

Guia de Prevenção e Manejo do Comportamento Suicida para estudantes de Psicologia

Organizadoras

Gleycielle Silva Magalhães

Ana Cristina Vidigal Soeiro



Parauapebas - PA
2025



Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Guia de prevenção e manejo do comportamento
suicida para estudantes de psicologia [livro
eletrônico] / organizadoras Gleycielle Silva
Magalhães, Ana Cristina Vidigal Soeiro. --
Parauapebas, PA : Ed. dos Autores, 2025.
PDF

Vários autores.
Bibliografia.
ISBN 978-65-01-73307-4

1. Comportamento suicida 2. Psicologia
comportamental 3. Psicologia - Estudo e ensino
4. Suicidas - Comportamento 5. Suicídio - Prevenção
I. Magalhães, Gleycielle Silva. II. Soeiro, Ana
Cristina Vidigal.

25-307066.0

CDD-155.937

Índices para catálogo sistemático:

1. Comportamento suicida : Aspectos psicológicos
155.937

Eliete Marques da Silva - Bibliotecária - CRB-8/9380

SOBRE AS ORGANIZADORAS

Gleycielle Silva Magalhães –

Bacharel em Psicologia (CEULP/ULBRA). Psicóloga (CRP10/07912). Especialista em Saúde Mental – Residência (CEULP/UBRA). Pós-graduanda em Psicopatologia (Faculdade Focus).

Mestranda do Programa de Pós-graduação em Ensino em Saúde na Amazônia (PPGESA/UEPA). Membro da Associação Brasileira de Estudos e Prevenção do Suicídio (ABEPS).

Servidora pública efetiva, atua como psicóloga no CAPS I e em Clínica de Iniciativa privada com atendimentos presenciais e online a adolescentes e adultos em Xinguara-PA.



Ana Cristina Vidigal Soeiro –

Bacharel em Psicologia, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialista em Psicologia Clínica Abordagem Psicanalítica, UFPA e; em Terapia Familiar, Universidade do Estado do Pará (UEPA).

Mestre em Ciências / Psicologia da Saúde, Nihon Joshi Daigaku / Japan Womens University (Japão). Doutora em Ciências Sociais / Antropologia, UFPA.

Professora adjunta da Universidade do Estado do Pará. Docente permanente do Programa de Pós-Graduação em Ensino em Saúde na Amazônia (PPGESA/UEPA).



DESCRIÇÃO TÉCNICA DO PRODUTO

Origem do Produto: Dissertação do Mestrado Profissional “PRODUTOS EDUCACIONAIS PARA A PREVENÇÃO E MANEJO DO COMPORTAMENTO SUICIDA NO ENSINO DE PSICOLOGIA”.

Áreas de Conhecimento: Ensino em Saúde; Psicologia; Saúde Mental.

Finalidade: Colaborar com o processo de ensino-aprendizagem dos estudantes de Psicologia, por meio de uma abordagem didática e reflexiva que favoreça a ampliação do conhecimento sobre a prevenção e manejo do comportamento suicida, favorecendo o desenvolvimento de competências para a atuação sensível, fundamentada e comprometida com a realidade social e sanitária brasileira.

Categoria do Produto na Área de Ensino: Material didático/instrucional – Manual (guia).

Disponibilidade: Irrestrita, preservando-se os direitos autorais bem como a proibição do uso comercial do produto.

Divulgação: Formato digital e impresso.

Instituição envolvida: Universidade do Estado do Pará (UEPA) – Programa de Pós-Graduação em Ensino em Saúde na Amazônia (PPGESA).

Idioma: Português.

Cidade: Parauapebas-PA.

País: Brasil.

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| NOTAS INTRODUTÓRIAS..... | 6 |
| APRESENTAÇÃO..... | 8 |
| 1. PREVENÇÃO E MANEJO DO COMPORTAMENTO SUICIDA NA PSICOLOGIA..... | 10 |
| 2. O SUICÍDIO COMO UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA..... | 11 |
| 2.1 Aspectos históricos e culturais..... | 11 |
| 2.2 Suicídio e comportamento suicida: conceitos e definições..... | 17 |
| 2.3 Epidemiologia..... | 22 |
| 3. ACOLHIMENTO EM SAÚDE MENTAL NAS DEMANDAS SUICIDAS.... | 27 |
| 3.1 Acolhimento em saúde mental nas diversas áreas de atuação do psicólogo..... | 27 |
| 3.2 Acolhimento, estratificação de risco e prevenção do comportamento suicida: o que fazer de imediato?..... | 32 |
| 3.3 Encaminhamentos: referência/contrarreferência do usuário na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)..... | 34 |
| 4. ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO PSICOLÓGICAS NA PREVENÇÃO E MANEJO DO COMPORTAMENTO SUICIDA..... | 37 |
| 4.1 Entrevista..... | 37 |
| 4.2 Observação..... | 44 |
| 4.3 Exame Psíquico..... | 44 |
| 4.4 Plano de Segurança..... | 50 |
| 4.5 Aspectos ético-profissionais e legais..... | 52 |
| 4.6 Produção de registro documental e evolução em prontuário multiprofissional..... | 54 |
| 5. REFERÊNCIAS..... | 56 |
| 6. ANEXOS..... | 66 |
| 6.1 ANEXO A – Ficha de Notificação Compulsória de Violência Interpessoal/ Autoprovocada..... | 66 |
| 6.2 ANEXO B – Ficha de Notificação Compulsória de Intoxicação Exógena..... | 68 |
| 6.3 ANEXO C – IRIS – Índice de Risco de Suicídio..... | 70 |



NOTAS INTRODUTÓRIAS



Abordar a temática do suicídio na formação profissional requer planejamento e preparo, em razão de tratar-se de um assunto sensível, complexo, e que pode suscitar variadas reações, especialmente no caso de indivíduos que apresentam um certo grau de vulnerabilidade psicológica. Assim, é preciso um cuidadoso olhar para os aspectos técnicos e humanísticos que o tema enseja.

Como o guia foi projetado para o contexto da Psicologia, optou-se pela inclusão de tópicos considerados fundamentais nas atividades de ensino e aprendizagem. Entretanto, pela sua natureza e seu potencial para mobilizar sentimentos e emoções, é recomendável atenção aos aspectos emocionais e comportamentais decorrentes, haja vista que algumas pessoas podem se sentir ansiosas ou mobilizadas.

O estudo do comportamento suicida suscita empatia, compaixão e um olhar cuidadoso para as necessidades biopsicossociais, tão importantes no cenário do ensino em saúde. Trata-se de um assunto que precisa ser tratado com seriedade e responsabilidade, de modo a promover a superação de inúmeros equívocos e preconceitos, os quais ainda reforçam a pouca problematização dessa realidade.

Por fim, é preciso lembrar que a formação em Psicologia também pressupõe um processo pessoal de progressivo autoconhecimento, e isso vale tanto para docentes e preceptores, como também para os alunos. Por isso, todos têm sempre muito a aprender com esse tipo de reflexão!

APRESENTAÇÃO



O Guia de Prevenção e Manejo do Comportamento Suicida para Estudantes de Psicologia é resultado da Dissertação de Mestrado Profissional “PRODUTOS EDUCACIONAIS PARA A PREVENÇÃO E MANEJO DO COMPORTAMENTO SUICIDA NO ENSINO DE PSICOLOGIA”, desenvolvido no Programa de Pós-Graduação em Ensino em Saúde na Amazônia, da Universidade do Estado do Pará.

Trata-se de um material didático contendo conteúdos elaborados a partir de uma pesquisa de campo realizada com estudantes de Psicologia (entre o 7º e o 10º período), na qual foram identificadas as demandas de aprendizagem sobre o tema. Sua concepção partiu do intuito de contribuir à formação acadêmica de futuros psicólogos, especialmente no que concerne à prevenção e manejo do comportamento suicida.

A escolha das temáticas foi realizada visando à integração entre os conteúdos teóricos e práticos contemplados nos componentes curriculares do curso, de modo a desenvolver e aprimorar os conhecimentos, as habilidades e as competências para atuar na área de saúde mental. Embora represente uma importante ferramenta para potencializar o aprendizado, recomenda-se que sua utilização possa ser acompanhada por educadores e profissionais com experiência na área, haja vista a complexidade que envolve o tema.

Além disso, como os alunos são inseridos em cenários de prática já nas primeiras séries do curso, é esperado que os assuntos abordados auxiliem o ensino e o aprendizado sobre a temática, inclusive por sua notável importância no campo da saúde pública.

A prevenção e manejo do comportamento suicida requer o desenvolvimento de ações voltadas ao acolhimento em saúde mental, e as informações aqui apresentadas devem guiar o estudante de Psicologia por esse caminho tão complexo, mas tão cheio de significado. Apesar de estar direcionado a estudantes de Psicologia, o material pode ser útil para estagiários, residentes e profissionais que atuam no campo da saúde mental, nos vários níveis de atenção à saúde.

Para os docentes, o guia pode ser utilizado como material de apoio didático-instrucional em atividades teóricas e práticas, visto que contempla informações essenciais para compreender como a Psicologia pode e deve intervir nesse cenário.

Boa leitura!



Gleycielle Silva Magalhães



Ana Cristina Vidigal Soeiro

1. PREVENÇÃO E MANEJO DO COMPORTAMENTO SUICIDA NA PSICOLOGIA

O guia foi concebido para ser usado em variados contextos, e portanto, seu foco inclui a apresentação resumida de temas que devem ser contemplados na formação de estudantes de Psicologia. Assim, o objetivo é ajudar a responder às seguintes perguntas:

- 1 Como descrever a relevância da temática no ensino em saúde?**
- 2 De que forma o tema tem sido concebido ao longo da história e por que se tornou relevante sob a perspectiva da Saúde Coletiva?**
- 3 O que significa realizar acolhimento em saúde mental, especialmente em se tratando de demandas suicidas?**
- 4 Quais referências e técnicas da Psicologia podem ser utilizados para prevenção e manejo do comportamento suicida?**

Por ser um produto educacional, o guia pode ser utilizado no processo de ensino/aprendizagem, com auxílio de metodologias de ensino que incluem o estudo dirigido, as aulas expositivas dialogadas, sala invertida, aprendizagem baseada em problemas e outras estratégias usadas no meio acadêmico.

2. O SUICÍDIO COMO UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

Você sabe quando o suicídio se tornou um problema de saúde pública?

2.1 Aspectos históricos e culturais

No decorrer da história, observam-se diversas representações e motivações para o suicídio. Algumas condições sociais influenciavam sua prática no passado, a exemplo dos escravos e povos cativos que se suicidavam para se esquivar dos maus tratos e explorações que sofriam. Como é possível constatar em diversos relatos históricos, há vários significados e tabus em torno do assunto, e algumas representações predominam até os dias atuais (Botega, 2023; Drane, 2013).



Na antiguidade greco-romana, o suicídio era visto como natural, desde que a morte provocada não ofendesse aos deuses. O governo detinha uma substância letal (cicuta) para esse fim, portanto, indivíduos que desejassem o autoextermínio, deveriam pedir permissão ao Estado para tal. Caso a permissão fosse deferida, era entregue uma porção da substância para realizar o suicídio. No entanto, como o tesouro não poderia ser prejudicado, soldados, escravos ou criminosos não tinham direito de escolha sobre a própria morte (Botega, 2023; Soares, 2017).

Sócrates, Platão e Aristóteles ponderavam sobre o suicídio, mas somente Aristóteles, era totalmente contrário a tal prática, por considerá-la onerosa para o Estado. Entretanto, os estoicos romanos consideravam o autoextermínio uma saída justificável, desde que a morte estivesse coerente com os valores de vida, ou quando as limitações do corpo não mais permitissem uma vida desejável. No entanto, a partir do século V, o suicídio foi proibido pelo imperador romano Constantino, devido a questões econômicas e políticas. De forma que, além da culpabilização do suicida, os bens dos familiares eram apreendidos (Botega, 2023; Soares, 2017).

Na Idade Média, o suicídio era reprovável, uma vez que este período é caracterizado pela forte influência da religiosidade cristã católica no mundo ocidental. Neste contexto, o homem não teria permissão para interromper a vida que recebera de Deus, e muito menos deixar de servir a sociedade com sua existência. Entretanto, há registros de suicídios cometidos por religiosos, homens e mulheres de diferentes classes sociais, em razão de diversas motivações; de amor e ciúme, ao medo da punição ou humilhação (Botega, 2023).

Além disso, os homens se matavam cerca de três vezes mais que as mulheres, sendo que o meio mais utilizado era o enforcamento, que ocorria geralmente em casa ou nos arredores, entre a meia noite e a madrugada. Já nessa época, o autoextermínio foi relacionado tanto às questões espirituais e de saúde mental (loucura), quanto às pressões e sobrecargas do trabalho (Duarte *et al.*, 2022).

Na Europa medieval, o suicídio além de desonroso e iníquo, era também considerado crime. A punição era realizada pela Igreja, pois o cadáver do suicida não era enterrado em solo consagrado e não recebia os ritos religiosos; e pelo governo, que confiscava os bens do infrator para a coroa, impedindo a herança de seus familiares. Para tanto, o óbito era julgado por um júri formado por um legista e pelas pessoas que encontraram o corpo. Ao deliberar que o indivíduo estava em estado físico ou mental alterado, como por exemplo febre ou frenesi, o suicídio era considerado acidental, e por não haver dolo, as penas não eram impostas (Seabourne *et al.*, 2001).

Na Idade Moderna, a partir do século XVI, o suicídio foi compreendido para além da religiosidade. O termo começou a ser utilizado no século XVII para representar a junção dos termos latinos *sui* (se mesmo) e *caedes* (ação de matar).

Com a secularização, a qual abrange aspectos filosóficos, sociais e também relacionados à saúde, o suicídio passou a ser visto como um dilema humano; atrelado à melancolia e à personalidade. Os indivíduos que realizavam o ato passaram a ser vistos como vítimas, e não como criminosos ou pecadores. Nessa mesma época, se iniciaram as discussões sobre as liberdades individuais e o direito de morrer. Porém, as concepções religiosas sobre a vida e a morte se mantêm presentes até a atualidade (Botega, 2023; Duarte *et al.*, 2022).

No século XVIII, Goethe publicou o romance Os sofrimentos do jovem Werther, no qual o protagonista morria por autoextermínio. Após esta publicação, foi registrada uma expressiva elevação nas taxas de suicídio na Europa. Mais tarde, em 1974, David P. Philips cunhou o termo “Efeito Werther”, expressão usada para designar o aumento de suicídios após a divulgação de um caso específico, principalmente se a mídia se utilizar de sensacionalismo, ou se o suicida for uma celebridade (Metelski *et al.*, 2022).

Outro grande marco quanto à temática do suicídio foi a publicação do livro O Suicídio, de Émile Durkheim, em 1897, já na idade contemporânea. O sociólogo francês considerava o suicídio para além de um ato solitário, e enfatizava os aspectos sociais do fenômeno. Durkheim (2000) descreveu 3 perfis de suicidas: egoísta, altruísta e anônimo.

Na opinião do autor, o perfil egoísta tem forte individualização e ao não ver sentido na vida, não se detém pelas relações sociais. O altruísta interrompe sua existência em um contexto de forte integração social, a exemplo da realização de um sacrifício em prol do grupo. Por fim, o anônimo tem a influência contextual de fenômenos externos, como por exemplo, as crises econômicas (Durkheim, 2000).

Ao contrário do que acreditava Durkheim (2000), o fenômeno de imitação, agora conhecido como “Efeito Werther”, até hoje é relacionado ao aumento das taxas de suicídio, por vários autores. Apesar das controvérsias sobre a legitimidade dos argumentos, o tema constitui uma preocupação muito atual, em razão da rapidez na propagação das notícias pelos meios de comunicação em massa, como a televisão, e mais ainda, a internet. Dessa forma, o ideal é que o suicídio seja discutido com acolhimento e responsabilidade, mediante a criação de espaços de discussão sobre a saúde mental e as possibilidades de apoio e tratamento, principalmente as gratuitas (Domaradzki *et al.*, 2021; OMS, 2000; Hawley *et al.*, 2022).

Na contemporaneidade, o suicídio passou a ser visto como um problema de saúde pública, mas também, como uma questão de direito, especialmente no caso de pessoas que apresentam doenças graves e ameaçadoras da vida. Tais discussões tem motivado intensos debates sobre o direito ao suicídio assistido, ou morte medicamente assistida, tema latente na bioética mundial (OMS, 2021; Botega, 2023, s/p.; Mehlum *et al.*, 2020; Soeiro *et al.*, 2021).

Para além das questões religiosas e morais, a complexidade bioética do suicídio assistido perpassa pela compreensão de liberdade e autonomia. Ora, é consenso na literatura que grande parte dos suicídios estão relacionados a transtornos mentais.

Ao considerar as alterações psíquicas oriundas do adoecimento mental, além de vulnerabilidades socioeconômicas que afetam a saúde e a dignidade da pessoa humana, a discussão sobre o tema fica aquecida. Conforme apontado por Soeiro *et al.* “somos livres pela condição humana, mas nem sempre temos autonomia para decidir conscientemente sobre nosso próprio futuro”, e por isso é tão importante a inclusão dessa temática no campo da saúde (2021, p.207).

Mehlum *et al.* (2020) questionam a possibilidade de suicídio assistido diante de quadros psiquiátricos graves, mas que ainda não receberam os tratamentos padrão-ouro. Em 2013, Drane já questionava a prática diante da falta de assistência em saúde para idosos, pessoas com doenças crônicas e pessoas com transtornos mentais. Isso porque muitos não têm acesso ao cuidado mais eficaz ou reconfortante, portanto, parece contraditório garantir o direito de escolher a morte a pessoas que não têm qualidade de vida, e até mesmo dignidade, assegurados. Este é um debate em aberto e que requer ponderação e maturidade. No entanto, é preciso cautela para que o suicídio assistido não seja um disfarce para a mistanásia (Martins, 2023; Westphal *et al.*, 2019; Cabral, 2022).

2.2 SUICÍDIO E COMPORTAMENTO SUICIDA: CONCEITOS E DEFINIÇÕES

O suicídio é uma das principais causas de morte no mundo, sendo reconhecido como um grave problema de saúde pública. O termo expressa o óbito autoprovocado de forma intencional, constituindo uma grave problemática em diferentes países.

Qual a diferença entre suicídio e comportamento suicida?



Em 2019, antes da pandemia do COVID-19, estimava-se que anualmente 703 mil pessoas morriam por suicídio no planeta. No Brasil, somente em 2021, foram notificados 15.499 óbitos por lesões autoprovocadas intencionalmente (OMS, 2021; Bentley, 2021; Brasil, s/d.).

O comportamento suicida é amplo e variado em nível de gravidade: abrange o desejo de morrer, a ideação de provocar a própria morte, o planejamento para a auto violência, o planejamento estruturado, a tentativa de suicídio e o suicídio consumado. Esse é um fenômeno complexo e multifatorial que tem como disparador o sofrimento psíquico e a alta carga de estresse (Andreotti *et al.*, 2020; Mann *et al.*, 2021; Bernert *et al.*, 2020; Fawcett *et al.*, 2022).

Todo
comportamento
suicida é igual?

| COMPORTAMENTO SUICIDA | |
|--------------------------|--|
| Pensamento de morte | Deseja morrer, pensa que se morresse seria melhor, “Deus podia me levar”. |
| Ideação suicida | Pensa em tirar a própria vida, deseja suicidar-se. |
| Planejamento suicida | Pensa em como cometeria suicídio, pesquisa formas. |
| Planejamento estruturado | Tem um plano específico de como suicidar-se, quando, onde, etc. |
| Tentativa de suicídio | Chegou a tentar o suicídio, foi socorrido durante a tentativa ou sobreviveu. |
| Suicídio | Óbito por autoextermínio. |

Os fatores de risco podem ser internos, tais como transtornos mentais, e externos, incluindo, por exemplo, situações de vulnerabilidade social. Geralmente, os fatores internos e externos se integram e podem ser agravados pelo abuso de álcool e outras drogas, conflitos interpessoais e precariedade de habilidades sociais, além de dificuldades na regulação emocional e na resolução de problemas (Kuehn *et al.*, 2020; Mann *et al.*, 2021; Breet *et al.*, 2018).

| FATORES DE RISCO | FATORES DE PROTEÇÃO |
|---|--|
| Tentativa prévia de suicídio | Autoestima elevada |
| Transtorno mental | Bom suporte familiar |
| Perdas recentes | Laços sociais bem estabelecidos |
| Pouca resiliência | Espiritualidade, independente de religião |
| Impulsividade, agressividade | Razão para viver |
| Doenças graves/ crônicas | Ausência de doença mental |
| Humor instável | Acesso a serviços e cuidados de saúde mental |
| Situação de violência na infância | Estar empregado |
| Desesperança, desespero, desamparo | Ter crianças em casa |
| Abuso de substâncias psicoativas | Senso de responsabilidade com a família |
| Gênero masculino | Capacidade de adaptação positiva |
| Idade entre 15 e 30 ou acima de 65 anos | Capacidade de resolução de problemas |
| Automutilação | Relação terapêutica positiva |
| Isolamento social/ solidão | Projeto de vida, planos para o futuro |

Como se iniciou a prevenção do suicídio coletivamente?

A iniciativa de prevenir ao suicídio de forma coletiva ganhou força através de grupos religiosos e filantropos, como o Exército da Salvação em Londres e a Liga Nacional Salve uma Vida, em Nova York, ambos em 1906. Somente em 1990, a OMS reconheceu o suicídio como problema de saúde pública, aumentando as publicações sobre o tema e impactando a abordagem profissional em saúde. Nesse período, o suicídio já era interpretado em associação aos transtornos mentais (Botega, 2023, s/p.).

O comportamento suicida é um transtorno mental?

No Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), o comportamento suicida é apresentado como sintoma. Na 5ª edição do manual (DSM-5), o tema foi abordado na Seção III, em Condições para Estudos Posteriores, como Transtorno do Comportamento Suicida. Na 5ª edição texto revisado (DSM-5-TR), Comportamento Suicida e Autolesão Não Suicida aparecem na Seção II, em Outras Condições que Podem ser Foco da Atenção Clínica. Ambas as edições, sendo válida oficialmente a mais recente, abordam o risco de suicídio nos transtornos em que se aplica tal questão, como por exemplo o Transtorno Depressivo Maior e o Transtorno de Personalidade Boderline (APA, 2014; APA 2023).

Atualmente, o comportamento suicida não constitui diagnóstico sindrômico ou nosológico próprio, e ao invés disso, é compreendido como sintoma, possível prejuízo ou consequência de diversos transtornos mentais já categorizados. Assim, pode ocorrer em episódio único ou específico, diante de estressores ambientais, situações extremas, questões existenciais, não configurando necessariamente um quadro psicopatológico. A categorização do comportamento suicida como diagnóstico não é acatada por alguns autores da área, a fim de evitar a estigmatização, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, o aumento de medicalização, e, a simplificação de um fenômeno tão complexo e multifatorial, como é o comportamento suicida (Fehling *et al.*, 2021).

2.3 EPIDEMIOLOGIA

O que você sabe sobre as taxas de mortalidade por suicídio no Brasil e no mundo?



Anualmente, no planeta, cerca de 727 mil pessoas tiram a própria vida. Conforme dados da OMS (2021), em 2019, 1,3% das mortes no mundo tiveram como causa o autoextermínio, realidade que torna o suicídio um grave problema a ser enfrentado pelas autoridades sanitárias de vários países. As taxas foram mais altas entre os homens (12,6 suicídios a cada 100 mil habitantes), do que entre as mulheres (5,4). Além disso, a mortalidade foi maior entre os países de baixa e média renda, que também são os mais populosos, e representam 77% dos suicídios. Ao considerar os jovens de 15 a 29 anos de idade, o autoextermínio foi a 4ª maior causa de morte no mundo, em 2019 (OMS, 2025; OMS, 2021).

Quanto aos continentes, considerando um período de 20 anos, a taxa de suicídio padronizado por idade teve queda significativa em todos os continentes (entre 17% e 49%). Entretanto, nas Américas, a taxa teve aumento de 17% no registro dos casos. Infelizmente, as quedas nas taxas ainda são insuficientes para alcançar a meta de diminuir um terço do número de suicídios no mundo, até 2030. Além disso, existe a preocupação com a subnotificação dos casos de óbitos por violência autoprovocada e as condições desfavoráveis dos dados e registros de mortalidade, principalmente em países de baixa renda (OMS, 2021; OMS, 2014).

Em estudo internacional com participação de 40 países, incluindo 55.589 participantes com idades entre 35 e 13 anos (64,84% mulheres, 34,05% homens, 1,10% não-binários), foi constatado que o confinamento na época da COVID-19 afetou a saúde mental, com aumento de sintomas depressivos e ansiosos, mas sem elevação significativa do comportamento suicida (Fountoulakis *et al.*, 2022).

Na Turquia, durante o período pandêmico, também foi observado um aumento das solicitações de atendimento/transporte médico de emergência devido ao uso de substâncias, com elevação de 23,3%, para 25,3%. Embora nesse período, as chamadas tenham diminuído entre os jovens menores de 18 anos, aumentaram entre idosos acima de 65 anos (Sahin *et al.*, 2023).

Em estudo comparativo realizado nos Estados Unidos, percebeu-se que os acessos aos serviços de pronto-socorro por questões de saúde mental, incluindo comportamento suicida, overdose e suspeitas de tentativa de suicídio, aumentaram de 2019 para 2020, e retornaram as médias de base, em 2022. O estudo sugere que os estressores da COVID-19 exacerbaram as questões de saúde mental pré-existentes entre os adolescentes, corroborando outros estudos sobre a temática (Anderson *et al.*, 2023).

Em estudo internacional com participação de 40 países, incluindo 55.589 participantes com idades entre 35 e 13 anos (64,84% mulheres, 34,05% homens, 1,10% não-binários), foi constatado que o confinamento na época da COVID-19 afetou a saúde mental, com aumento de sintomas depressivos e ansiosos, mas sem elevação significativa do comportamento suicida (Fountoulakis *et al.*, 2022).

Na Turquia, durante o período pandêmico, também foi observado um aumento das solicitações de atendimento/transporte médico de emergência devido ao uso de substâncias, com elevação de 23,3%, para 25,3%. Embora nesse período, as chamadas tenham diminuído entre os jovens menores de 18 anos, aumentaram entre idosos acima de 65 anos (Sahin *et al.*, 2023).

Em estudo comparativo realizado nos Estados Unidos, percebeu-se que os acessos aos serviços de pronto-socorro por questões de saúde mental, incluindo comportamento suicida, overdose e suspeitas de tentativa de suicídio, aumentaram de 2019 para 2020, e retornaram as médias de base, em 2022. O estudo sugere que os estressores da COVID-19 exacerbaram as questões de saúde mental pré-existentes entre os adolescentes, corroborando outros estudos sobre a temática (Anderson *et al.*, 2023).

No Brasil, os números de suicídio têm aumentado de forma progressiva. Entre 2010 e 2021 houve um aumento de 42%, elevando a taxa de mortalidade de 5,2 para 7,5 suicídios a cada 100 mil habitantes, resultando em 15.507 notificações, somente no ano de 2021, das quais 77,8% ocorreram no sexo masculino. A maior progressão foi entre 2020 e 2021, com um aumento de 11,4%. Considerando o período entre 2010 e 2021, a taxa de mortalidade por suicídio aumentou em todas as regiões, com enfoque para as Regiões Norte (56,6%) e Nordeste (54,9%), embora a maior taxa tenha sido na região Sul do país, com 11,22 notificações a cada 100 mil habitantes (Brasil, 2024).

Os dados de 2021 apontaram que 1,2% do total de mortes masculinas foi por autoexterminio, 3 vezes maior que as taxas femininas (0,4). O Estado com maior progressão nas taxas de suicídio foi o Pará com 72%. O Sergipe foi o único Estado brasileiro com redução das taxas (-13,7%), embora continuem altas (5,91/100mil). Entre 2019 e 2021 (pré e pós pandemia), houve aumento nos casos de suicídio notificados em todo o país, com exceção dos Estados do Acre, Amapá e Distrito Federal. Ainda assim, considera-se o aumento de 12% a nível nacional. Quanto à faixa etária, as maiores taxas se concentram em homens idosos, a partir dos 70 anos e mulheres adolescentes e jovens, entre 15 e 19 anos de idade (Brasil, 2024).

Os dados apresentados demonstraram uma mudança na tendência das taxas de suicídio no Brasil após o início da pandemia de covid-19, inicialmente com uma redução das taxas acompanhada de uma acentuação da tendência de aumento (Brasil, 2024, p.14).

Oliveira Alves *et al.* (2024) apontam através de estudo observacional que entre 2011 e 2022 houve aumento significativo nas taxas de mortalidade por suicídio no Brasil, progredindo em média 3,70% ao ano, subindo de 5 suicídios (por 100 mil habitantes) para 7,3 em 2022, totalizando 147.698 registros no período.

Em 2022, o autoextermínio entre homens teve taxas quase quatro vezes maiores do que entre as mulheres. Em relação à idade, a frequência foi maior entre 25 e 59 anos, seguida pelos idosos (a partir de 60 anos). Houve progressão das taxas em todas as faixas etárias.

Em relação à raça/etnia, indígenas apresentaram as maiores taxas, 16,58 (por 100 mil). Quanto ao aumento percentual anual, os pardos apresentaram 5,35%, seguidos pelos indígenas, 4,78% (Oliveira Alves *et al.*, 2024).

3. ACOLHIMENTO EM SAÚDE MENTAL NAS DEMANDAS SUICIDAS

3.1 Acolhimento em saúde mental nas diversas áreas de atuação do psicólogo

O acolhimento no âmbito da saúde constitui a quarta diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH). E, o acolhimento com classificação de risco é um dos dispositivos da PNH que visa modificar os modelos de atenção e gestão em saúde (Brasil, 2010).

Você sabe a importância do acolhimento na saúde mental?



Você sabe a diferença entre triagem e acolhimento?

Para a PNH acolhimento refere-se a

processo constitutivo das práticas de produção e promoção de saúde que implica responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário, desde a sua chegada até a sua saída. Ouvindo sua queixa, considerando suas preocupações e angústias, fazendo uso de uma escuta qualificada que possibilite analisar a demanda e, colocando os limites necessários, garantir atenção integral, resolutiva e responsável por meio do acionamento/articulação das redes internas dos serviços (visando à horizontalidade do cuidado) e redes externas, com outros serviços de saúde, para continuidade da assistência quando necessário (Brasil, 2010, p.51).

Nota-se que o acolhimento em saúde integra uma política do SUS que vêm há alguns anos fortalecendo o atendimento de qualidade ao usuário, mas que considera também a formação e a gestão em saúde como pilares fundamentais na construção do cuidado humanizado.

Para tanto, é necessário que a PNH seja consolidada no cotidiano das unidades de saúde, como parte integrante das condutas e relações entre equipes de saúde, gestão e comunidade. Talvez esse seja o grande desafio: a apropriação da política por parte dos trabalhadores, gestores e usuários do SUS (Brasil, 2010).

Somado ao desafio de vivenciar a PNH na prática, têm-se as particularidades do acolhimento em saúde mental. Para Silva *et al.* (2018), o acolhimento é “um momento singular na construção do cuidado da pessoa em sofrimento mental, da criação do vínculo profissional-usuário, bem como do estabelecimento da confiança e, conseqüentemente, da efetivação da rede” (p.2466). Os autores afirmam que a organização do fluxo (de atendimento) e a capacitação dos profissionais são estratégias que favorecem a responsabilização e colaboram no acolhimento (Silva *et al.*, 2018).

O acolhimento e o matriciamento são as principais tecnologias de cuidado exercidas na interface da Atenção Primária com a Saúde Mental. Mas ainda é necessário o fortalecimento desses instrumentos.

Para que seja possível “a construção de um cuidado longitudinal, multidimensional considerando a subjetividade do sujeito”, bem como as características das equipes e a realidade local (Campos *et al.*, 2018, p.2234). O acolhimento e o matriciamento são as principais tecnologias de cuidado exercidas na interface da Atenção Primária com a Saúde Mental. Mas ainda é necessário o fortalecimento desses instrumentos. Para que seja possível “a construção de um cuidado longitudinal, multidimensional considerando a subjetividade do sujeito”, bem como as características das equipes e a realidade local (Campos *et al.*, 2018, p.2234).

O acolhimento não é restrito a um espaço, um momento, mas permeia o cotidiano do cuidado em saúde, de forma a promover a autonomia dos usuários e a organização do serviço. Desse modo é que “o diferenciamos de triagem, pois ele não se constitui como uma etapa do processo, mas como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde” (Brasil, 2010, p.19).

Ao compreender o acolhimento como uma postura, é possível relacioná-lo ao papel do psicólogo na promoção, prevenção e restauração da saúde mental, independente da área de atuação. A PNH pode ser uma excelente inspiração para atuações intersetoriais para além das unidades de saúde.

Entende-se que a Psicologia tem muito a contribuir na prevenção do suicídio, por se tratar de uma ciência que estuda e intervém em pensamentos, emoções e comportamentos.

Do mesmo modo, é um campo de conhecimento que congrega uma grande diversidade de teorias e abordagens metodológicas, incluindo diferentes estratégias de acolhimento, prevenção e promoção da saúde mental. No Brasil, a Psicologia evoluiu historicamente como uma profissão voltada à saúde mental e à assistência psicossocial, motivo pelo qual é uma área de conhecimento com grande importância no tema em questão (CFP, 2022; Feijoo *et al.*, 2023).

E a psicologia, você sabe porque ela tem tanto a contribuir na prevenção do suicídio?



A ciência psicológica tem muito a contribuir, tanto no âmbito da saúde coletiva, quanto nas questões relacionadas à saúde dos indivíduos. Em se tratando do comportamento suicida, as intervenções devem ser direcionadas para vários objetivos, tanto sob o ponto de vista social, como no âmbito na atenção individualizada. Para Fukumitsu (2014, p. 271), “o trabalho do psicoterapeuta, portanto, não deve ser o de evitar a morte, mas, de fato, o de promover a ampliação de situações nas quais o cliente possa se sentir vivo”.

Formalmente identificada como profissão da área da saúde, a Psicologia integra equipes multiprofissionais dos serviços de saúde pública, tendo espaço também na saúde privada.

O Conselho Federal de Psicologia (CFP) reconhece treze especialidades psicológicas, as quais englobam variados campos de atuação.

Mas, independentemente da área e ênfase, os psicólogos estão comprometidos com a saúde mental e têm como um dos seus princípios éticos, zelar pela saúde e qualidade de vida dos indivíduos e coletividades, e pela eliminação de qualquer tipo de violência (Brasil, 1998; CFP, 2022; CFP, 2005).

3.2 ACOLHIMENTO, ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO E PREVENÇÃO DO COMPORTAMENTO SUICIDA: O QUE FAZER DE IMEDIATO?

A prevenção, assim como a promoção da saúde, são necessariamente metas intersectoriais. Além disso, a identificação das demandas psicológicas diante do risco de suicídio deve ser realizada em tempo hábil, visando o acolhimento da pessoa em sofrimento mental e o trabalho articulado em rede (Lange *et al.*, 2023; Brasil, 2018; Serrano *et al.*, 2021).

Você percebeu uma demanda suicida, e agora? Você sabe o que fazer?



Diante de “suspeita”, constatação ou relato de comportamento suicida, o psicólogo ou profissional de saúde mental deve acolher a pessoa em sofrimento e avaliar o quadro para que seja possível estratificar o risco, planejar a intervenção ou encaminhar para continuidade do cuidado.

O comportamento auto lesivo (suicida e não suicida) compõe a lista de notificação compulsória do Ministério da Saúde. Além disso, a automutilação é enquadrada na categoria Violência Doméstica, e/ou Outras Violências, e deve ser informada à Vigilância à Saúde, de forma semanal (Brasil, 2017; Brasil, 2025).

A expressão “notificação compulsória” implica a comunicação obrigatória, e nesse contexto, significa que os agravos e eventos listados na Portaria de Consolidação nº4 de 28 de setembro de 2017 e atualizados na Portaria GM/MS nº6.734 de 18 de março de 2025, devem ser informados às autoridades de saúde de forma imperativa (Brasil, 2017; Brasil, 2025).

A tentativa de suicídio, assim como violência sexual, também é de notificação imediata à Secretaria Municipal de Saúde (em até 24h). Em caso de tentativa de autoextermínio a partir de intoxicação por substâncias, deve-se preencher uma segunda ficha de notificação compulsória, a ficha de Intoxicação Exógena (ver anexos) (Brasil, 2017; Brasil, 2025).

Parte das Diretrizes Nacionais para Prevenção ao Suicídio é responsabilidade da Vigilância e Qualificação das Informações e cabe aos profissionais de saúde cumprir tais direcionamentos (Brasil, 2016; Brasil, 2017).

3.3 ENCAMINHAMENTOS: REFERÊNCIA/CONTRARREFERÊNCIA DO USUÁRIO NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS)

A Reforma Psiquiátrica Brasileira foi um movimento de trabalhadores de saúde mental, pacientes e seus familiares ocorrido na década de 1970.

Você conhece a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)?
E aí na sua cidade, como ela funciona?



Até então, o cuidado das pessoas em sofrimento mental era hospitalocêntrico e asilar, além de marcado por violências, estigmas e punições. Contemporânea ao movimento sanitário brasileiro, a Reforma recebeu influências internacionais, oriundas do movimento de desinstitucionalização psiquiátrica italiana.

Em 1989, surgiu o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil. Neste ano também, iniciaram-se as propostas de políticas públicas de saúde mental e leis para assegurar os direitos das pessoas em sofrimento mental no país (Brasil, 2005).

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) tem entre suas diretrizes a ênfase em ações de base territorial e comunitária, visando estimular a (re)inserção social e promoção de cidadania e autonomia, além da garantia do acesso ao cuidado em saúde e promoção da equidade, considerando os determinantes sociais da saúde, combate a estigmas e preconceitos e estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado (Buss *et al.*, 2007; Brasil, 2011).

A RAPS é composta por seis eixos de serviços e pelos seguintes dispositivos:

| EIXOS | SERVIÇOS / DISPOSITIVOS |
|--|--|
| I. Atenção Primária em Saúde | Unidades de Atenção Básica (UBS) |
| | Equipes de Saúde da Família (eSF) |
| | Equipe Multiprofissional da APS (e-Multi) |
| | Equipe de Consultório na Rua (eCR) |
| II. Atenção Especializada | Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) |
| | Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental (eMAESM) |
| III. Atenção às Urgências e Emergências | Samu 192 |
| | Sala de Estabilização |
| | UPA 24h |
| | Pronto-Socorro (portas hospitalares de atenção à urgência) |

| | |
|---|--|
| IV. Atenção Residencial de Caráter Transitório | Unidade de Acolhimento (UA) |
| | Comunidades Terapêuticas (CT) |
| V. Atenção Hospitalar | Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral (Leitos de Saúde Mental) |
| | Hospitais Psiquiátricos (Leitos de Psiquiatria) |
| | Leitos de Saúde Mental em Hospital-Dia |
| VI. Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação | Serviços de Residência Terapêutica (SRT) |
| | Programa de Volta Para Casa (PVC) |

A estratificação de risco de comportamento suicida apresenta certo consenso na literatura. No entanto, é necessário que o profissional conheça a RAPS local para saber quais os dispositivos existentes em sua cidade, a fim de fazer os encaminhamentos adequados e otimizar o acesso do usuário à assistência em saúde mental, e promover o cuidado em tempo hábil (Espírito Santo, 2018; Rio de Janeiro, 2016; Santa Catarina, 2019).

4. ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO PSICOLÓGICAS NA PREVENÇÃO E MANEJO DO COMPORTAMENTO SUICIDA

4.1 Entrevista

Questões sobre o comportamento suicida e auto lesivo não suicida devem compor entrevistas semiestruturadas de Psicologia e saúde mental.

Diante da informação de que há comportamento suicida, deve-se afunilar as perguntas a fim de compreender a gravidade do caso e assim estratificar o risco e planejar a conduta. Veja a seguir dois tópicos importantíssimos que não deve faltar em uma entrevista de saúde mental:

- **Violência autoprovocada:** tem ou já teve comportamento suicida? Investigar se pensamento, ideação, planejamento, planejamento estruturado ou tentativa. Histórico e situação atual quanto à autolesão não suicida (cortar-se, surrar-se, bater-se contra objetos/estruturas, queimar-se, etc).
- **Projeto de vida:** questões relacionadas a planos de curto, médio e longo prazo, “sonhos”, desejos. Aparato emocional e psicológico para projetar. Investigar se há desesperança e risco suicida.

Veja como abordar sobre o tema durante um atendimento de saúde mental!



Ao iniciar o atendimento, ou até mesmo ao preencher a ficha ou abrir prontuário é recomendado que registre um contato de referência citado pelo usuário, para que possa ser acionado em situações de emergência, ou como possibilidade de busca ativa, em caso de abandono de tratamento.

Importante: manter postura acolhedora e ética (sem julgamentos); providenciar local confortável que permita privacidade. Ao iniciar o atendimento se apresente (nome, formação e função), explique sobre o acolhimento e as possíveis condutas posteriores e informe sobre o sigilo dos dados de saúde, mencionando a configuração multiprofissional dos serviços. Explicita que o sigilo não é absoluto. Ele pode ser rompido caso o usuário ofereça risco a si ou a terceiros (CFP, 2005).

Seque exemplo de entrevista semiestruturada sobre comportamento suicida.

| | | | |
|--|--|--|--|
| Anexar ao prontuário ou ficha de acolhimento inicial | | | |
| <p align="center">AVALIAÇÃO DO COMPORTAMENTO SUICIDA</p> <p align="center"><i>Adaptado de Rio de Janeiro (2016) e Santa Catarina (2019).</i></p> | | | |
| Nome: | | | |
| <p>Esta avaliação é complementar, visto que tem ênfase no comportamento suicida. Deve ser feita avaliação geral em saúde mental (entrevista e exame psíquico).</p> | | | |
| Quando investigar: usuários em sofrimento mental, pessoas com transtornos mentais, pacientes com dor crônica ou condição médica incapacitante. Atenção especial às minorias sociais e populações vulneráveis. | | | |
| Importante: postura acolhedora, não julgar, proporcionar ambiente calmo e privacidade, tempo disponível, falar abertamente, fazer perguntas abertas, fazer estratificação de risco, orientar e prosseguir com conduta/intervenção. No caso da Atenção Básica, ainda que referencie o usuário para outro nível de cuidado, é imprescindível o acompanhamento. | | | |
| SÃO SEIS PERGUNTAS FUNDAMENTAIS, SENDO TRÊS PARA TODOS: | | | |
| 1. Você tem planos para o futuro? A resposta do paciente com risco suicida é não. | | | |
| | | | |
| | | | |
| 2. A vida vale a pena ser vivida? A resposta do paciente com risco suicida é não. | | | |
| | | | |

3. Se a morte viesse, ela seria bem-vinda? Desta vez, a resposta será sim, para aqueles que querem morrer.

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
| | | | |

SE O USUÁRIO RESPONDEU COMO FOI REFERIDO ACIMA, O PROFISSIONAL DE SAÚDE FARÁ ESTAS PRÓXIMAS PERGUNTAS:

4. Você está pensando em se machucar/ se ferir/ fazer mal a você/ em morrer?

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
| | | | |

5. Você tem algum plano específico para morrer/ se matar/ tirar sua vida?

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

6. Você fez alguma tentativa de suicídio recentemente?

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| QUESTÕES ADICIONAIS: | | | |
|--|--|--|--|
| - Tem se preparado para morrer (testamento, carta, etc)? | | | |
| | | | |
| | | | |
| - Tem rede de apoio? Quem mais sabe da situação além do profissional? | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| - O que você está pensando agora (o que passa na sua cabeça)? | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| - Como se sente? | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | | | |
|---|--|--|---|
| - Verificar se há agravantes como fixação atencional, sintomas psicóticos, uso de substâncias psicoativas, dissociação de | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Pode ser usada a Escala IRIS – Índice de Risco de Suicídio (ver anexo). | | | |
| | | | |
| ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO | | | |
| Esta estratificação de risco não se sobrepõe a estratificação geral em saúde mental, visto que trata de sintoma específico (comportamento suicida). Ou seja, se o usuário apresenta outros sintomas, prevalece a estratificação geral mesmo que o risco suicida seja baixo. | | | |
| VERDE | AMARELO | LARANJA | VERMELHO |
| BAIXO RISCO | RISCO MODERADO | RISCO ELEVADO | GRAVE / ALTO RISCO |
| Pensamento de morte sem ideação suicida | Ideação suicida sem planejamento e sem histórico de tentativas | Ideação suicida com planejamento ou histórico de tentativa | Tentativa de suicídio ou planejamento suicida estruturado |
| ESF e E-MULT | AMBULATÓRIO DE SAÚDE | CAPS | SAMU / UPA |

IMPORTANTE:

- Nos casos verde, deve-se intervir e monitorar. Caso mude o status de risco, compartilhar o cuidado com o nível de atenção correspondente.

- Casos em amarelo devem continuar sendo acompanhados e monitorados pela AB. Em caso de mudança de status de risco, discutir caso, e se necessário, referenciar ao próximo nível de atenção.

- Nos casos laranja e vermelho, orienta-se ao acompanhante vigilância 24h (não deixar sozinho, tirar do alcance objetos ou substâncias com potencial de letalidade, por exemplo: medicamentos, venenos, cordas, perfurocortantes e armas de fogo), até que seja reorientado por outro profissional de saúde que reavaliar o usuário.

- Além do encaminhamento por escrito e orientações ao usuário e ao acompanhante, deve-se referenciar o usuário ao dispositivo de destino, ou seja, entrar em contato com o serviço em questão para compartilhamento do cuidado.

IMPORTANTE: Forneça feedback ao usuário sobre a conduta, oriente sobre medidas não farmacológicas de promoção, prevenção e reabilitação em saúde mental, explique sobre a referência/ agendamento etc. Verifique se há dúvidas. Em caso de usuário menor de idade, oriente o responsável. Em casos de risco laranja e vermelho e/ou idosos ou vulneráveis, considere a possibilidade de orientar o acompanhante.

4.2 Observação

A observação clínica é uma habilidade essencial no trabalho em saúde mental. O usuário será avaliado desde a primeira vez que você o vir. Em alguns casos, a avaliação começa na recepção ou na entrada do prédio. Embora alguns aspectos devam ser perguntados, sem uma boa observação não é possível realizar o exame psíquico adequadamente.

Outro aspecto importante da observação é perceber a reação emocional do usuário ao longo do atendimento. Caso o avaliado sinta incômodo ou agitação, acolha, sugira uma pausa, ou exercício de respiração. No geral, os pacientes são capazes de tolerar o desconforto da avaliação de risco e compreendem que o objetivo é protegê-los e planejar o tratamento (Wenzel *et al.*, 2010).

4.3 Exame Psíquico

Assim como a entrevista, o exame psíquico é fundamental na avaliação em saúde mental. A partir da percepção e análise da apresentação e comportamento do usuário torna-se possível avaliar as funções psíquicas, distinguir alterações, compreender o quadro sintomático e levantar hipóteses. Claro, sempre em conjunto com a entrevista e considerando o contexto.

EXAME DO ESTADO MENTAL ATUAL

Adaptado de DALGALARRONDO, 2019

OBSERVAÇÃO: mais importante do que mencionar os termos técnicos é descrever a apresentação/manifestação do paciente. Se não conseguir avaliar todas as funções, se atenha ao que avaliou. Considerar o estado atual e aos dias anteriores à consulta (última semana ou último mês), bem como o contexto social, ambiental, cultural e acadêmico do entrevistado.

1. ASPECTO GERAL E COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL

Cuidado pessoal, higiene, trajes, postura, mímica, atitude global do paciente.

2. NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (alterações patológicas)

- QUANTITATIVAS (rebaixamento do nível da consciência): obnubilação, torpor, sopor, coma, delirium

- QUALITATIVAS: estados crepusculares, estado segundo, dissociação da consciência, transe, estado hipnótico.

3. ORIENTAÇÃO

- ALOPSÍQUICA: espacial (onde está, como chegou) e temporal (dia, mês, ano, horário).

- AUTOPSÍQUICA: nome, idade, profissão, estado civil, com quem mora, etc.

4. ATENÇÃO

- TENACIDADE (manter foco):
hipertenaz, hipotenaz.

- VIGILÂNCIA (dirigir-se a novos estímulos): hipervigil, hipovigil.

| | | |
|---|---|--|
| 5. MEMÓRIA (fixação e evocação) | | |
| - QUANTITATIVAS: hipermnésias, amnésias | | - QUALITATIVAS: ilusões mnêmicas, alucinações mnêmicas. |
| 6. SENSOPERCEPÇÃO | | |
| - QUANTITATIVAS: hiperestesia, hiperpatia, hipoestesia, analgesias, parestesias, disestesias táteis. | | - QUALITATIVAS: ilusões, pseudoalucinações, alucinações, alucinoses. |
| 7. PENSAMENTO (curso, forma e conteúdo) | | |
| - CURSO: aceleração, lentificação, bloqueio/interceptação, roubo do pensamento, fuga de ideias. | - FORMA: afrouxamento das associações, descarrilhamento, dissociação e incoerência, desagregação. | - CONTEÚDO: persecutórios, depreciativos, poder/grandezza/riqueza/missão, religiosos/místicos/mágicos, eróticos/sexuais/de ciúmes, de culpa, hipocondríacos. |
| 8. LINGUAGEM | | |
| Logorreia, loquacidade, bradifasia, mutismo, perseveração verbal, ecolalia, palilalia, logoclonia, tiques verbais ou fonéticos, coprolalia, alogia, verbigeração, mussitação, glossolalia, pararrespostas, neologismos. | | |

9. INTELIGÊNCIA

A inteligência é uma função psíquica composta. Uma avaliação formal da inteligência requer instrumentos psicométricos e expertise do avaliador. No entanto, no acolhimento em Saúde Mental é possível verificar se a pessoa consegue compreender as perguntas e sua capacidade de raciocínio e resposta. Deve-se levar em conta o contexto social e acadêmico do entrevistado e seu quadro clínico atual.

10. JUÍZO DE REALIDADE (presença de delírios, ideias prevalentes, etc)

Ideias prevalentes ou sobrevaloradas, delírios, ideias deliróides.

11. AFETO (estado de humor basal, emoções e sentimentos predominantes)

- HUMOR: hipotímico (deprimido), hipertímico (mania), euforia, elação, extase, irritabilidade.

- EMOÇÕES E SENTIMENTOS: medo, angústia, ansiedade, apatia, anedonia, indiferença, falta de sentimentos.

- AFETO: labilidade afetiva, incontinência afetiva, ambivalência afetiva.

12. VOLIÇÃO (vontade)

Hipobulia/abulia, atos impulsivos, atos compulsivos.

| |
|---|
| 13. PSICOMOTRICIDADE |
| Agitação psicomotora, lentificação psicomotora, estupor, catatonia, estereotípias motoras e maneirismos, tiques, conversão, alterações da marcha |
| 14. CONSCIÊNCIA E VALORAÇÃO DO EU |
| Despersonalização, desrealização, cenestopatia, alterações do <i>self</i> . |
| 15. VIVÊNCIA DO TEMPO E DO ESPAÇO |
| - ANORMALIDADES DA VIVÊNCIA DO TEMPO: ilusão sobre a duração do tempo, atomização do tempo, inibição da sensação de fluir do tempo. |
| - ANORMALIDADES DA VIVÊNCIA DO ESPAÇO: sensação de estar fundido ao mundo exterior, dilatação das fronteiras (invade o espaço do outro), sensação de espaço contraído e escuro, sensação de invasão de seu espaço interior, percepção de espaço exterior como sufocante, pesado e perigoso. |
| 16. PERSONALIDADE |
| Por se tratar de função psíquica complexa, a avaliação geralmente ocorre ao longo do acompanhamento. Necessário cautela ao avaliar personalidade de adolescentes e pessoas com sintomas ansiosos ou depressivos. |

17. CRÍTICA EM RELAÇÃO AOS SINTOMAS E INSIGHT

1. Consciência de que tem um problema

2. Forma de nomear sintomas

3. Adesão ao tratamento proposto

18. DESEJO DE AJUDA

Verificar a disposição do entrevistado. Pode-se utilizar de elementos da Entrevista Motivacional como tentativa de melhorar a adesão ao tratamento. É importante tentar compreender a resistência ao tratamento, acolhendo as perspectivas do usuário e esclarecendo eventuais dúvidas e equívocos.

4.4 Plano de Segurança

Após avaliar e chegar à conclusão que é seguro tratar o paciente de forma ambulatorial, inicia-se o desenvolvimento de um plano de segurança (ou plano de enfrentamento a crise).

Você já ouviu falar em Plano de Segurança?



Trata-se de uma lista estratégica de como o paciente pode agir diante da iminência de um comportamento suicida.

A lógica do plano de segurança é que ele auxilia os pacientes a diminuir seu risco de tentar suicídio no futuro imediato usando uma lista predeterminada de estratégias e recursos de coping (Wenzel *et al.*, 2010, p.127).

Não é recomendada a utilização de “contratos de não suicídio”, pois podem confundir a avaliação do risco real do paciente. Entretanto, o plano de segurança estimula o autorreconhecimento da crise e o comprometimento em executar estratégias de forma autônoma (coping), estimulando o usuário a contatar terceiros quando necessário (Wenzel *et al.*, 2010).

Veja a seguir um exemplo de plano de segurança, conforme Wenzel *et al.*, 2010, p.129).

| PLANO DE SEGURANÇA |
|--|
| 1. SINAIS DE ALERTA (QUANDO EU DEVO UTILIZAR O PLANO DE SEGURANÇA): |
| 2. ESTRATÉGIAS DE COPING (COISAS QUE EU POSSO TENTAR SOZINHO (A)): |
| 3. CONTATAR OUTRAS PESSOAS: |
| Telefonar para um (a) amigo (a) para me distrair: Tel.: |
| |
| Se a distração não funcionar, direi às seguintes pessoas que estou em crise e pedirei ajuda: |
| |
| Telefonar para um familiar: Tel: |
| |
| Telefonar ou conversar com outra pessoa: Tel.: |
| 4. CONTATAR UM PROFISSIONAL DE SAÚDE DURANTE O HORÁRIO COMERCIAL: |
| |
| Os seguintes estabelecimentos podem ser contatados 24h por dia em qualquer dia da semana: |
| Assinatura do (a) Paciente: _____ Data: _____ |
| Assinatura do (a) Clínico (a): _____ Data: _____ |

4.5 Aspectos ético-profissionais e legais

Compreender o comportamento suicida como um problema de saúde pública requer a responsabilidade do Estado brasileiro também para com essa questão, uma vez que o artigo 196 da Constituição Federal assegura que saúde é direito de todos e dever do Estado. E, de acordo com o artigo 122 do Código Penal, induzir, instigar ou auxiliar alguém a cometer suicídio é crime no Brasil. Tais questões jurídicas reforçam a importância não só da prevenção ao comportamento auto lesivo, mas também do estudo e aprofundamento científico sobre como abordar o tema na sociedade (Brasil, 2016; Brasil, 2017).

O trabalho em saúde mental está envolvido com a intimidade das pessoas. Portanto, um dos atributos mais importantes de um profissional e de uma equipe de saúde mental é a ética. O sigilo das informações e dados de saúde dos usuários é o básico que se espera pré, durante e pós assistência à saúde. Isso é fundamental e é preocupação de muitos pacientes, que podem até retardar ou interromper o tratamento por medo, vergonha ou por não se sentir acolhido e respeitado no ambiente de saúde.

As questões éticas devem ser pauta das discussões e principalmente, critério para definição das condutas psicológicas. Uma postura ética diante do trabalho em saúde mental se manifesta desde a comunicação entre usuários e trabalhadores, até o respeito aos direitos, crenças, valores e autonomia do paciente. Assim, o cuidado deve estar centrado no paciente e não nos valores pessoais do profissional.

Para quem trabalha com saúde mental, a sombra do modelo manicomial é um parâmetro do que não fazer, portanto, é necessário muita atenção e cautela para não reproduzir práticas autoritárias e excludentes no cuidado em saúde.

Todos os profissionais de saúde devem estar devidamente inscritos em seus respectivos Conselho de Classe, que definirão as atribuições e preceitos éticos da profissão. Logo, é responsabilidade do profissional conhecer seus direitos e deveres, zelando para que suas atitudes sejam coerentes com seu Código de Ética profissional. Além disso, os Conselhos Regionais também representam importantes espaços para o esclarecimento de dúvidas sobre questões éticas, morais e legais relacionadas ao exercício profissional.

4.6 Produção de registro documental e evolução em prontuário multiprofissional

Todos os profissionais de saúde devem estar devidamente inscritos em seus respectivos Conselhos de Classe, que definirão as atribuições e preceitos éticos da profissão. Logo, é responsabilidade do profissional conhecer seus direitos e deveres, zelando para que suas atitudes sejam coerentes com seu Código de Ética profissional.

E a diferença entre prontuário e registro documental, você conhece?



Além disso, os Conselhos Regionais também representam importantes espaços para o esclarecimento de dúvidas sobre questões éticas, morais e legais relacionadas ao exercício profissional.

Os documentos devem ficar sob a posse e responsabilidade do profissional (ou instituição), sendo que o usuário não tem acesso ao registro documental, embora possa ter acesso ao prontuário, seja psicológico ou multidisciplinar, assim como aos documentos psicológicos emitidos (CFP, 2009).

O acesso ao prontuário é um direito do usuário e quando solicitado, é possível fornecer uma cópia do mesmo. Em se tratando de uma equipe multiprofissional, haverá um único prontuário, o multiprofissional ou também chamado como “prontuário único”. Nele, devem ser registradas “apenas as informações necessárias”, resguardando-se as questões relacionadas ao sigilo e confidencialidade dos dados. Nesse sentido, o registro documental do psicólogo pode ser uma opção coerente para ser utilizada em paralelo ao prontuário multiprofissional (CFP, 2009, p.3).

Os direitos e a proteção das pessoas em sofrimento mental são assegurados pela Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Com texto breve, esta lei representa uma grande conquista para usuários, familiares e trabalhadores da saúde mental, por representar um avanço frente ao já ultrapassado modelo manicomial. Atualmente, as pessoas com transtornos mentais têm direito à informação sobre seu quadro clínico e ao tratamento gratuito, devendo ser tratadas de forma respeitosa, livre de qualquer preconceito (Brasil, 2001).

5 REFERÊNCIAS

ANDERSON, Kayla N. *et al.* Emergency Department Visits Involving Mental Health Conditions, Suicide-Related Behaviors, and Drug Overdoses Among Adolescents – United States, January 2019–February 2023. *Mmwr. Morbidity And Mortality Weekly Report*, [S.L.], v. 72, n. 19, p. 502–512, 12 maio 2023. Centers for Disease Control MMWR Office. <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm7219a1>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10208370/>. Acesso em: 19 jun. 2023.

ANDREOTTI, Ezequiel T. *et al.* Instruments to assess suicide risk: a systematic review. *Trends Psychiatry Psychotherapy*, v. 42, p. 276–281, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32997043/> . Acesso em: 20 maio 2023.

APA (American Psychiatric Association). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. Porto Alegre: Artmed, 2014.

APA (American Psychiatric Association). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR. Porto Alegre: Artmed, 2023.

BENTLEY, Kate H. *et al.* Practices for monitoring and responding to incoming data on self-injurious thoughts and behaviors in intensive longitudinal studies: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, v. 90, s/p., 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34763126/> . Acesso em: 20 maio 2023.

BERNERT, Rebecca A. *et al.* Artificial Intelligence and Suicide Prevention: A Systematic Review of Machine Learning Investigations. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 17, n. 16, pág. 5929, 2020. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/16/5929> . Acesso em: 20 maio 2023.

BOTEGA, Neury José. Crise suicida: avaliação e manejo. 2ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2023. E-pub. Disponível em: <https://viewer.biblioteca.binpar.com/viewer/9786558820826/creditos.xhtml> . Acesso em: 21 maio 2023.

BRASIL. Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e a Promoção da Saúde no Brasil: 2017-2020. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <file:///C:/Users/User/Downloads/17-0522-cartilha-agenda-estrategica-publicada.pdf> . Acesso em: 30 jul 2023.

BRASIL. Código penal: Decreto-lei no 2.848/1940. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2017. 138 p. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/529748/codigo_penal_1ed.pdf . Acesso em: 30 jul 2023.

BRASIL. [Constituição (1988)] Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. – Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016. 496 p. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf . Acesso em: 30 jul 2023.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de Abril de 2001. Brasília, 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm . Acesso em: 20 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Banco de Dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/ext10uf.def> . Acesso em: 25 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico 55. Panorama dos suicídios e lesões autoprovocadas no Brasil de 2010 a 2021. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, v.55, n.4, p. 1- 18, 2024. Disponível em: Boletim Epidemiológico - Volume 55 - nº 04 – Ministério da Saúde . Acesso em: 16 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 204 DE 17 DE FEVEREIRO DE 2016. Diário Oficial da União, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204_17_02_2016.html. Acesso em: 30 jul 2023.

BRASIL; Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011. Diário Oficial da União, 2011b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 30 jul 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. RESOLUÇÃO Nº 287, DE 8 DE OUTUBRO DE 1998. Dispõe sobre as categorias profissionais para compor o Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1998/res0287_08_10_1998.html. Acesso em: 20 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília. 2005. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em: 30 jul 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. – 4. ed. 4. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2018a. 40 p., il. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude.pdf. Acesso em: 21 maio 2023.

BREET, Elsie *et al.* Substance use and suicidal ideation and behaviour in low- and middle-income countries: a systematic review BMC Public Health, v. 18, n. 1, pág. 1-18, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29699529/> . Acesso em 20 maio 2023.

BUSS, Paulo Marchiori *et al.* A saúde e seus determinantes sociais. Physis: revista de saúde coletiva, v. 17, p. 77-93, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/msNmGf74RqZsbpKYXxNKhm/?format=pdf&lang=pt> . Acesso em: 30 jul 2023.

CABRAL, Hideliza Lacerda Tinoco Boechat. Vulnerabilidade e suicídio por causas sociais. In: CABRAL, Hideliza Lacerda Tinoco Boechat *et al.* Suicídio no Brasil: contextualização, vulnerabilidade e ações preventivas. Campos dos Goytacazes: Encontrografia, 2022. Cap. 2. p. 33-48.

CAMPOS, Daniella Barbosa *et al.* Tecnologias do cuidado em saúde mental: práticas e processos da Atenção Primária. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 71, p. 2101-2108, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/ppXdx8LHmndvZKXyC3dbKdQ/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 21 dez. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). RESOLUÇÃO Nº001, 30 DE MARÇO DE 2009. Dispõe sobre a obrigatoriedade do registro documental decorrente da prestação de serviços psicológicos. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2009/04/resolucao2009_01.pdf . Acesso em: 12 jun 2025.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). RESOLUÇÃO Nº10, DE 21 DE JULHO DE 2005. Aprova o Código de Ética Profissional do Psicólogo. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2022/06/WEB_29535_Codigo_de_etica_da_profissao_14.04-1.pdf . Acesso em: 21 maio 2023.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). RESOLUÇÃO Nº23, DE 13 DE OUTUBRO DE 2022. Institui condições para concessão e registro de psicóloga e psicólogo especialistas; reconhece as especialidades da Psicologia (...). 2022a. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-23-de-13-de-outubro-de-2022-437945688> . Acesso em: 21 maio 2023.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). Referências técnicas para atuação de psicólogas (os) no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) – ed. rev. – Brasília: CFP, 2022. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/publicacao/referencias-tecnicas-para-atuacao-de-psicologas-os-no-centro-de-atencao-psicossocial-caps/> . Acesso em: 20 maio 2023.

DOMARADZKI, Jan *et al.* The Werther Effect, the Papageno Effect or No Effect?: a literature review. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, [S.L.], v. 18, n. 5, p. 1-20, 1 mar. 2021. MDPI AG. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph18052396>. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/5/2396>. Acesso em: 18 jun. 2023.

DALGALARRONDO, Paulo. *Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais*. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

DRANE, James F. Suicídio: uma solução para o envelhecimento, a morte e problemas médicos? *Revista Bioethikos*. 2013; v.7, n1, p. 59 – 67. Disponível em: <https://saocamilo-sp.br/assets/artigo/bioethikos/99/a6.pdf> . Acesso em: 18 jun. 2023.

DUARTE, Juliana Calabresi Voss *et al.* Considerações acerca do suicídio no período medieval sob a lente da história da educação. *Brazilian Journal of Development*, v. 8, n. 3, p. 15783-15793, 2022. Disponível em: https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5&q=considera%C3%A7%C3%B5es+acerca+do+suic%C3%ADdio+no+per%C3%ADodo+medieval&btnG= . Acesso em: 18 jun 2023.

DURKHEIM, Émile. *O suicídio: estudo de sociologia*. 1. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000. 513 p., il.

ESPÍRITO SANTO. Governo do Estado do Espírito Santo. Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. *Protocolo de Classificação de Risco em Saúde Mental*. Vitória: 2018. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Protocolo/PROTOCOLO%20CLASSIFICACAO%20DE%20RISCO%20EM%20SAUDE%20MENTAL.pdf> . Acesso em: 18 ago. 2023

ESPÍRITO SANTO. Governo do Estado do Espírito Santo. Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. Protocolo de Classificação de Risco em Saúde Mental. Vitória: 2018. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Protocolo/PROTOCOLO%20CLASSIFICACAO%20DE%20RISCO%20EM%20SAUDE%20MENTAL.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2023.

FAWCETT, Emma *et al.* Hospital presenting suicidal ideation: A systematic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, v. 29, n. 5, pág. 1530–1541, 2022. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/cpp.2761>. Acesso em: 20 maio 2023.

FEHLING, Kara B.; SELBY, Edward A.. Suicide in DSM-5: current evidence for the proposed suicide behavior disorder and other possible improvements. *Frontiers In Psychiatry*, [S.L.], v. 11, n. 0, p. 1–15, 4 fev. 2021. Frontiers Media SA. <http://dx.doi.org/10.3389/fpsy.2020.499980>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7891495/>. Acesso em: 29 jul. 2023.

FEIJOO, Ana Maria Lopez Calvo de *et al.* Prevenção do Suicídio: esquecimento do ser e era da técnica. *Psicologia: Ciência e Profissão*, [S.L.], v. 43, p. 1–13, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/b38rswZL8Ym8dzYggv7RNht/#>. Acesso em: 21 mar. 2024.

FOUNTOULAKIS, Konstantinos N. *et al.* The effect of different degrees of lockdown and self-identified gender on anxiety, depression and suicidality during the COVID-19 pandemic: data from the international comet-g study.. *Psychiatry Research*, [S.L.], v. 315, p. 1–14, set. 2022. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114702>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178122002980?via%3Dihub>. Acesso em: 19 jun. 2023.

FUKUMITSU, Karina Okajima. O psicoterapeuta diante do comportamento suicida. *Psicologia Usp*, [S.L.], v. 25, n. 3, p. 270-275, dez. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-6564d20140001>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pusp/a/dn4bjQ5DWvmVx5RkWH6HS7w/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 12 jun. 2025.

HAWLEY, Lance L *et al.* Is the narrative the message?: the relationship between suicide-related narratives in media reports and subsequent suicides. *Australian &*

New Zealand Journal Of Psychiatry, [S.L.], v. 57, n. 5, p. 758-766, 23 ago. 2022. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/00048674221117072>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10126449/#abstract-title>. Acesso em: 18 jun. 2023.

KUEHN, Kevin S. *et al.* Modeling the suicidal behavior cycle: Understanding repeated suicide attempts among individuals with borderline personality disorder and a history of attempting suicide. *Journal Consulting Clinical Psychology*, v. 88, n. 6, pág. 570, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32162931/>. Acesso em: 20 maio 2023.

LANGE, Shannon *et al.* Contextual factors associated with country-level suicide mortality in the Americas, 2000–2019: a cross-sectional ecological study. *The Lancet Regional Health–Americas*, v. 20, 2023. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X\(23\)00024-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X(23)00024-8/fulltext). Acesso em: 21 maio 2023.

MANN, J. John; MICHEL, Christina A.; AUERBACH, Randy P. Improving Suicide Prevention Through Evidence-Based Strategies: A Systematic Review. *American Journal of Psychiatry*, v. 178, n. 7, pág. 611-624, 2021. Disponível em: <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.2020.20060864>. Acesso em: 20 maio 2023.

MARTINS, Alexandre A. Liberation Theology and Public Health Ethics: The Tradition Behind Paul Farmer. *Journal of Moral Theology*, v. 4, n. CTWEC Book Series, No. 4, p. 114-134, 2023.

MEHLUM, Lars *et al.* Euthanasia and assisted suicide in patients with personality disorders: a review of current practice and challenges. *Borderline Personality Disorder And Emotion Dysregulation*, [S.L.], v. 7, n. 1, p. 1-7, 30 jul. 2020. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/s40479-020-00131-9>. Disponível em: <https://bpded.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40479-020-00131-9>.

Acesso em: 18 jun. 2023.

METELSKI, Giuliano *et al.* O efeito Werther e sua relação com taxas de tentativas de suicídio: uma revisão narrativa. *Research, Society And Development*, [S.L.], v. 11, n. 10, p. 1-18, 30 jul. 2022. Research, Society and Development. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i10.32630>. Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/362377086_O_efeito_Werther_e_sua_relacao_com_taxas_de_tentativas_de_suicidio_uma_revisao_narrativa. Acesso em: 18 jun. 2023.

OLIVEIRA ALVES, Flávia Jôse *et al.* The rising trends of self-harm in Brazil: an ecological analysis of notifications, hospitalisations, and mortality between 2011 and 2022. *The Lancet Regional Health - Americas*, [S.L.], v. 31, p. 1-11, mar. 2024. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X\(24\)000188/fulltext#:~:text=From%202011%20to%202022%2C%20720%2C480,have%20increased%20in%20the%20country](https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X(24)000188/fulltext#:~:text=From%202011%20to%202022%2C%20720%2C480,have%20increased%20in%20the%20country). Acesso em: 16 set. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Prevenção do suicídio: um imperativo global. Genebra: OMS. 2014. Disponível em: <https://www.rets.epsjv.fiocruz.br/noticias/oms-publica-relatorio-sobre-prevencao-ao-suicidio>. Acesso em: 21 maio 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da mídia. 2000. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67604/WHO_MN_H_MBD_00.2_por.pdf;jsessionid=58AF925B65D2505FBF8B3E3F7D7A76D3?sequence=7. Acesso em: 18 jun. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Suicídio no mundo em 2019: estimativas globais de saúde. Genebra: OMS. 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>. Acesso em: 20 maio 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Suicídio. 2025. Disponível em:

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>.

Acesso em: 18 maio 2025.

PEREIRA, Ingrid de Paula Costa *et al.* Mortalidade por suicídio no Estado do Pará: uma análise dos casos de 1996 a 2018. *Brazilian Journal Of Development*, [S.L.], v. 6, n. 8, p. 61657-61668, 2020. *Brazilian Journal of Development*.

<http://dx.doi.org/10.34117/bjdv6n8-549>. Disponível em:

<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/15538>. Acesso em: 20 jun. 2023.

RIO DE JANEIRO, Prefeitura da Cidade do. Avaliação do Risco de Suicídio e sua Prevenção: versão profissional. Coleção Guia de Referência Rápida. 1ª edição, 2016. Disponível em: https://subpav.org/download/prot/Guia_Suicidio.pdf . Acesso em: 07 set. 2023.

SAHIN, Esra Kabadayi; USUL, Eren. Prehospital Emergency Service Use for Substance-Related Issues before and during COVID-19. *Emergency Medicine International*, [S.L.], v. 2023, p. 1-6, 17 abr. 2023. Hindawi Limited. <http://dx.doi.org/10.1155/2023/8886832>. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10125766/>. Acesso em: 19 jun. 2023.

SANTA CATARINA. Governo do Estado de Santa Catarina. Secretaria de Estado da Saúde. Linha de Cuidado para Atenção à Saúde Mental. Florianópolis. 2019. 34 p. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/legislacaoprincipal/anexos-de-deliberacoes-cib/anexos-deliberacoes-2018/14574-anexo-deliberacao-287-2018-linha-cuidado-saude-mental/file>. Acesso em: 07 set. 2023.

SERRANO, Carlos Campillo; DOLCI, Germán Fajardo. Prevención del suicidio y la conducta suicida. *Gaceta Médica de México*. México. v.157, n.5, p.564-569, 2021. Disponível em: https://www.gacetamedicademexico.com/frame_esp.php?id=640 .Acesso em: 21 maio 2023.

SILVA, Andrey Ferreira da *et al.* Acolhimento à pessoa em sofrimento mental na atenção básica. *Revista de Enfermagem Ufpe On Line*, [S.L.], v. 12, n. 9, p. 2459, 8 set. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/234705>. Acesso em: 21 dez. 2022.

SOARES, Fernanda Cunha *et al.* Tendência de suicídio no Brasil de 2011 a 2020: foco especial na pandemia de covid-19. *Rev Panam Salud Publica*; 46, dic. 2022, 2022. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56863> . Acesso em: 21 maio 2023.

SOEIRO, Ana Cristina Vidigal *et al.* Abordagem do suicídio na educação médica: analisando o tema na perspectiva dos acadêmicos de medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, [S.L.], v. 45, n. 1, p. 1-9, 2021. *FapUNIFESP (SciELO)*. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-5271v45.1-20200292>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/KRgG3bmyWpcxZD8SdqrX8CS/?lang=pt>. Acesso em: 12 jun. 2025.

SEABOURNE, Alice *et al.* Suicide or accident: self-killing in medieval england. *British Journal Of Psychiatry*, [S.L.], v. 178, n. 1, p. 42-47, jan. 2001. Royal College of Psychiatrists. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.178.1.42>. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/suicide-or-accident-selfkilling-in-medieval-england/66195F6D981CEE48B35C155E6F7A948F>. Acesso em: 18 jun. 2023.

WESTPHAL, Euler Renato *et al.* Of Philosophy, Ethics and Moral about Euthanasia: the discomfort between modernity and postmodernity. *Clinical Medical Reviews And Case Reports*, [S.L.], v. 6, n. 6, p. 1-6, 10 jun. 2019. ClinMed International Library. <http://dx.doi.org/10.23937/2378-3656/1410270>. Disponível em: <https://clinmedjournals.org/articles/cmrcr/clinical-medical-reviews-and-case-reports-cmrcr-6-270.php?jid=cmrcr>. Acesso em: 18 jun. 2023.

WENZEL, Amy *et al.* *Terapia cognitivo-comportamental para pacientes suicidas*. Porto Alegre: Artmed, 2010.

6 ANEXOS

6.1 ANEXO A – Ficha de Notificação Compulsória de Violência Interpessoal/Autoprovocada

| República Federativa do Brasil Ministério da Saúde | | SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO | | FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL | | Nº | | |
|---|----|---|--|---|--|--|---------------|---|
| <p>Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar (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.</p> | | | | | | | | |
| Dados Gerais | 1 | Tipo de Notificação | | 2 - Individual | | | | |
| | 2 | Agravado(a) | | VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA | | Código (CID10) Y09 | | |
| | 3 | Data da notificação | | | | | | |
| | 4 | UF | 5 | Município de notificação | | | Código (IBGE) | |
| Notificação Individual | 6 | Unidade Notificadora | | <input type="checkbox"/> 1 - Unidade de Saúde 2 - Unidade de Assistência Social 3 - Estabelecimento de Ensino 4 - Conselho Tutelar 5 - Unidade de Saúde Indígena 6 - Centro Especializado de Atendimento à Mulher 7 - Outros | | | | |
| | 7 | Nome da Unidade Notificadora | | | | Código Unidade | | |
| | 8 | Unidade de Saúde | | | | Código (CNES) | | |
| | 9 | Data da ocorrência da violência | | | | | | |
| Dados do Paciente | 10 | Nome do paciente | | | | 11 Data de nascimento | | |
| | 12 | (ou) Idade | <input type="checkbox"/> 1 - Mãe <input type="checkbox"/> 2 - Pai <input type="checkbox"/> 3 - Mãe <input type="checkbox"/> 4 - Pai | 13 | Sexo | <input type="checkbox"/> M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> 1 - Ignorado | 14 | Gestante |
| | | | <input type="checkbox"/> 1 - 1º trimestre <input type="checkbox"/> 2 - 2º trimestre <input type="checkbox"/> 3 - 3º trimestre <input type="checkbox"/> 4 - Não gestacional/ignorado <input type="checkbox"/> 5 - Não se aplica <input type="checkbox"/> 6 - Ignorado | | | 15 | | Raça/Cor |
| | | | | | <input type="checkbox"/> 1 - Branca <input type="checkbox"/> 2 - Preta <input type="checkbox"/> 3 - Amarela <input type="checkbox"/> 4 - Parda <input type="checkbox"/> 5 - Indígena <input type="checkbox"/> 6 - Ignorado | | | |
| Dados de Residência | 16 | Escolaridade | | 1 - Analfabeto 2 - 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 3 - 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo gíneo ou 1º grau) 4 - Ensino fundamental completo (antigo gíneo ou 1º grau) 5 - Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6 - Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7 - Educação superior incompleta 8 - Educação superior completa 9 - Ignorado 10 - Não se aplica | | | | |
| | 17 | Número do Cartão SUS | | 18 | | Nome da mãe | | |
| | 19 | UF | 20 | Município de Residência | Código (IBGE) | | 21 | Distrito |
| | 22 | Bairro | 23 | Logradouro (rua, avenida,...) | | | Código | |
| Dados Complementares | 24 | Número | 25 | Complemento (apto., casa,...) | 26 | | Geo campo 1 | |
| | 27 | Geo campo 2 | | 28 | | Ponto de Referência | | |
| | 29 | CEP | | 30 | | Zona | | |
| | 31 | <input type="checkbox"/> 1 - Urbana <input type="checkbox"/> 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periferia <input type="checkbox"/> 4 - Ignorado | | 32 | | País (se residente fora do Brasil) | | |
| Dados da Pessoa Atendida | 33 | Nome Social | | 34 | | Ocupação | | |
| | 35 | Situação conjugal / Estado civil | | <input type="checkbox"/> 1 - Solteiro <input type="checkbox"/> 2 - Casado/união consensual <input type="checkbox"/> 3 - Viúvo <input type="checkbox"/> 4 - Separado <input type="checkbox"/> 5 - Não se aplica <input type="checkbox"/> 6 - Ignorado | | | | |
| | 36 | Orientação Sexual | | <input type="checkbox"/> 1 - Heterossexual <input type="checkbox"/> 2 - Homossexual (gay/lesbica) <input type="checkbox"/> 3 - Bissexual <input type="checkbox"/> 4 - Não se aplica <input type="checkbox"/> 5 - Ignorado | | 37 | | Identidade de gênero |
| | | | <input type="checkbox"/> 1 - Travesti <input type="checkbox"/> 2 - Mulher Transsexual <input type="checkbox"/> 3 - Homem Transsexual <input type="checkbox"/> 4 - Não se aplica <input type="checkbox"/> 5 - Ignorado | | | | | |
| Dados da Ocorrência | 38 | Possui algum tipo de deficiência/ transtorno? | | <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado | | 39 | | Se sim, qual tipo de deficiência/ transtorno? |
| | | | <input type="checkbox"/> Deficiência Física <input type="checkbox"/> Deficiência Intelectual <input type="checkbox"/> Deficiência visual <input type="checkbox"/> Deficiência auditiva <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Outras | | | | | |
| | 40 | UF | 41 | Município de ocorrência | Código (IBGE) | | 42 | Distrito |
| | 43 | Bairro | 44 | Logradouro (rua, avenida,...) | | | Código | |
| | 45 | Número | 46 | Complemento (apto., casa,...) | 47 | | Geo campo 3 | |
| | 48 | Geo campo 4 | | 49 | | Ponto de Referência | | |
| | 50 | Zona | | <input type="checkbox"/> 1 - Urbana <input type="checkbox"/> 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periferia <input type="checkbox"/> 4 - Ignorado | | 51 | | Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas) |
| | 52 | Local de ocorrência | | <input type="checkbox"/> 01 - Residência <input type="checkbox"/> 02 - Habitação coletiva <input type="checkbox"/> 03 - Escola <input type="checkbox"/> 04 - Local de prática esportiva <input type="checkbox"/> 05 - Bar ou similar <input type="checkbox"/> 06 - Via pública <input type="checkbox"/> 07 - Comércio/serviços <input type="checkbox"/> 08 - Indústrias/construção <input type="checkbox"/> 09 - Outro <input type="checkbox"/> 10 - Ignorado | | 53 | | Ocorreu outras vezes? |
| | | | | <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado | | 54 | | A lesão foi autoprovocada? |
| | | | | <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado | | | | |

SVS 03.06.2015

| | | | |
|--|--|--|---|
| Violência | 65 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 | | |
| | 66 Tipo de violência: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Interação legal <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Trabalho infantil | | |
| Violência Sexual | 67 Meio de agressão: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Força corporal/espartilhamento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/Obj. químico <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento <input type="checkbox"/> Intoxicação | | |
| | 68 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outros | | |
| Dados do provável autor da agressão | 69 Procedimento realizado: 1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei | | |
| | 70 Número de envolvidos: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado 1 - Um <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei 2 - Dois ou mais <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Própria pessoa 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional <input type="checkbox"/> Imã(o)(s) | | |
| | 71 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado 1 - Masculino <input type="checkbox"/> Suspeita de uso de álcool 2 - Feminino <input type="checkbox"/> 1-Sim 3 - Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> 9-Ignorado | | |
| | 72 Sexo do provável autor da agressão: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado 1 - Criança (0 a 9 anos) 3 - Jovem (20 a 24 anos) 4 - Pessoa idosa (60 anos ou mais) 2 - Adolescente (10 a 19 anos) Pessoa adulta (25 a 59 anos) 9-Ignorado | | |
| Encaminhamento | 73 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Rede de Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras) <input type="checkbox"/> Conselho do Idoso <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> Rede de Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Rede de Educação (Creche, escola, outras) <input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos <input type="checkbox"/> Justiça da Infância e da Juventude <input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Defensoria Pública <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente | | |
| | 74 Violência Relacionada ao Trabalho: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado 1-Sim 2-Não 9-Ignorado | | |
| Dados finais | 75 Data de encerramento: <input type="text"/> | | |
| | 76 Circunstância da lesão: CID 10 - Cap XX <input type="text"/> | | |
| Informações complementares e observações | | | |
| Nome do acompanhante: <input type="text"/> Vínculo/grau de parentesco: <input type="text"/> (DDD) Telefone: <input type="text"/> | | | |
| Observações Adicionais: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | | | |
| TELEFONES ÚTEIS | | | |
| Disque-Saúde 0800 61 1997 | | Central de Atendimento à Mulher 180 | |
| | | Disque-Denúncia - Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes 100 | |
| Notificador | Município/Unidade de Saúde: <input type="text"/> | | Cód. da Unid. de Saúde/CNES: <input type="text"/> |
| | Nome: <input type="text"/> | Função: <input type="text"/> | Assinatura: <input type="text"/> |
| Violência interpessoal/autoprovocada | | Sinan | SVS 03.06.2015 |

6.2 ANEXO B – Ficha de Notificação Compulsória de Intoxicação Exógena

6.2 ANEXO B – Ficha de Notificação Compulsória de Intoxicação Exógena

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO **INTOXICAÇÃO EXÓGENA**

Nº

Caso suspeito: todo aquele indivíduo que, tendo sido exposto a substâncias químicas (agrotóxicos, medicamentos, produtos de uso doméstico, cosméticos e higiene pessoal, produtos químicos de uso industrial, drogas, plantas e alimentos e bebidas), apresente sinais e sintomas clínicos de intoxicação e/ou alterações laboratoriais provavelmente ou possivelmente compatíveis.

| | | | | |
|---|--|---|--|--|
| Dados Gerais | 1 Tipo de Notificação 2 - Individual | | 3 Data da Notificação | |
| | 2 Agravado/enferma INTOXICAÇÃO EXÓGENA | | Código (CID10) T 65.9 | |
| | 4 UF 5 Município de Notificação | | Código (IBGE) | |
| | 6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) | | 7 Data dos Primeiros Sintomas | |
| Notificação Individual | 8 Nome do Paciente | | 9 Data de Nascimento | |
| | 10 (ou) Idade 1 - Hom 2 - Dia 3 - Mês 4 - Anos | | 11 Sexo M - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado | |
| | 12 Gestante 1 - 1º trimestre 2 - 2º trimestre 3 - 3º trimestre 4 - Não se aplica 5 - Não se aplica 6 - Não se aplica | | 13 Raça/Cor 1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Indígena 5 - Não se aplica | |
| | 14 Escolaridade 1 - Analfabeto 2 - 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 3 - 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo primário ou 2º grau) 4 - Ensino fundamental completo (antigo primário ou 3º grau) 5 - Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 6 - Educação superior incompleta 7 - Educação superior completa 8 - Ignorado 9 - Não se aplica | | | |
| Dados de Residência | 15 Número do Cartão SUS | | 16 Nome da mãe | |
| | 17 UF 18 Município de Residência | | Código (IBGE) | |
| | 19 Distrito | | | |
| | 20 Bairro | | 21 Logradouro (rua, avenida, ...) | |
| | 22 Número | | 23 Complemento (apto., casa, ...) | |
| | 24 Geo campo 1 | | 25 Geo campo 2 | |
| Dados Complementares do Caso | 26 Ponto de Referência | | 27 CEP | |
| | 28 (DDD) Telefone | | 29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado | |
| | 30 País (se residente fora do Brasil) | | | |
| | | | | |
| Antecedentes Epidemiológicos | 31 Data da Investigação | | 32 Ocupação | |
| | 33 Situação no Mercado de Trabalho 01 - Empregado registrado com carteira assinada 02 - Empregado não registrado 03 - Autônomo/ conta própria 04 - Servidor público estatutário 05 - Servidor público celetista 06 - Aposentado 07 - Desempregado 08 - Trabalho temporário 09 - Cooperativado 10 - Trabalhador avulso 11 - Empregador 12 - Outros 99 - Ignorado | | | |
| | 34 Local de ocorrência da exposição 1. Residência 2. Ambiente de trabalho 3. Trajetos do trabalho 4. Serviços de saúde 5. Escola/louche 6. Ambiente externo 7. Outro 9. Ignorado | | | |
| | 35 Nome do local/estabelecimento de ocorrência | | 36 Atividade Econômica (CNAE) | |
| Dados da Exposição | 37 UF 38 Município do estabelecimento | | Código (IBGE) | |
| | 39 Distrito | | | |
| | 40 Bairro | | 41 Logradouro (rua, avenida, etc. - endereço do estabelecimento) | |
| | 42 Número | | 43 Complemento (apto., casa, ...) | |
| 44 Ponto de Referência do estabelecimento | | 45 CEP | | |
| 46 (DDD) Telefone | | 47 Zona de exposição 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado | | |
| 48 País (se estabelecimento fora do Brasil) | | | | |

Intoxicação Exógena

Sinan NET

SVS 09/06/2005

| | | | | |
|--|--|---------------------|---|--|
| Dados da Exposição | 49. Grupo do agente tóxico/Classificação geral 01. Medicamento 02. Agrotóxico/uso agrícola 03. Agrotóxico/uso doméstico 04. Agrotóxico/uso saúde pública 05. Ratoeira 06. Produto veterinário 07. Produto de uso domiciliar 08. Cosmético/higiene pessoal 09. Produto químico de uso industrial 10. Metal 11. Drogas de abuso 12. Planta tóxica 13. Alimento e bebida 14. Outro 99. Ignorado | | | |
| | 50. Agente tóxico (informar até três agentes) Nome Comercial/popular: _____ Princípio Ativo: _____ 1 - _____ 1 - _____ 2 - _____ 2 - _____ 3 - _____ 3 - _____ | | | |
| | 51. Se agrotóxico, qual a finalidade da utilização 1. Inseticida 2. Herbicida 3. Carrapaticida 4. Raticida 5. Fungicida 6. Preservante para madeira 7. Outro: _____ 8. Não se aplica 9. Ignorado | | | |
| | 52. Se agrotóxico, quais as atividades exercidas na exposição atual 01 - Diluição 05 - Colheita 09 - Outros 1ª Opção: <input type="checkbox"/> 02 - Pulverização 06 - Transporte 10 - Não se aplica 2ª Opção: <input type="checkbox"/> 03 - Tratamento de sementes 07 - Desinfestação 99 - Ignorado 3ª Opção: <input type="checkbox"/> 04 - Armazenagem 08 - Produção/formulação | | | |
| | 53. Se agrotóxico de uso agrícola, qual a cultura/lavoura _____ | | | |
| Dados do Atendimento | 54. Via de exposição/contaminação 1 - Digestiva 4 - Ocular 7 - Transplacentária 1ª Opção: <input type="checkbox"/> 2 - Cutânea 5 - Parenteral 8 - Outra 2ª Opção: <input type="checkbox"/> 3 - Respiratória 6 - Vaginal 9 - Ignorada 3ª Opção: <input type="checkbox"/> | | | |
| | 55. Circunstância da exposição/contaminação <input type="checkbox"/> 01 - Uso Habitual 02 - Acidental 03 - Ambiental 04 - Uso terapêutico 05 - Prescrição médica inadequada 06 - Erro de administração 07 - Automedicação 08 - Abuso 09 - Ingestão de alimento ou bebida 10 - Tentativa de suicídio 11 - Tentativa de aborto 12 - Violência/homicídio 13 - Outra: _____ 99 - Ignorado | | | |
| | 56. A exposição/contaminação foi decorrente do trabalho/ocupação? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> | | 57. Tipo de Exposição 1 - Aguda - única 2 - Aguda - repetida 3 - Crônica <input type="checkbox"/> 4 - Aguda sobre Crônica 9 - Ignorado | |
| | 58. Tempo Decorrido entre a Exposição e o Atendimento _____ 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano 9 - Ignorado | | | |
| | 59. Tipo de atendimento <input type="checkbox"/> 1 - Hospitalar 2 - Ambulatorial 3 - Domiciliar 4 - Nenhum 9 - Ignorado | | 60. Houve hospitalização? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado | |
| Conclusão do Caso | 63. Município de hospitalização _____ Código (IBGE) _____ | | 64. Unidade de saúde _____ Código _____ | |
| | 65. Classificação final 1 - Intoxicação confirmada 2 - Só Exposição 3 - Reação Adversa 4 - Outro Diagnóstico 5 - Síndrome de abstinência 9 - Ignorado | | | |
| | 66. Se intoxicação confirmada, qual o diagnóstico _____ CID - 10 _____ | | | |
| | 67. Critério de confirmação <input type="checkbox"/> 1 - Laboratorial 2 - Clínico-epidemiológico 3 - Clínico | | 68. Evolução do Caso <input type="checkbox"/> 1 - Cura sem sequelas 2 - Cura com sequelas 3 - Óbito por intoxicação exógena 4 - Óbito por outra causa 5 - Perda de seguimento 9 - Ignorado | |
| | 69. Data do óbito _____ | | 70. Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT. <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9 - Ignorado | |
| 71. Data do Encerramento _____ | | | | |
| Informações complementares e observações | | | | |
| Observações: | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| Investigador | Município/Unidade de Saúde | | Cód. da Unid. de Saúde | |
| | Nome | | Assinatura | |
| Função | | SVS 09/06/2005 | | |
| Intoxicação Exógena | | Sinais NET | | |

6.3 ANEXO C – IRIS – Índice de Risco de Suicídio

6.3 ANEXO C – IRIS – Índice de Risco de Suicídio

70

Francisco Alte da Veiga, Joana Andrade, Paula Garrido, Sandra Neves, Nuno Madeira,
Adelaide Craveiro, José Carlos Santos, Carlos Braz Saraiva

IRIS - Índice de Risco de Suicídio

F. A. Veiga, J. Andrade, P. Garrido, S. Neves, N. Madeira, A. Craveiro, J.C. Santos, C.B. Saraiva

Identificação: _____

SOCIODEMOGRAFIA - Ponderação 1

- **Sexo** Masculino → 1 Feminino → 0 ☐
- **Idade** ≥ 45 → 1 < 45 → 0 ☐
- **Religiosidade** Não → 1 Sim → 0 ☐

Existem factores de natureza religiosa ou espiritual suscetíveis de frenar a passagem ao acto ?

CONTEXTOS - Ponderação 2 Não → 0 Sim → 2

- **Isolamento** - vive só, sem apoio familiar ou social ? ☐
- **Perda recente marcante** - luto, desemprego, perda material ou de estatuto ☐
- **Doença física** - incapacitante ou terminal ☐
- **Abuso actual de álcool ou substâncias** ☐
- **Doença psiquiátrica grave** - descompensação actual de psicose, depressão major unipolar ou bipolar, perturbação grave da personalidade ☐
- **História de internamento psiquiátrico** ☐
- **História familiar de suicídio** ☐

ESFERA SUICIDA

• História pessoal de comportamentos suicidários

Ponderação 3 Não → 0 Sim → 3

Considerar Sim em caso de 2 ou mais comportamentos prévios ou apenas 1 se grave (método violento ou tendo justificado cuidados intensivos) ☐

• Plano suicida

Apura-se a existência de plano organizado, consistente, letal e exequível ?
- valorizar actos preparatórios recentes (exs: carta de despedida, testamento), bem como o acesso a meios letais (exs: arma de fogo, pesticidas / herbicidas)

Não → 0 Sim → Atribuir directamente o valor 20 ao Score Total do Índice ☐

SCORE TOTAL

IRIS - Instruções e Condições de Utilização

1 - Este índice tem como objectivo a avaliação psicométrica do risco de suicídio em indivíduos que apenas verbalizam ideação suicida, ou seja, que não tenham protagonizado um comportamento suicidário recente.

2 - Cotar cada item de acordo com as respectivas indicações e somar os scores.

3 - O score total máximo possível = $(3 \times 1) + (7 \times 2) + 3 = 20$. Notar que o item relativo ao plano suicida, em caso de resposta "Sim", remete sempre para a atribuição directa do score total máximo independentemente dos valores obtidos para os itens anteriores, dispensando assim a respectiva soma.

4 - Os pontos de corte sugeridos são os seguintes:

- Score total < 5 → Risco reduzido
- Score total ≥ 5 e < 10 → Risco intermédio
- Score total ≥ 10 → Risco elevado

5 - Estes pontos de corte e riscos associados devem ser objecto de interpretação cautelosa e como mera sugestão geral, dependendo do contexto de utilização do IRIS. A possibilidade de ocorrência de falsos negativos é incontornável em qualquer instrumento psicométrico. A orientação final a dar a cada caso NUNCA dispensa a avaliação clínica especializada por profissionais de saúde autónomos na área da Suicidologia.

6 - O IRIS foi concebido no âmbito do trabalho e experiência da Consulta de Prevenção do Suicídio, criada em 1992 no Serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra (na altura Hospitais da Universidade de Coimbra). O seu desenvolvimento visou dar resposta a solicitações de longa data por parte da comunidade trabalhando na área da Suicidologia ou em Cuidados de Saúde Primários, com objectivos clínicos, de formação, investigação ou outros. Assim sendo, a sua utilização é livre e gratuita. Os autores exigem, no entanto, a devida referência em qualquer trabalho que seja objecto de apresentação sob a forma de comunicação oral, publicação, poster ou outra.