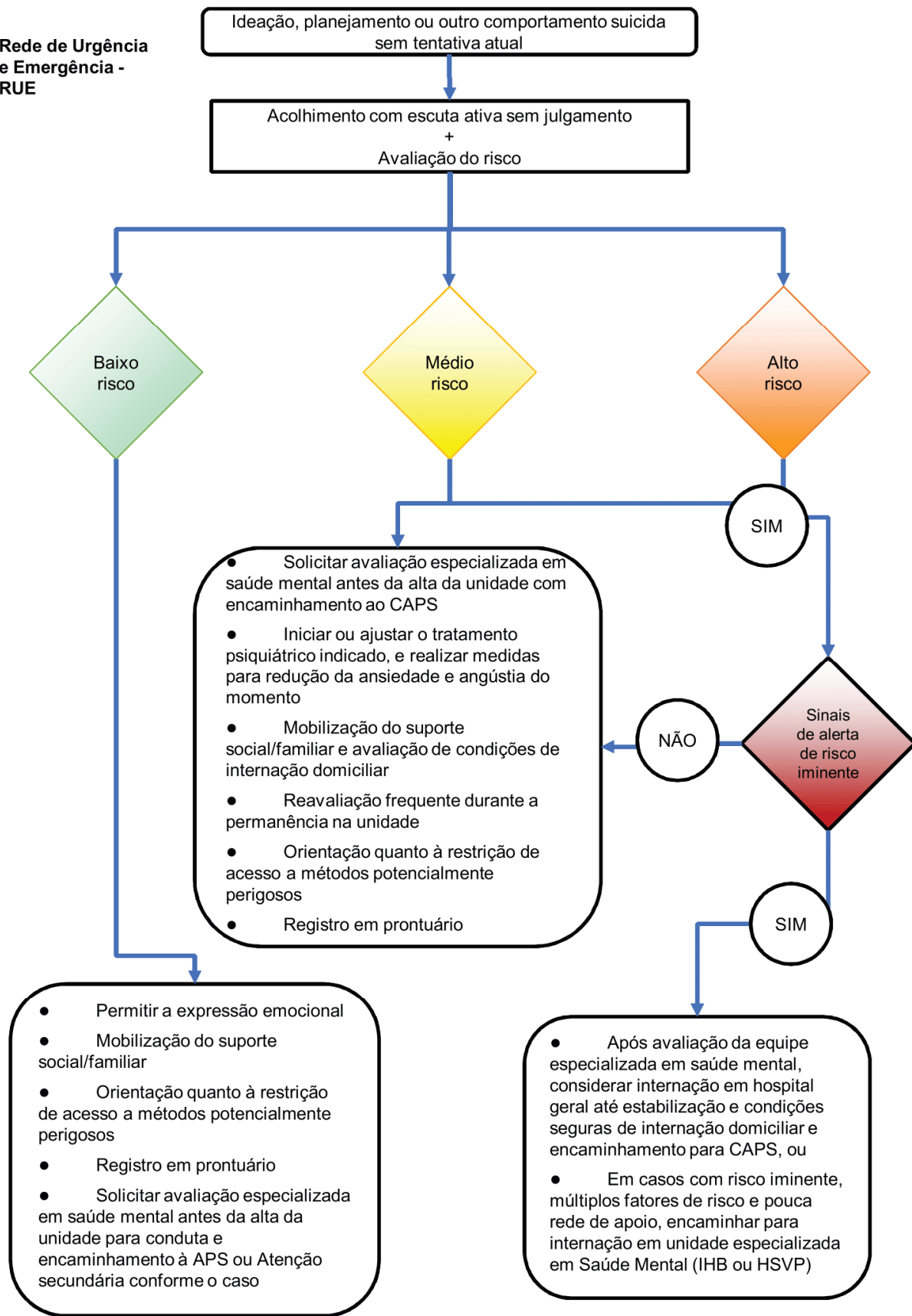


MANUAL DE ORIENTAÇÕES PARA O ATENDIMENTO À PESSOA EM RISCO DE SUICÍDIO



MANUAL DE ORIENTAÇÕES PARA O ATENDIMENTO À PESSOA EM RISCO DE SUICÍDIO

Rede de Urgência
e Emergência -
RUE



Para todos os níveis de atenção

Se tentativa
de suicídio

- Avaliar método usado e oferecer cuidado clínico, cirúrgico ou ortopédico imediato urgente conforme a necessidade, encaminhando à Rede de Urgência e Emergência conforme Portarias nº 386/2017 e 536/2018
- Garantir a segurança da pessoa durante todo o período no local de atendimento, manter vigilância constante durante a permanência no serviço
- Realizar avaliação do estado mental atual e do risco de suicídio para considerar internação ou tratamento ambulatorial, preferencialmente por especialista em saúde mental
- Prosseguir conforme o grau de risco avaliado (alto ou extremo)
- Elaborar um Plano de Segurança com o paciente
- Orientar sobre cuidados com as medicações prescritas, possíveis efeitos adversos, tempo e dose para efeito terapêutico
- Garantir seguimento do caso após a alta, realizar encaminhamento responsável ao serviço que deverá prosseguir o acompanhamento e/ou agendar retorno precoce
- Orientar familiares ou acompanhantes quanto à necessidade de vigilância constante e suporte no momento de crise, e reforçar a importância da restrição de acesso a métodos perigosos
- Realizar Notificação de violência autoprovocada conforme Nota Técnica nº1/2017 - SVS
- Registrar em prontuário de que houve tentativa de suicídio, bem como de todas as medidas tomadas, orientações e encaminhamentos fornecidos

Se óbito por
suicídio

- Realizar o registro no prontuário e na Declaração de Óbito
- Encaminhar o corpo à autoridade competente (IML)
- Oferecer suporte à família enlutada
- Avaliar encaminhamento de familiares a serviços de posvenção
- Atentar às reações da equipe que participou do cuidado e buscar / oferecer suporte aos profissionais

MANUAL DE ORIENTAÇÕES
PARA O ATENDIMENTO À
PESSOA EM RISCO DE SUICÍDIO

**Secretaria
de Saúde**

