

	PROTOCOLO	Código do Documento	Página
		PROT.DT.065	1 / 8
	PROTOCOLO ASSISTENCIAL PARA PREVENÇÃO DO SUICÍDIO - HMSH	Especialidade	Revisão
		Todas as áreas	1

Objetivo

Identificar precocemente pacientes com risco para suicídio durante o internamento, permitindo uma abordagem integrada que reduza a possibilidade de concretização do suicídio durante o internamento ou mesmo após a alta hospitalar

Executantes

Médicos, enfermeiros e psicólogos

Materiais / Documentos necessários

ESCORE DE AVALIAÇÃO DE RISCO DE SUICÍDIO (disponível no sistema sob o código FORM.DT.063 ou no MV como SUICIDIO – ESCORE)

Descrição do protocolo		
Responsável	Ação	
Enfermeiro ou técnico de enfermagem (admissão do internamento)	No momento da coleta de dados da admissão do paciente, ficar atento aos sinalizadores da possibilidade de suicídio:	
	1) Relato ou suspeita de tentativa de suicídio no momento da internação	
	2) Entrada com relatório ou dados de histórias apontem para tentativa prévia de suicídio	
	3) Diagnóstico prévio de: depressão ou esquizofrenia	
	4) Diagnóstico atual de neoplasia (câncer: não se aplica para câncer de pele)	
	5) Histórico de uso de substâncias psicoativas: drogas ou abuso de álcool	
	6) Uso de medicamentos para depressão ou esquizofrenia:	
	DEPRESSÃO	
	Classe	Substância
	ADT (tricíclicos)	Amitriptilina
		Imipramina
		Doxepina
	ISRS (inibidor seletivo da recaptação da serotonina)	Fluoxetina
		Sertralina
		Paroxetina
		Fluvoxamina
		Escitalopran
		Citalopran
	ISRSN (inibidores da recaptação da serotonina e noradrenalina)	Venlafaxina
		Duloxetina
		Milnaciprana
	IMAO (inibidores da monoamina oxidase)	Fenelzina
		Tanilcipromina
		Selegilina
	ESQUIZOFRENIA	
	Classe	Substância
	Convencional	Haloperidol
		Levomepromazina
		Clorpromazina
		Olanzapina
	Nova geração	Risperidona

	PROTOCOLO	Código do Documento	Página
		PROT.DT.065	2 / 8
	PROTOCOLO ASSISTENCIAL PARA PREVENÇÃO DO SUICÍDIO - HMSH	Especialidade	Revisão
		Todas as áreas	1

		Quetiapina	Neuroquel, Queropax, Quetiel, Quetifren, Queopine	
Qualquer membro da equipe multidisciplinar	Tentar identificar por meio de comportamento, comunicação ou sinais ao exame físico pacientes com risco aumentado para suicídio:			
	I. EXAME FÍSICO:			
	• Marcas ou lesões (equimoses, escoriações, cortes, etc) que sugiram tentativa prévia de suicídio, principalmente em punhos e pescoço			
	II. EXPRESSÕES USADAS PELOS PACIENTES (FRASES DE ALERTA):			
	• Eu ando pensando besteira (ou com pensamentos ruins)...			
	• Acho que fulano/as pessoas ficariam melhor se eu não estivesse aqui (ou sou um peso para os outros/ era melhor que eu estivesse morto)...			
	• Eu não aguento mais... (ou não vejo saída... ou queria poder dormir e não acordar nunca mais...)			
	III. COMPORTAMENTOS DE RISCO:			
	• Alucinações: ouvindo vozes ou vendo coisas			
	• Agitação psicomotora ou agressividade intensa			
• Choro compulsivo e persistente				
• Padrão de depressão grave com perda do apetite				
Psicóloga	Ao ser sinalizada pela equipe, atuação ativa conforme orientações do protocolo			
Médico assistente ou plantonista	Prescrever medicações ou transferir quando indicado			

1. SE PACIENTE FOR TRIADO POR ALGUM DOS CRITÉRIOS COMO TENDO RISCO DE SUICÍDIO, QUAL O PRÓXIMO PASSO?			
Após triagem positiva, a enfermeira do setor deverá aplicar o questionário para triagem do risco de suicídio do NIMH (National Institute of Mental Health), que consiste em 4 perguntas chave:			
nº	Perguntas	SIM	NÃO
1	Nas últimas duas ou três semanas, você já desejou estar morta(o)?		
2	Nas últimas duas ou três semanas, você sentiu que você ou sua família estariam melhor se você estivesse morto?		
3	Nesta última semana, você tem tido pensamentos sobre se matar?		
4	Você já tentou se matar alguma vez (anteriormente)?		
Se respondeu sim à pergunta 4, como foi:			
Se a paciente responder a SIM a qualquer uma das perguntas acima, faça mais esta abaixo:			
nº	Perguntas	SIM	NÃO
5	Você está tendo pensamentos sobre se matar neste momento, no dia de hoje?		
2. COMO A ENFERMEIRA DEVE PROCEDER APÓS A TRIAGEM ACIMA?			
a) Caso a paciente responda NÃO nas 4 primeiras perguntas, encerrar a investigação e proceder ao internamento normalmente (paciente sem risco atual para suicídio) b) Caso a paciente responda SIM a qualquer uma das 4 perguntas, deve fazer a pergunta número 5. i. Resposta NÃO para pergunta número 5: classificar como BAIXO RISCO PARA SUICÍDIO ii. Resposta SIM para pergunta número 5: classificar como ALTO RISCO PARA SUICÍDIO			
3. QUAIS OS CUIDADOS PARA PACIENTES CLASSIFICADOS COMO DE BAIXO RISCO PARA SUICÍDIO?			

	PROTOCOLO	Código do Documento	Página
		PROT.DT.065	3 / 8
	PROTOCOLO ASSISTENCIAL PARA PREVENÇÃO DO SUICÍDIO - HMSH	Especialidade	Revisão
		Todas as áreas	1

I. Solicitar avaliação da psicóloga (ou psiquiatra) antes da alta hospitalar II. Não há cuidados específicos em relação ao recém-nascido III. Certificar que no momento da alta haverá encaminhamento para serviço de saúde mental
4. QUAIS OS CUIDADOS PARA PACIENTES CLASSIFICADOS COMO ALTO RISCO PARA SUICÍDIO?
a) ESPECIALISTA: solicitar avaliação da psicóloga (ou psiquiatra) durante o internamento b) ACOMPANHANTE: deve estar garantido durante todo o internamento, que receberá uma cartilha com instruções para apoio e cuidado c) MEDICAMENTOS: não deixar medicamentos expostos no quarto, para evitar ingestão intencional d) Preparo do ambiente do paciente: a. QUARTO: i. Apartamentos: preferir quarto mais próximo ao balcão da enfermagem no primeiro andar (108 ao 112) ii. Enfermaria e urgência: alojar sempre que possível (disponibilidade) no quarto isolado como o 116 (evitar deixar em enfermaria com outros pacientes) b. JANELA: i. Certificar previamente de que a janela está com trava externa impedindo abertura completa (a abertura deve ser menor que 25 cm) c. OBJETOS DO AMBIENTE: i. Retirar todos os objetos e fios que podem ser utilizados como ferramenta para suicídio: fios, etc. ii. Enviar apenas talheres descartáveis, evitando objetos pontiagudos como garfos e facas e) SEGURANÇA: comunicar ao serviço de hotelaria pelo risco de fuga do paciente f) RECÉM-NASCIDO: manter no berçário até conversar com acompanhante e pediatra sobre a segurança de se manter o RN no quarto. Se necessário, avaliação de psiquiatra para definição. g) TRANSIÇÃO DE CUIDADOS: i. Durante o internamento: I. Identificar o prontuário do paciente com a PLOTAGEM AMARELA II. Recomendar cuidados a cada passagem de plantão ii. No momento da ALTA: I. Certificar-se que no momento da alta haverá encaminhamento para serviço de saúde mental
5. INTOXICAÇÕES EXÓGENAS:
Caso a tentativa de suicídio tenha ocorrido por intoxicação exógena, o médico deve procurar identificar a substância em questão, e em seguida, deve entrar em contato com o Centro de Atendimento Toxicológico (CEATOX). O CEATOX fornece orientações específicas de manejo conforme o tipo de substância usada pelo paciente. Informações sobre o uso de antídotos também podem ser encontradas no site: http://ceatox.org.br . Contato pelo telefone 0800-0148110.
6. CUIDADOS ESPECIAIS COM PACIENTES AGRESSIVOS ou COM NECESSIDADE DE CONTENÇÃO ou SEGURANÇA:³
As urgências e emergências psiquiátricas podem ser definidas como: qualquer alteração de natureza psiquiátrica em que ocorram alterações do estado mental, as quais resultam em risco atual e significativo de morte ou injúria grave, para o paciente ou para terceiros, necessitando de intervenção terapêutica imediata.

	PROTOCOLO	Código do Documento	Página
		PROT.DT.065	4 / 8
	PROTOCOLO ASSISTENCIAL PARA PREVENÇÃO DO SUICÍDIO - HMSH	Especialidade	Revisão
		Todas as áreas	1

Geralmente indicado para o paciente:

- Que está falando alto, aos berros, com xingamentos e palavrões.
- Deambular inquieto durante a consulta, bater com a mão na mesa ou contra a parede
- Permanecer de punhos cerrados em sinal de luta.
- Olhar arregalado e expressão facial de raiva.

6.1 – CUIDADOS ASSISTENCIAIS:

O manejo de um paciente que preencha os critérios acima até avaliação de psiquiatra são:

1) CONTENÇÃO MEDICAMENTOSA: tranquilizar, com mínima sedação

a. VIA ORAL PREFERENCIAL (sempre que possível):

- RISPERIDONA SOLUÇÃO 1 MG/ML – iniciar 2 mL oral (2 mg)

Se necessário associar:

- LORAZEPAN 2 MG – 1 comprimido via oral

b. VIA INTRAMUSCULAR (reservada para paciente não cooperativo):

- LONGACTIL (CLORPROMAZINA) 25 MG (AMPOLA COM 5 ML, ONDE 1 ML = 5 MG):

Aplicar profundo no glúteo 5 mL

Se necessário, pode-se potencializar o efeito sedativo com:

- FENERGAN INJETÁVEL 50 MG - 1 ampola IM

2) CONTENÇÃO FÍSICA: aumenta a segurança, mas não é terapêutico. Último recurso se medicamento não resolver.

- Necessário 5 pessoas: um para cada membro e um para proteger a cabeça (líder)
- Faixa de contenção no leito nos quatro membros (cuidado para não garrotear os membros)
- Após é essencial faixa de contenção no tórax (a mais importante)
- Avaliar se há possibilidade de retirar a cada 30 minutos ou após avaliação do psiquiatra;

3) Controle do ambiente: os mesmos do paciente de alto risco de suicídio, acrescentados de controle de ruídos, temperatura (ao redor de 24 graus), iluminação (luzes mais apagadas) e livre de odores;

4) Comportamento: evitar movimentos bruscos, evitar toque, evitar olhar agressivo ou submisso, evitar confronto, estar pronto para ação

5) Comunicação: linguagem simples e clara, em tom normal (não elevar o tom), estabelecer limites de forma respeitosa, explicar as condutas

Solicitar avaliação de psiquiatra caso precise ficar internado até resolução da parte obstétrica ou encaminhar a hospital psiquiátrico assim que possível

6.2 – CUIDADOS COM SEGURANÇA:

A enfermagem deve acionar o Serviço de Segurança (por meio da gerência de hotelaria ou supervisão nas seguintes situações):

- Paciente que tenha tentado suicídio durante o internamento atual;
- Relato prévio de agressividade durante internamento;
- Paciente que tenha agredido algum membro da equipe multidisciplinar durante internamento atual;
- Agitação psicomotora intensa com auto-agressão;

	PROTOCOLO	Código do Documento	Página
		PROT.DT.065	5 / 8
	PROTOCOLO ASSISTENCIAL PARA PREVENÇÃO DO SUICÍDIO - HMSH	Especialidade	Revisão
		Todas as áreas	1

e) Risco de fuga iminente.

Nestes casos, após acionado, o segurança deverá se posicionar próximo ao posto de enfermagem para ser acionado rapidamente, caso seja necessário.

A sedação ou contenção no leito ficará a critério de prescrição do médico assistente ou psiquiatra.

7. COMO DEVE ATUAR A PSICÓLOGA AO SER ACIONADA?

Após avaliação da psicologia, a mesma verificará a necessidade de avaliação psiquiátrica e fará a solicitação se identificar a mesma como necessária (o médico do paciente deve ser comunicado da necessidade). Esta é uma decisão institucional. Caso não seja necessário chamar o psiquiatra no momento o Serviço de Psicologia dará continuidade ao atendimento. Após cerca de 15 dias após a alta, o psicólogo deverá fazer contato telefônico com paciente e/ou familiar para feedback e verificação da necessidade de reorientação e certificar-se da devida transição dos cuidados.

8. QUANDO SOLICITAR AVALIAÇÃO DE PSIQUIATRA DURANTE O INTERNAMENTO?

As situações mais comuns são:

- Paciente com tentativa de suicídio no último mês ou durante o internamento que ainda não teve avaliação do psiquiatra após;
- Pacientes que pratiquem auto ou heteroagressão (quando não existir suporte socio familiar capaz de conter o risco);
- Sintomas psicóticos agudizados: confusão mental, agressividade, etc
- Síndrome de abstinência a substâncias psicoativas avaliada pelo clínico como moderada a grave.

Obs.: quando não for possível ou não existir tempo hábil para a chegada e avaliação do psiquiatra o paciente deverá ser transferido para outra unidade para cuidados específicos

9. QUAIS OS CUIDADOS ESPECÍFICOS COM PACIENTES QUE TENTAM SUICÍDIO DURANTE O INTERNAMENTO:

- Se ainda não foram instituídas, tomar todas as precauções para pacientes de ALTO RISCO de suicídio;
- Para a descrição das razões deve-se utilizar o CID 10, considerando os capítulos do CID X60-X84 - Lesões autoprovocadas intencionalmente.
- O enfermeiro da unidade onde o paciente se encontra deverá preencher a ficha de notificação compulsória para acionamento do SIVAN/VIVA (Sistema de Informação de Agravos de Notificação/Vigilância de Violência e Acidentes);
- Solicitar segurança conforme protocolo;
- Solicitar avaliação do psiquiatra;
- Prestar os primeiros cuidados caso tenha lesões a serem tratadas;
- Transferir para serviço de internamento psiquiátrico assim que possível, exceto se liberação escrita de psiquiatra em prontuário: não dar alta direto para casa.

10. QUANDO A TRANSFERÊNCIA DIRETAMENTE PARA SERVIÇO DE INTERNAMENTO PSQUIÁTRICO SERÁ RECOMENDADA?

Um profissional de saúde especializado é capaz de fazer a estratificação de risco dos pacientes por meio de entrevista de forma a definir quem deve permanecer internado e quem poderá ir de alta ambulatorial. Este julgamento clínico deve basear-se em três componentes: a) identificação de fatores de risco; b) caracterização da urgência, baseada na gravidade de ideação/planejamento suicida; c) caracterização da periculosidade de uma possível tentativa, baseada na acessibilidade e letalidade dos meios (medicações, venenos, etc – disponíveis em casa ou no trabalho).

Após a estratificação, os pacientes podem ser classificados em: ⁵

CLASSIFICAÇÃO DA URGÊNCIA APÓS ESTRATIFICADO	DESCRIÇÃO DA CATEGORIA	CONDUTA SUGERIDA

	PROTOCOLO	Código do Documento	Página
		PROT.DT.065	6 / 8
	PROTOCOLO ASSISTENCIAL PARA PREVENÇÃO DO SUICÍDIO - HMSH	Especialidade	Revisão
		Todas as áreas	1

BAIXA	ideação suicida, mas sem planejamento específico e com baixa intencionalidade, onde o paciente ainda encontra outras alternativas para lidar com o sofrimento	acompanhamento em serviço de saúde mental após alta
MÉDIA	planos suicidas factíveis, mas o paciente projeta a ação suicida no futuro, caso a situação de crise não se modifique favoravelmente	acompanhamento em serviço de saúde mental com psiquiatra após alta, desde que garantido: • Acesso rápido (mesma semana) • Suporte familiar 24
ALTA	planejamento claro e intencionalidade de levar a cabo o suicídio nas próximas horas ou dias	transferência para outra unidade (não dar alta para direto para casa, exceto quando orientado por psiquiatra após avaliação e registro em prontuário)

A World Psychiatric Association definiu condições em que se deve indicar hospitalização para pacientes e são elas:

- ✓ Tentativa ou risco de suicídio. É importante não confundir risco de suicídio (quando há um plano concreto para a execução do ato) com pensamentos suicidas;
- ✓ Estupor profundo, problemas sérios de alimentação e desidratação;
- ✓ Estado delirante agitado;
- ✓ Necessidade de evitar consequências sociais negativas do transtorno depressivo (mal-entendidos ou relações interpessoais muito comprometidas).

11. PARA ONDE ENCAMINHAR OS PACIENTES NO CASO DE INTERNAÇÃO EM LOCAIS COM ATENDIMENTO PSIQUIÁTRICO EM ARACAJU?

A rede de apoio para pacientes psiquiátricos agudos no sistema privado são (avaliar cadastro com convênios):

- a) EQUILÍBRIO CLINICA DIA:
 - a. Urgência Mental e Internação 24 h: (79) 99861-7781
 - b. Ambulatório (79) 99677-5577
 - c. Clínica Dia: (79) 99105-1405
- b) CENTRO TERAPÊUTICO RECOMEÇAR:
 - a. Contato: (79) 99639-9891
- c) REINTEGRAR SAÚDE MENTAL PERSONALIZADA:
 - a. Contato 24 horas: (79) 2140-0832

A rede de apoio para pacientes psiquiátricos agudos no sistema público funciona solicitando vaga que será cedida por meio da central de regulação de vagas do estado (CRL) pelo telefone: 192, onde o paciente poderá ser encaminhado para:

- a) Clínica São Marcello
- b) Hospital São José

12. QUAIS AS CONDUTAS NO CASO DE ÓBITO POR SUICÍDIO NO AMBIENTE HOSPITALAR?

Em caso de óbito por suicídio no serviço de saúde:

- a) o corpo deve ser encaminhado à autoridade competente para as devidas providências. Por ser morte violenta, o Instituto Médico Legal é o responsável pela necropsia;

	PROTOCOLO	Código do Documento	Página
		PROT.DT.065	7 / 8
	PROTOCOLO ASSISTENCIAL PARA PREVENÇÃO DO SUICÍDIO - HMSH	Especialidade	Revisão
		Todas as áreas	1

- b) Todos os procedimentos realizados no serviço de saúde, bem como informações clínicas devem ser detalhadamente registrados no prontuário;
- c) Convocar psicólogo como urgência: é essencial oferecer suporte imediato à família enlutada (luto por suicídio é complicado e demorado);
 - a. O psicólogo posteriormente deverá dar apoio aos colaboradores e o impacto no seu funcionamento ocupacional.
- d) Para comunicação externa, somente a pessoa indicada pelo setor de comunicação e marketing poderá fazer algum pronunciado para imprensa: não se devem informar métodos utilizados, não expor a pessoa, nem familiares, não divulgar informações sigilosas ou não confirmadas, não publicar fotos, vídeos, ou cartas de despedida, não elaborar hipóteses ou atribuir causas únicas para o ocorrido, e sempre indicar onde buscar ajuda. Existem recomendações oficiais sobre como abordar o tema na mídia, para minimizar o risco do Efeito Contágio que podem ser estudados.

Observações

Casos omissos: discutir com direção técnica ●

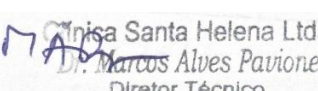
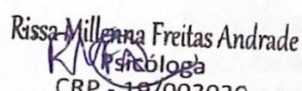
Referências bibliográficas

1. Associação Brasileira de Estudos e Prevenção do Suicídio
2. Santos FS et al. Características clínicas e fatores de risco da depressão pós-parto: uma revisão de literatura. Revista Eletrônica Acervo Médico, 2022 (5):1-7.
3. Protocolo de Urgências e Emergências Psiquiátricas – USP RP 2016
4. Pacheco MA, Cataldo Neto A, Krieger C, et al. O paciente violento. In: Cataldo Neto A, Gauer G, Furtado NR, organizadores. Psiquiatria para estudantes de Medicina. Porto Alegre: Edipucrs; 2003, v., p. 696-699
5. Del-Bem CM et al. Emergências Psiquiátricas: manejo de agitação psicomotora e avaliação de risco suicida. Suplemento temático: Psiquiatria I (capítulo 10). Medicina (Ribeirão Preto, Online) 2017;50(supl.1):98-112.

Anexos

1 - Ficha de notificação compulsória nos casos de tentativa de suicídio durante o internamento

	PROTOCOLO	Código do Documento	Página
		PROT.DT.065	8 / 8
	PROTOCOLO ASSISTENCIAL PARA PREVENÇÃO DO SUICÍDIO - HMSH	Especialidade	Revisão
		Todas as áreas	1

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:	Validado por:
MARCOS PAVIONE Diretor Técnico	MARCOS PAVIONE + ANA BARBARA SANTOS Coord. Enfermagem	RISSA FREITAS Psicóloga (núcleo de cuidados paliativos)	RAYSSA HELENA DOS S. MOURA Enf. da Qualidade
Data: 09/06/2023	Data: 24/01/2025	Data: 24/01/2025	Data: 27/01/2025
Assinaturas e carimbo:  Ana Bárbara Santos Silva COREN-SE 537.338 - ENF  Clinica Santa Helena Ltda. Dr. Marcos Alves Pavione Diretor Técnico CRM 3683  Rissa Milena Freitas Andrade Psicóloga CRP - 19/003030  Rayssa Helena dos Santos Moura COREN-SE 736876 - ENF			

Histórico das últimas duas revisões

Nº	Descrição das alterações:	Data:
1.	Inclusão do que fazer no caso de óbito	24/01/2025
2.		