

PROTOCOLO  
NÚCLEO DE SEGURANÇA DO  
PACIENTE/01/2017

**PREVENÇÃO DE RISCO  
DO SUICÍDIO**

Versão 1.0

Hospital de  
Clínicas





PROTOCOLO  
NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE/01/2017

# **Prevenção de Risco do Suicídio**

Versão 1.0

© 2017 Ebserh. Todos os direitos reservados  
Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – Ebserh  
www.Ebserh.gov.br

Material produzido pela Equipe do Núcleo de Segurança do Paciente do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM), administrado pela Ebserh  
Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins comerciais.

Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM), administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) – Ministério da Educação

PROTOCOLO ASSISTENCIAL/Prevenção de Risco do Suicídio – Núcleo de Segurança do Paciente do HC-UFTM, Uberaba, 2017.11p

Palavras-chaves: 1 – Protocolo; 2 – Prevenção do Suicídio.

**HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO  
ADMINISTRADO PELA EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES**

Avenida Getúlio Guaritá, 130  
Bairro Abadia | CEP: 38025-440 | Uberaba-MG |  
Telefone: (34) 3318-5200 | hcuftm.ebserh.gov.br

**JOSÉ MENDONÇA BEZERRA FILHO**  
Ministro de Estado da Educação

**KLEBER DE MELO MORAIS**  
Presidente da Ebserh

**LUIZ ANTÔNIO PERTILI RODRIGUES DE RESENDE**  
Superintendente do HC-UFTM

**AUGUSTO CÉSAR HOYLER**  
Gerente Administrativo do HC-UFTM

**GEISA PEREZ MEDINA GOMIDE**  
Gerente de Atenção à Saúde do HC-UFTM

**DALMO CORREIA FILHO**  
Gerente de Ensino e Pesquisa do HC-UFTM

**IVONETE HELENA ROCHA**  
Chefe da Divisão de Gestão do Cuidado do HC-UFTM

**IVONE APARECIDA VIEIRA DA SILVA**  
Chefe da Unidade de Atenção Psicossocial

**EXPEDIENTE**  
Núcleo de Segurança do Paciente  
Unidade de Atenção Psicossocial  
Curso de Medicina

## HISTÓRICO DE REVISÕES

**Elaborado por:**

(05/2017)

Renato Oliveira e Silva – Psiquiatra – Docente do Curso de Medicina  
CRM MG: 54.285

Ivone Aparecida Vieira da Silva – Chefe da Unidade de Atenção Psicossocial

Data	Versão	Organizador/Gestor do Protocolo	Validação por especialistas
08/05/2017	1.0	Renato Oliveira e Silva CRM MG 54.285	Eliene Machado Freitas Félix Vice Diretora Clínica/Núcleo de Protocolos Multiprofissionais (NPM) Thaís S Guerra Stacciarini – NPM Taciane C Santana NPM Eva Claudia Venâncio de Senne Unidade de Vigilância em Saúde e Qualidade Hospitalar Luciana Paiva Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)/Co- missão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)/ Unidade de Gestão de Riscos As- sistenciais

## SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA .....	6
2 - AVALIAÇÃO DOS PACIENTES E FORMULAÇÃO DO RISCO DE SUICÍDIO .....	7
3- ROTINA PARA AVALIAÇÃO DE RISCO DE TENTATIVA DE SUICÍDIO.....	9
4- REFERÊNCIAS E LITERATURA SUGERIDA .....	11



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO

Hospital de Clínicas

PA/NSP: 01/17  
Versão: 1.0

Protocolo Assistencial  
**Prevenção de Risco do Suicídio no Âmbito do  
Hospital de Clínicas da UFTM**

**1 – INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA**

Entende-se por comportamento suicida todo ato pelo qual uma pessoa causa lesão a si mesma independente do grau de intenção letal e do verdadeiro motivo desse ato. Por ser uma definição um tanto abrangente é possibilitado a compreensão desse comportamento ao longo de um *continuum*: de pensamentos autodestrutivos, passando por ameaças, gestos e tentativas de suicídio, e por fim o suicídio.

Ações da Organização Mundial de Saúde (OMS) iniciadas a partir dos anos 2000 têm colocado o suicídio como uma prioridade na agenda da saúde pública mundial. Os objetivos incluem estratégias de prevenção e educação sobre o tema, a redução do estigma e a implantação de planos nacionais de prevenção ao suicídio. Atualmente, o Brasil possui diretrizes gerais sobre o tema, mas não conta com um plano nacional com ações voltadas para a prevenção. Uma ação feita pela OMS em conjunto com a Associação Internacional de Prevenção ao Suicídio tem recebido destaque nos últimos anos. Trata-se da criação do Dia Mundial de Prevenção de Suicídio, no dia 10 de setembro. Em 2014 foi iniciado no Brasil pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), Centro de Valorização da Vida (CVV) e Conselho Federal de Medicina (CFM) o “Setembro Amarelo”, uma campanha de conscientização, divulgação de material científico e outras ações na mídia, que apresentou boa receptividade pela população e entidades.

Apesar do crescente interesse sobre o tema e das ações citadas anteriormente, o suicídio é um problema com magnitude importante. No Brasil, o coeficiente médio de mortalidade por suicídio entre 2004 e 2010 foi de 5,7%, enquanto que em 2012 foi de 5,8% (dados segundo estimativa da OMS). A OMS afirma ainda que, entre 2000 e 2012, o coeficiente padronizado global de mortalidade por suicídio (que ajusta os números de acordo com o tamanho e a estrutura etária da população ao longo do tempo) diminuiu 28%. Apenas 29 dos 172 (isto é, em 17%) países estudados tiveram uma elevação dos índices. O Brasil encontra-se nesse subgrupo.

Os meios utilizados para o suicídio variam de acordo com o acesso aos métodos e a cultura. Em relação ao local onde ocorre, no Brasil a maioria dos eventos acontece no domicílio e em segundo lugar



nos hospitais. Estima-se que pacientes em regime de internação possuem risco de suicídio três vezes maior do que na população geral.

O Hospital Geral (HG) é um dos principais dispositivos do Sistema Único de Saúde (SUS) e trata-se de um recurso indispensável no cenário atual do comportamento suicida, pois é no HG que muitas vezes são feitas admissões das tentativas de suicídio mais graves. Além de palco assistencial, o hospital também pode ser o lugar para o comportamento suicida. Nesse aspecto é importante considerar que o momento da internação é delicado e pode precipitar estresse psicológico por motivos como: ansiedade de separação, medo de estranhos, medo da perda de controle, sentimento de culpa e retaliação, perda de amor e aprovação, medo de danos a partes do corpo, medo da dor e da morte. Além disso, existem também os fatores de risco relacionados ao próprio sujeito: presença de doenças crônicas, terminais dolorosas e incapacitantes somados a influência de transtornos psiquiátricos como estado confusional agudo (*delirium*) e depressão, por exemplo. Outro fator a ser considerado e que aumenta o risco é a história pregressa de tentativa de suicídio prévia.

## 2 - AVALIAÇÃO DOS PACIENTES E FORMULAÇÃO DO RISCO DE SUICÍDIO

A formulação de risco de suicídio (Quadro 1) é o conjunto de informações relevantes e articuladas que permite um parecer final, embasado cientificamente. Importante considerar que formulação de risco não é uma predição sobre quem poderá ou não se matar, mas um julgamento clínico que permite priorizar ações dirigidas ao paciente.

A formulação só é possível após avaliação clínica cuidadosa e sistemática, não deve ser baseada na simples intuição e é importante considerar que os fatores de risco e proteção podem ser mutáveis.

<b>Risco Baixo</b>	<b>Risco Moderado</b>	<b>Risco Alto</b>
Nunca tentou suicídio; Ideias de suicídio são passageiras e perturbadoras; Não planeja se matar; Transtorno mental, se presente, com sintomas bem controlados; Boa adesão ao tratamento; Tem vida e apoio sociais.	Tentativa de suicídio prévia; Depressão ou transtorno bipolar; Ideias persistentes de suicídio, vistas como solução; Não tem um plano de como se matar; Não é uma pessoa impulsiva; Não abusa/depende de álcool ou drogas; Conta com apoio social.	Tentativa de suicídio prévia; Depressão grave, influência de delírio ou alucinação; Abuso/dependência de álcool; Desespero, tormento psíquico intolerável, não vê saída; Plano definido de se matar; Tem meios de como fazê-lo; Já tomou providências para o ato suicida.

**Quadro 1** – Formulação de Risco de Suicídio

Os chamados fatores de proteção (Quadro 2) contra o suicídio são mais complexos em sua definição e mais difíceis de serem mensurados.

<b>Fatores de Proteção</b>
<b>Personalidade e estilo cognitivo</b>
Flexibilidade cognitiva; Disposição para aconselhar-se em caso de decisões importantes; Disposição para buscar ajuda; Abertura à experiência de outrem; Habilidade para se comunicar; Capacidade para fazer uma boa avaliação da realidade; Habilidade para solucionar problemas da vida.
<b>Estrutura Familiar</b>
Bom relacionamento interpessoal; Senso de responsabilidade em relação à família; Crianças pequenas em casa; Pais atenciosos e consistentes; Apoio em situações de necessidade.
<b>Fatores socioculturais</b>
Integração e bons relacionamentos em grupos sociais (colegas, amigos, vizinhos); Adesão a valores e normas socialmente compartilhados; Prática religiosa e outras práticas coletivas (clubes esportivos, grupos culturais); Rede social que propicia apoio prático e emocional; Estar empregado; Disponibilidade de serviços de saúde mental.
<b>Outros</b>
Gravidez e puerpério; Boa qualidade de vida; Regularidade do sono; Boa relação terapêutica.

**Quadro 2** – Fatores de proteção contra o suicídio

### 3- ROTINA PARA AVALIAÇÃO DE RISCO DE TENTATIVA DE SUICÍDIO

#### Função do Médico:

- a) Avaliar clinicamente o paciente admitido e estratificar o risco caracterizando como:
  - i. **Risco considerado baixo** – nenhuma ação específica. Se internação prolongada, reavaliar em intervalos regulares;
  - ii. **Risco moderado** – registrar no prontuário, solicitar avaliação do especialista, discutir o caso com o enfermeiro responsável, sugerir colocar o paciente em local seguro (andar térreo ou com grades na janela) e de fácil observação pela equipe de enfermagem, orientar a retirada de objetos perigosos (esfingnomanômetros, perfuro-cortantes, cintos, medicamentos, faixas, etc.), supervisionar sempre o acesso ao banheiro e discutir com a equipe a autorização de acompanhante em período integral.
  - iii. **Risco alto** – além das ações de “risco moderado”, se turvação da consciência e/ou agitação psicomotora: sedação, tratamento adequado e considerar contenção mecânica no leito. Acompanhamento longitudinal do paciente. Discussão do caso com equipe assistencial.
- b) Registrar as condutas em prontuário e promover a notificação ao Setor de Vigilância em Saúde;
- c) Solicitar a interconsulta com a psiquiatria;
- d) Informar aos demais membros da equipe multiprofissional;
- e) Ter disponibilidade para escutar as angústias do paciente e esclarecer dúvidas;
- f) Envolver os familiares ou rede de apoio no planejamento pós alta.

#### Função do Enfermeiro:

- a) Avaliar o paciente admitido quanto ao risco de tentativa de suicídio, informando imediatamente ao médico assistente;
- b) Discutir junto com o médico assistente a necessidade de avaliação especializada e tratamento de ideias e comportamento suicida;
- c) Solicitar avaliação dos profissionais de psicologia e serviço social;
- d) Risco moderado/ alto:
  - i. Monitorar os efeitos dos medicamentos e seus efeitos desejados, envolver o paciente em seu tratamento quando possível e ajudar a manter uma rede de apoio próxima;

- ii. Ações em enfermaria: colocar o paciente em leito próximo ao posto de enfermagem, discutir o caso nas trocas de equipe, evitar isolamento, supervisionar as idas ao banheiro, retirar do alcance objetos que possam trazer risco e aferir sinais vitais em intervalos mais curtos;
  - iii. Discutir o caso juntamente com toda equipe assistencial.
- e) Registrar as condutas em prontuário;
  - f) Informar aos demais membros da equipe multiprofissional;
  - g) Ter disponibilidade para escutar o paciente e esclarecer dúvidas;
  - h) Observar e ficar atento as mudanças comportamentais e/ou do humor ao longo do dia;
  - i) Envolver os familiares ou rede de apoio no planejamento pós alta.

**Função do Psicólogo:**

- a) Avaliar e acompanhar intercorrências psicológicas dos pacientes admitidos quanto ao risco de tentativa de suicídio, em especial nos casos em que a equipe multiprofissional sinalize a suspeita de risco;
- b) Estar atento à necessidade de uma avaliação psiquiátrica informando ao médico assistente para que o mesmo solicite a interconsulta com o psiquiatra;
- c) Realizar acolhimento à família, no caso de pacientes sem condições de abordagem inicial, até o paciente ter condições de ser atendido;
- d) Articular serviço de acompanhamento pós-alta para os pacientes com risco moderado/alto;
- e) Registrar as condutas em prontuário.

**Função do Serviço Social:**

- a) Localizar a família quando o paciente não dispuser de referência familiar e/ou cadastro de telefone e endereço em prontuário;
- b) Atendimento familiar, com vistas ao reconhecimento da realidade sociofamiliar;
- c) Se o paciente faz acompanhamento em serviço de psiquiatria, fazer contato, solicitar relatório e informações clínicas relevantes;
- d) Articular serviço de acompanhamento pós-alta para os pacientes com risco moderado/alto;
- e) Orientação quanto aos mais diversos direitos sociais, tais como: direitos previdenciários, licenças, seguros, trabalhistas, entre outros direitos;
- f) Registrar as condutas em prontuário.

## **REFERÊNCIAS E LITERATURA SUGERIDA**

Bertolote JM, Mello-Santos Cd, Botega NJ. Detecting suicide risk at psychiatric emergency services. Rev Bras Psiquiatr. 2010;32:S87-95

Botega, NJ. Crise suicida: avaliação e manejo. Porto Alegre: Artmed, 2015.

World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. Geneva: WHO; 2014.

World Health Organization. Preventing suicide: how to start a survivors group. Geneva: WHO; 2008.



**HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO  
MINEIRO**

Avenida Getúlio Guaritá, 130  
Bairro Abadia | CEP: 38025-440 | Uberaba-MG  
Núcleo de Segurança do Paciente  
Telefone: (34) 3318-5261 | Sítio: [www.ebserh.gov.br/web/hc-uftm](http://www.ebserh.gov.br/web/hc-uftm)