

Diretrizes para o manejo do Suicídio no CAAD

JOSÉ RENATO CASAGRANDE

Governador do Estado do Espírito Santo

MARIA EMANUELA ALVES PEDROSO

Secretária de Estado de Governo

CARLOS AUGUSTO LOPES

Subsecretário de Estado de Políticas sobre Drogas

GETULIO SERGIO SOUZA PINTO

Gerente de Articulação de Rede e Atenção Integral sobre Drogas

EQUIPE RESPONSÁVEL PELA ELABORAÇÃO

ANDRESSA MOTTA AURICH

CLARA MARIA DE SOUZA

DALTON DEMONER FIGUEIREDO

FERNANDA BALDO GOMES

GETULIO SÉRGIO SOUZA PINTO

LUCIANE FREITAS MOREIRA MARIANO

MARIA DAS DORES SOARES

VANIA FREITAS SANTOS

ZIELI MARCOLINO DE MELO

COLABORAÇÃO

NATHALIA BORBA RAPOSO PEREIRA

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	2
1. REVISÃO CONCEITUAL	4
1.1. Fatores de risco e Psicopatologia	
1.2. Aspectos Socioculturais e Econômicos	
1.3. Modelos e Teorias Explicativas	
1.4. Estratégias de Prevenção e Intervenção	
1.5. Fatores de Risco e Fatores de Proteção para o Suicídio	
1.6. Definição operacional dos conceitos mais utilizados no presente documento.	
2. ALGUNS DADOS EPIDEMIOLÓGICOS SOBRE SUICÍDIO	19
3. PROTOCOLO	26
3.1. Primeiras Orientações	
3.2. Sobre Abordagem.	
3.3. Fluxo Básico de Atendimento no CAAD	
3.4. Fluxo Básico do Acolhimento para Suicídio	
4. A FICHA DE AVALIAÇÃO DE RISCO DE SUICÍDIO	40
4.1. Orientações Gerais.	
4.2. Instrutivo sobre a FICHA	
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51

Introdução

O suicídio é um fenômeno complexo que demanda uma análise cuidadosa e uma abordagem multidisciplinar, especialmente no âmbito da saúde pública. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o suicídio é considerado um grave problema de saúde global, afetando pessoas de todas as idades, gêneros e origens. Os dados estatísticos alarmantes revelam que o suicídio é responsável por um número significativo de mortes a cada ano, sendo uma das principais causas de mortalidade em todo o mundo.

A compreensão do suicídio envolve fatores biológicos, psicológicos, sociais e culturais interconectados. O estigma associado aos transtornos mentais muitas vezes contribui para a falta de busca por ajuda, agravando a situação. A prevenção do suicídio exige uma abordagem holística, que inclui a identificação precoce de fatores de risco, como doenças mentais, histórico de tentativas prévias e isolamento social.

A OMS enfatiza a importância da promoção da saúde mental e do bem-estar emocional como estratégias fundamentais na prevenção do suicídio. A disponibilidade de serviços de saúde mental acessíveis e de

qualidade é crucial para oferecer apoio às pessoas em situação de vulnerabilidade. Além disso, a conscientização pública e a educação sobre os sinais de alerta do suicídio são medidas essenciais para capacitar indivíduos a reconhecerem os sinais e buscarem ajuda para si mesmos ou para outras pessoas.

É fundamental destacar que o suicídio não é uma resposta inevitável aos desafios da vida. Intervenções eficazes, como terapias psicológicas, medicamentos e apoio social, têm demonstrado ser capazes de reduzir o risco de suicídio. A abordagem preventiva deve ser contínua e abrangente, envolvendo governos, profissionais de saúde, instituições educacionais e a sociedade em geral.

Conseqüentemente, o diálogo aberto e a compreensão profunda do suicídio são elementos essenciais para a construção de sociedades mais resilientes e solidárias, ressaltando a importância de ações coordenadas e empáticas para enfrentar esse desafio complexo e sensível.

Neste contexto, estas diretrizes abordarão a temática do suicídio a partir da perspectiva da saúde, embasado em dados e diretrizes da OMS. O documento terá três básicas – uma revisão conceitual, a exposição de fluxos e condutas e instrumental para rastreio do risco suicida.

1. REVISÃO CONCEITUAL

O suicídio é um dos problemas mais desafiadores de saúde pública, afetando milhões de vidas ao redor do mundo. A complexidade desse fenômeno exige uma abordagem multidisciplinar para compreender seus múltiplos determinantes e encontrar estratégias eficazes para sua prevenção.

O suicídio é definido como o ato deliberado de tirar a própria vida e é um evento trágico que resulta de uma interação complexa de fatores psicossociais, biológicos e ambientais. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), aproximadamente 800.000 pessoas morrem por suicídio a cada ano, o que equivale a uma morte a cada 40 segundos (OMS, 2021). Esse número reflete a magnitude do problema e a necessidade urgente de intervenções eficazes.

1.1. Fatores de Risco e Psicopatologia

O risco de suicídio está intimamente ligado a uma série de fatores psicopatológicos. Estudos demonstram que transtornos mentais, especialmente a depressão e o transtorno bipolar, são fortemente associados ao comportamento suicida. A depressão é uma condição que pode levar a sentimentos intensos de desesperança e inutilidade, fatores que são frequentemente citados por pessoas que tentaram suicídio (Mann, 2003). Além disso, o transtorno bipolar, com suas oscilações extremas de humor, pode aumentar o risco de comportamentos suicidas durante episódios depressivos, especialmente na virada de uma fase a outra.

O transtorno de personalidade borderline também tem sido associado a taxas elevadas de suicídio. Esse transtorno é caracterizado por instabilidade emocional, comportamentos impulsivos e uma intensa instabilidade nos relacionamentos interpessoais, o que pode contribuir para um aumento do risco de tentativas de suicídio (Joiner, 2005). Além disso, transtornos de ansiedade e esquizofrenia também são fatores de risco relevantes, embora o risco associado possa variar dependendo da gravidade e do tratamento recebido.

O abuso de substâncias é outro fator de risco significativo para o suicídio. O uso excessivo de álcool e drogas pode aumentar a impulsividade e a tomada de decisões precipitadas, exacerbando os sentimentos de desesperança e contribuindo para comportamentos suicidas (Hawton et al., 2012). Estudos mostram que indivíduos com transtornos relacionados ao uso de substâncias têm um risco aumentado de cometer suicídio, especialmente se esses transtornos não forem tratados de maneira adequada.

1.2. Aspectos Socioculturais e Econômicos

Além dos fatores individuais, aspectos socioculturais e econômicos desempenham um papel crucial na compreensão do suicídio. O contexto cultural influencia a forma como o suicídio é percebido e abordado em diferentes sociedades. Esses elementos culturais atingem diretamente as pessoas que constroem seus pensamentos e sentimentos atravessados por essas concepções. Existem culturas em que o suicídio é altamente condenado moralmente, assim como em outras é visto como uma possibilidade em certas ocasiões. Essas diferenças culturais podem afetar tanto a taxa de suicídio quanto a disponibilidade e a aceitação de serviços de saúde mental (Durkheim, 1897/2000).

A pobreza e o desemprego são fatores socioeconômicos que também têm sido associados a um aumento do risco de suicídio. Indivíduos que enfrentam dificuldades financeiras podem experimentar níveis elevados de estresse e desesperança, o que pode contribuir para comportamentos suicidas. A falta de acesso a cuidados de saúde e suporte social adequado em contextos de baixo status socioeconômico pode agravar ainda mais a situação (Hawton et al., 2012).

As mudanças rápidas na sociedade moderna, como a urbanização e o isolamento social, também podem ter impactos negativos na saúde mental. A desconexão social e o enfraquecimento dos laços comunitários podem aumentar o risco de sentimentos de solidão e desespero, fatores que são frequentemente associados ao suicídio (Durkheim, 1897/2000).

1.3. Modelos e Teorias Explicativas

Diversas teorias foram desenvolvidas para explicar o comportamento suicida, oferecendo uma compreensão mais profunda das motivações e

dos mecanismos subjacentes. A teoria do desamparo aprendido, proposta por Martin Seligman, sugere que indivíduos que experimentaram eventos adversos repetidos e incontroláveis podem desenvolver uma sensação de impotência, que contribui para a desesperança e o suicídio (Seligman et al, 1993).

Outra teoria importante é a teoria do desejo de morrer, proposta por Thomas Joiner. De acordo com Joiner, o suicídio ocorre quando três fatores convergem: um desejo intenso de morrer, a sensação de ser uma carga para os outros e a capacidade adquirida de cometer suicídio. Essa teoria ajuda a explicar como indivíduos podem desenvolver uma predisposição para o suicídio e o papel dos fatores psicológicos e sociais na formação desse desejo (Joiner, 2005).

A teoria da integração social, derivada do trabalho de Émile Durkheim, explora como o nível de integração social de um indivíduo pode influenciar o risco de suicídio. Durkheim identificou quatro tipos principais de suicídio com base no grau de integração social: suicídio egoísta, altruísta, anômico e fatalista. Cada tipo reflete diferentes níveis de envolvimento social e satisfação com a vida (Durkheim, 1897/2000), e podem ser definidos da seguinte forma:

a. Suicídio Egoísta

Descrição:

Características: Ocorre quando o indivíduo está pouco integrado à sociedade. A falta de vínculos sociais e a sensação de desamparo levam à perda de sentido e ao desejo de terminar a própria vida.

Causas: A solidão e o isolamento social são fatores predominantes. Pessoas em situações de desintegração social, como viúvos ou pessoas que vivem sozinhas, são mais suscetíveis.

b. Suicídio Altruísta

Descrição:

Características: Ocorre quando o indivíduo está excessivamente integrado ao grupo, a tal ponto que seu sentido de identidade é absorvido pelo grupo. O suicídio altruísta é visto como um ato de sacrifício em nome de valores ou ideais do grupo.

Causas: Os indivíduos podem se sacrificar por motivos religiosos, políticos ou sociais, acreditando que sua morte servirá ao bem maior do grupo. Exemplos históricos incluem suicídios em cultos ou movimentos ideológicos.

c. Suicídio Anômico

Descrição:

Características: Resulta da falta de normas e regulamentação social durante períodos de mudança rápida ou crise. A ausência de regras claras e estabilidade pode causar uma sensação de desorientação e falta de propósito.

Causas: A desregulação social durante crises econômicas ou mudanças bruscas nas condições de vida pode levar a um estado de anomia, onde os indivíduos não encontram sentido em suas vidas e recorrem ao suicídio.

d. Suicídio Fatalista

Descrição:

Características: Ocorre quando há uma regulação social excessiva e opressiva. A vida do indivíduo é excessivamente

controlada e normatizada, levando a uma sensação de falta de liberdade e desesperança.

Causas: Em situações de extrema rigidez e restrição das liberdades pessoais, como em sistemas autoritários ou em contextos de alta pressão, os indivíduos podem sentir que não há escape e optam pelo suicídio.

1.4. Estratégias de Prevenção e Intervenção

A prevenção do suicídio é um campo de intervenção ativa e em crescimento. A identificação precoce e o tratamento de transtornos mentais são fundamentais para reduzir o risco de suicídio. Programas de triagem e avaliação para identificação de indivíduos em risco podem ajudar a fornecer intervenções oportunas e eficazes. Isso pode incluir a oferta de apoio psicológico, terapia e tratamento farmacológico, conforme necessário (Hawton et al., 2012).

Além do tratamento individual, estratégias de prevenção comunitária têm se mostrado eficazes. Iniciativas que promovem a saúde mental e oferecem suporte social, como grupos de apoio e programas de educação sobre saúde mental, podem ajudar a reduzir a prevalência de comportamentos suicidas. A educação pública sobre sinais de alerta e a importância de buscar ajuda pode também desempenhar um papel significativo na prevenção (Mann, 2003).

As intervenções de crise, como linhas de apoio e serviços de emergência, oferecem suporte imediato para indivíduos que estão passando por crises suicidas. Esses serviços podem fornecer assistência imediata e encaminhamentos para tratamento a longo prazo, ajudando a prevenir o suicídio em momentos críticos (Hawton et al., 2012).

Apesar dos avanços na compreensão e prevenção do suicídio, ainda existem muitos desafios e lacunas na pesquisa. A complexidade do suicídio requer uma abordagem multidisciplinar e a colaboração entre profissionais de saúde, pesquisadores e formuladores de políticas. É necessário um maior foco em estudos longitudinais para entender melhor os fatores de risco e as trajetórias de comportamento suicida ao longo do tempo.

Além disso, é importante considerar a diversidade cultural e as variações no risco de suicídio em diferentes populações. Pesquisas que exploram como fatores culturais, sociais e econômicos influenciam o comportamento suicida podem fornecer insights valiosos para o desenvolvimento de estratégias de prevenção mais eficazes e culturalmente sensíveis (Durkheim, 1897/2000).

A integração de novas tecnologias, como aplicativos de saúde mental e plataformas digitais para suporte emocional, pode também oferecer novas oportunidades para a prevenção do suicídio. A utilização dessas ferramentas deve ser acompanhada de uma avaliação cuidadosa de sua eficácia e impacto na saúde mental (Seligman, 1975).

O suicídio é um fenômeno complexo que exige uma compreensão abrangente e uma abordagem multidisciplinar para sua prevenção. A interação entre fatores psicológicos, sociais, culturais e econômicos desempenha um papel crucial na determinação do risco de suicídio. As estratégias de prevenção eficazes envolvem não apenas o tratamento de transtornos mentais, mas também a promoção de suporte social e intervenções comunitárias.

A pesquisa contínua e a inovação em estratégias de prevenção são essenciais para enfrentar esse desafio de saúde pública. É fundamental que todos os envolvidos, desde profissionais de saúde até formuladores

de políticas e a sociedade em geral, trabalhem juntos para reduzir a prevalência de suicídio e apoiar aqueles que estão em risco.

1.5. Fatores de Risco e Fatores de Proteção para o Suicídio

O suicídio é um fenômeno complexo e multifacetado, envolvendo uma interação dinâmica entre fatores individuais, familiares, sociais e culturais. Compreender os fatores que contribuem para o risco de suicídio e os elementos que atuam como proteção é crucial para o desenvolvimento de intervenções eficazes e estratégias de prevenção. Para isso, é fundamental distinguir entre fatores de risco e fatores de proteção.

Fatores de Risco

Os fatores de risco são características ou condições que aumentam a probabilidade de uma pessoa vir a tentar ou cometer suicídio. Estes fatores podem ser classificados em várias categorias, incluindo características individuais, condições de saúde mental, influências sociais e fatores ambientais. Fatores de risco individuais frequentemente incluem transtornos mentais como a depressão, esquizofrenia e transtorno bipolar, que são associados a um aumento significativo do risco de suicídio. Além disso, fatores como históricos de tentativas anteriores de suicídio, uso abusivo de substâncias e traumas severos também são reconhecidos como elevadores de risco.

Estudos têm demonstrado que a combinação de múltiplos fatores de risco pode amplificar a vulnerabilidade de um indivíduo. A interação entre fatores de risco, como a presença de transtornos psiquiátricos e experiências adversas na infância, contribui para um aumento

substancial na probabilidade de comportamentos suicidas (PRIETO & TAVARES, 2005; PEREIRA et al., 2018). Por esse motivo é importante uma abordagem multifacetada para a avaliação do risco, considerando a complexidade das interações entre fatores individuais e contextuais.

Fatores de Proteção

Por outro lado, os fatores de proteção são características ou condições que diminuem a probabilidade de uma pessoa tentar ou cometer suicídio. Esses fatores podem neutralizar ou moderar o impacto dos fatores de risco e promover a resiliência. Fatores de proteção incluem a presença de uma rede de apoio social sólida, o acesso a serviços de saúde mental e o desenvolvimento de habilidades de enfrentamento adaptativas. A presença de um suporte emocional forte, como família e amigos, tem sido consistentemente associada à redução do risco de suicídio.

Pesquisas recentes têm evidenciado que intervenções precoces e o fortalecimento de redes de apoio podem desempenhar um papel crítico na prevenção do suicídio. A interação social e a promoção de habilidades de enfrentamento são estratégias eficazes na redução do risco de suicídio (PRIETO, 2014; FONTÃO, 2020). Dessa maneira, a promoção de fatores de proteção pode ter um impacto significativo na prevenção do suicídio e no suporte à recuperação de indivíduos em risco.

O suicídio é frequentemente o resultado de uma interação complexa entre diversos fatores de risco e proteção, que podem variar amplamente entre diferentes populações e contextos. A análise desses fatores é essencial para entender melhor como eles influenciam o risco

de suicídio e como as intervenções podem ser adaptadas para atender às necessidades específicas de diferentes grupos.

Os Fatores de Risco

a) Transtornos Mentais

Um dos fatores de risco mais significativos para o suicídio é a presença de transtornos mentais. A depressão maior é frequentemente citada como um dos principais preditores de comportamento suicida. Estudos mostram que indivíduos com depressão apresentam um risco aumentado de suicídio devido à natureza debilitante da doença, que pode levar a sentimentos intensos de desesperança e impotência (BRASIL, 2006). Transtornos psiquiátricos, como esquizofrenia e transtorno bipolar, também estão associados a um aumento do risco de suicídio. A esquizofrenia, por exemplo, pode levar a alucinações e delírios que contribuem para pensamentos suicidas (idem).

b) Uso Abusivo de Substâncias

O uso de substâncias, como álcool e drogas, é outro fator de risco significativo para o suicídio. O abuso de substâncias pode intensificar sentimentos de desesperança e reduzir a capacidade de tomar decisões racionais. Estudos indicam que a presença de um transtorno por uso de substâncias pode aumentar a probabilidade de tentativas de suicídio devido ao impacto que essas substâncias têm sobre o julgamento e o controle emocional (FONSECA et. Al, 2010).

c) Histórico de Tentativas Anteriores

Pessoas que já tentaram o suicídio anteriormente estão em maior risco de tentar novamente. O histórico de tentativas anteriores é um indicador

importante e frequentemente utilizado na avaliação do risco de suicídio. A recorrência de tentativas pode estar associada à persistência de fatores de risco subjacentes e à falta de suporte ou tratamento adequado (OMS, 2006; OMS, 2014).

d) **Trauma e Adversidade**

Experiências adversas na infância, como abuso físico ou emocional, têm sido associadas a um aumento do risco de suicídio na vida adulta. O trauma pode levar a alterações na percepção de si mesmo e no controle emocional, contribuindo para a vulnerabilidade ao suicídio (OMS, 2006; OMS, 2014; FELIX, 2016). Além disso, traumas recentes, como perda de um ente querido ou eventos estressantes, também podem elevar o risco de comportamento suicida (OMS, 2006)

Os Fatores de Proteção

a) **Suporte Social**

Um dos fatores de proteção mais robustos contra o suicídio é a presença de uma rede de apoio social forte. Ter amigos e familiares que oferecem suporte emocional pode ajudar a reduzir o risco de suicídio ao fornecer um senso de pertencimento e reduzir sentimentos de isolamento. Estudos mostram que a qualidade das relações sociais e a presença de uma rede de suporte são cruciais na proteção contra comportamentos suicidas (OMS, 2006).

b) **Acesso a Cuidados de Saúde Mental**

O acesso a serviços de saúde mental é um fator de proteção essencial. A terapia e o tratamento adequado para transtornos mentais podem ajudar a aliviar os sintomas e reduzir o risco de suicídio. A intervenção precoce e o tratamento eficaz de transtornos psiquiátricos são

fundamentais na prevenção do suicídio (OMS, 2014). A disponibilidade de recursos e o acesso a profissionais capacitados desempenham um papel crítico na proteção contra o suicídio.

c) **Habilidades de Enfrentamento**

O desenvolvimento de habilidades de enfrentamento adaptativas também é um fator de proteção importante. Indivíduos que possuem estratégias eficazes para lidar com o estresse e adversidades são menos propensos a recorrer ao suicídio. Programas que promovem o desenvolvimento de habilidades de enfrentamento, como técnicas de resolução de problemas e controle emocional, têm mostrado ser eficazes na redução do risco de suicídio (Pereira et al, 2018).

d) **Sentido de Propósito e Realização**

A sensação de propósito e realização pode funcionar como um fator de proteção importante. Ter metas e um sentido de propósito na vida pode ajudar a proteger contra o suicídio ao oferecer uma razão para continuar enfrentando desafios e adversidades. Estudos indicam que indivíduos com um forte senso de propósito tendem a ter uma resiliência maior em face de crises (Wasserman, 2001).

1.6. Definição operacional dos conceitos mais utilizados no presente documento.

1.6.1. Suicídio

A OMS (2014) define suicídio como ação deliberada de auto aniquilação em que o sujeito tem conhecimento e espera encontrar a morte como resultante da ação. Em que se pese que não é incomum que haja considerável

ambivalência no desejo suicida há uma eleição por parte do sujeito de um método que julga fatal. Isto posto, fica evidente que o suicídio integra o rol de comportamentos suicidas.

1.6.2. Tentativa de suicídio

A tentativa de suicídio segue o mesmo diapasão do conceito apresentado para suicídio, ou seja, há um elemento de intencionalidade de autoextermínio e a eleição de um método, porém o desfecho é não fatal. Uma conduta auto lesiva que tenha como alvo a morte, mesmo que impulsiva, deve ser entendida como tentativa. Os estudos do campo das tentativas e ideações são extremamente importantes na medida que ampliam nosso olhar sobre os mecanismos que aumentam a chance de o suicídio ocorrer.

1.6.3. Planejamento suicida

O planejamento suicida engloba o conjunto de comportamentos os quais determinam as escolhas de métodos e construção de planos para realização do ato suicida. No processo de avaliação, bem como de estudo, é sempre importante conseguir mensurar se um ato foi resultado de um rompante impulsivo, ou resultado de uma ação premeditada.

O nível de meticulosidade desse planejamento, bem como ele se situa no campo da ideação suicida do paciente são elementos essenciais a serem observados na avaliação de risco. Observações como por exemplo – nível de letalidade do método verbalizado; grau de sofisticação e organização dos planos para alcançar o suicídio – são importantes dados semiológicos.

1.6.4. Ideação Suicida

Ideação suicida diz respeito à categoria ampla que engloba pensamentos de auto aniquilação, ou ainda em uma forma mais velada de já estar morto.

Podem ter vários coloridos psicológicos, como por exemplo ideias inertes, dotadas de pouca ou nenhuma carga emocional, ou virem carregadas de muito sofrimento e angústia. Podem, também, serem ideias sem muita força, ou apresentarem profunda intrusividade causando sérios prejuízos para o bom curso dos pensamentos do paciente. Podem ainda aparecerem de forma difusa, ou com planos e métodos muito bem definidos. Todos esses elementos devem ser levados em conta quando pensamos a questão do suicídio.

1.6.5. Autolesão

O comportamento autolesivo engloba todas aquelas ações que visam deliberadamente agredir ao próprio sujeito. Ações de se cortar, bater em si mesmo ou se autoflagelar estão inseridas nessa categoria assim como o suicídio e tentativa de suicídio.

1.6.6. Desesperança e autodepreciação.

Apesar de já afirmado que o suicídio é um evento complexo e de multideterminação, é possível considerar certos atravessamentos advindos de quadros específicos. Não é incomum que o paciente com risco suicida apresente

conteúdos de desesperança e autodepreciação em sua fala (especialmente se for um paciente com quadro depressivo). Esse tipo de conteúdo pode vir subjacente a falas como – nada vai mudar; as coisas sempre pioram; eu nunca vou conseguir – ou podem vir de forma explícita como – não presto para nada; era melhor não estar mais vivo.

2. ALGUNS DADOS EPIDEMIOLÓGICOS SOBRE SUICÍDIO

O suicídio é um problema de saúde pública global que afeta milhões de pessoas a cada ano. Compreender sua magnitude e os fatores de risco associados é essencial para desenvolver estratégias eficazes de prevenção e intervenção.

Dados Globais sobre Suicídio

Os dados globais revelam que as taxas de suicídio são mais elevadas entre homens do que entre mulheres, com uma razão de aproximadamente 3:1. Além disso, as taxas tendem a ser mais altas em países de alta renda e em populações mais velhas (OMS, 2014). Contudo, as taxas de suicídio estão aumentando em algumas regiões de baixa e média renda, refletindo a necessidade urgente de estratégias de prevenção adaptadas a esses contextos.

Suicídio na América Latina

Na América Latina, o suicídio é um problema crescente de saúde pública, com taxas variando significativamente entre os países da região. Dados da OMS indicam que, em 2019, a taxa média de suicídio na América Latina foi de aproximadamente 9,0 por 100.000 habitantes, com uma tendência crescente ao longo de duas décadas. Enquanto globalmente as taxas de suicídio caíram em média 36% de 2000 a 2019, na América Latina e em outras partes das Américas, houve um aumento de cerca de 17% no mesmo período (OMS, 2021).

No Brasil, por exemplo, em 2019, a taxa de suicídio no Brasil foi de aproximadamente 6,9 por 100.000 habitantes. Embora o índice global tenha diminuído em várias regiões, aumentou em países das Américas, incluindo o Brasil (OMS 2021). Estudos regionais revelam variações significativas, com algumas áreas apresentando taxas muito mais altas. No México, a taxa é relativamente baixa, em torno de 5,4 por 100.000 habitantes, mas há preocupações com o aumento das taxas entre jovens e populações indígenas no mundo todo, bem como nas américas (SJOBLOM, 2022).

Na América Latina, as disparidades regionais são acentuadas por fatores socioeconômicos e culturais. A pobreza, o desemprego e a desigualdade social são fatores de risco significativos para o suicídio, exacerbando o problema em áreas mais desfavorecidas (OMS, 2021). Além disso, a falta de acesso a serviços de saúde mental e o estigma associado aos transtornos mentais contribuem para a dificuldade de intervenção eficaz (OMS, 2014).

Estudo da FIOCRUZ, que analisou dados de notificação de 2011 a 2022, e publicado na revista Lancet (OLIVEIRA et al, 2024) mostra que a taxa de suicídio entre jovens brasileiros cresceu 6%. O número foi maior do que o aumento na população em geral que foi de 3,7%.

Outros dois dados chamam atenção na referida pesquisa. Apesar de no mundo inteiro se observar uma redução de 36% no número de suicídios, nas américas de 2000 a 2019 observou-se um aumento de 17% dos casos. No mesmo período o Brasil subiu 43%. Um desses dados é consideravelmente trágico e diz respeito ao aumento de suicídios entre indígenas que, entre as categorias estudadas, foi a taxa que mais cresceu chegando ao preocupante mais de 100 casos por 100 mil. Apesar desse dado, a população indígena apresentou menores taxas de hospitalização, o que indica que o acesso dessa população ao cuidado é extremamente dificultado.

Suicídio entre Negros

Os índices de suicídio entre a população negra são alarmantemente altos em comparação com outros grupos raciais. Essa disparidade não é um acaso, mas sim um reflexo das profundas desigualdades sociais e raciais que permeiam nossas sociedades. Fatores como o racismo estrutural, a discriminação, a violência policial, a falta de

oportunidades e o estresse crônico contribuem significativamente para o agravamento da saúde mental da população negra, aumentando o risco de ideação suicida. Estudos indicam que fatores como discriminação racial, violência comunitária e estresse crônico contribuem para o risco de suicídio entre negros. Além disso, o acesso limitado a serviços de saúde mental e o estigma associado à busca de ajuda são barreiras significativas. A pesquisa também aponta que os negros têm menos acesso a intervenções de prevenção do suicídio, o que pode contribuir para as disparidades observadas nas taxas de suicídio.

Um estudo do Ministério da Saúde (BRASIL, 2018) mostra que a taxa de mortalidade por suicídio entre jovens e adolescentes brancos permaneceu estável durante os anos de 2012 a 2016, ao passo que esse índice aumentou 12% na população negra. Segundo a pesquisa a cada dez casos de suicídio, 06 são de jovens negros. O racismo estrutural e suas resultantes é elencado como principal motor dessa disparidade.

Suicídio entre Mulheres

Em termos de gênero, embora as taxas de suicídio sejam geralmente mais baixas entre mulheres do que entre homens, as mulheres têm uma taxa maior de tentativas de suicídio. Globalmente, as taxas de suicídio entre mulheres são cerca de um quarto das taxas observadas entre homens (OMS, 2021). No entanto, mulheres enfrentam um risco elevado de suicídio em certas circunstâncias, como durante a gravidez e o pós-parto, e em contextos de violência doméstica.

Na América Latina, as taxas de suicídio entre mulheres são relativamente baixas em comparação com a média global, mas variam entre os países. Em países como o Brasil e o México, as taxas são de aproximadamente 2,5 a 3,0 por 100.000 habitantes, refletindo a tendência geral observada

na região (OMS, 2021). A violência de gênero, o abuso de substâncias e os transtornos mentais são fatores de risco significativos que afetam a saúde mental das mulheres.

Suicídio entre Populações Indígenas

As populações indígenas frequentemente enfrentam taxas de suicídio desproporcionalmente altas. Dados da OMS e de estudos regionais revelam que as taxas de suicídio entre povos indígenas podem ser até cinco vezes maiores do que as observadas na população geral (SJOBLOM, 2022; OMS 2021). Essa disparidade é particularmente pronunciada em países como Canadá, Austrália e Estados Unidos.

Entre os povos indígenas, fatores como deslocamento forçado, perda cultural, discriminação e pobreza contribuem para o alto risco de suicídio. Estudos mostram que a perda de tradições culturais e a integração forçada em sociedades predominantemente ocidentais têm efeitos adversos na saúde mental das comunidades indígenas. Além disso, o acesso inadequado a serviços de saúde mental e a falta de iniciativas de prevenção culturalmente sensíveis são desafios adicionais que agravam o problema (SJOBLOM, 2022).

Suicídio entre a população LGBTQUIAPN+

LGBTQUIAPN+ é uma sigla que representa a diversidade de identidades de gênero e orientações sexuais, incluindo lésbicas, gays, bissexuais, transexuais, queer, intersexuais, assexuais e pansexuais. Essa população e ou comunidade vive sabidamente sob a égide de inúmeras violações frutos do preconceito contra suas identidades e orientações.

Os índices de suicídio dentro da comunidade LGBTQUIAPN+ são geralmente mais altos do que na população geral. Estudos e relatórios mostram que pessoas LGBTQUIAPN+ enfrentam riscos elevados de depressão, ansiedade e pensamentos suicidas devido ao estigma, discriminação e falta de apoio.

Por exemplo, um estudo da American Foundation for Suicide Prevention revelou que pessoas LGBTQUIAPN+ ¹ têm um risco significativamente maior de suicídio comparadas às pessoas heterossexuais e cisgêneras. Outros estudos indicam que até 40% dos jovens trans e não-binários consideram seriamente o suicídio, comparado a cerca de 20% dos jovens desta comunidade.

É importante reconhecer a importância de criar ambientes acolhedores e de apoio para reduzir esses riscos. Além disso, o acesso a recursos de saúde mental e a educação sobre questões LGBTQUIAPN+ são fundamentais para ajudar a mitigar esses problemas.

Desafios e Abordagens de Prevenção

A prevenção do suicídio requer uma abordagem multifacetada que considere as diferenças culturais e socioeconômicas. Em contextos de alta prevalência, como entre populações indígenas e negras, é crucial implementar estratégias que abordem as necessidades específicas dessas comunidades. As intervenções eficazes devem incluir a promoção

¹ Esses dados podem ser acessados em portais de projetos como o The Trevor Project - <https://www.thetrevorproject.org/survey-2023/> e/ou AMERICAN FOUNDATION FOR SUICIDE PREVENTION - <https://afsp.org/suicide-statistics/>

da saúde mental, o fortalecimento do suporte social e a melhoria do acesso a serviços de saúde mental.

Programas de prevenção devem ser adaptados culturalmente e considerar as realidades sociais e econômicas das populações-alvo. Por exemplo, para as populações indígenas, a incorporação de práticas tradicionais e a colaboração com líderes comunitários podem aumentar a eficácia das intervenções (OMS, 2006; OMS, 2014)).

Além disso, é necessário aumentar a conscientização e reduzir o estigma associado ao suicídio e aos transtornos mentais em todas as populações. Programas de educação pública e campanhas de sensibilização podem ajudar a promover uma maior compreensão e aceitação da saúde mental, incentivando indivíduos a buscar ajuda e suporte.

O suicídio é um fenômeno complexo com múltiplas camadas de influência, que variam de acordo com fatores individuais, culturais e socioeconômicos. Dados epidemiológicos mostram disparidades significativas nas taxas de suicídio entre diferentes populações, com fatores específicos que afetam comunidades na América Latina, negros, mulheres e indígenas.

A compreensão dessas disparidades é crucial para desenvolver estratégias de prevenção eficazes e direcionadas. A implementação de intervenções adaptadas às necessidades e realidades de diferentes grupos populacionais pode ajudar a reduzir as taxas de suicídio e promover a saúde mental global. A colaboração entre pesquisadores, profissionais de saúde e comunidades é essencial para enfrentar esse desafio de saúde pública e melhorar a qualidade de vida para todos.

3. PROTOCOLO

3.1. Primeiras Orientações

O atendimento no CAAD é formado por várias engrenagens integradas em que se articulam diferentes setores tendo como norte a promoção de bem-estar e o cuidado com aqueles que sofrem em decorrência do uso de álcool e outras drogas. Um ponto, porém, liga toda essa cadeia – O assistido sempre estará em contato com pessoas reais.

Dito isso, em qualquer momento dessa abordagem, quaisquer profissionais identificando elementos que acenem para um possível risco suicida, de forma preliminar, podem acionar as equipes técnicas (psicólogo, assistente social e/ou médicos) para apresentar o risco observado. Destaca-se que aqui não se fala dos próprios técnicos os quais terão as suas condutas descritas a seguir, fala-se dos outros profissionais, o que engloba administrativo, recepção, etc.

Em linhas gerais alguns elementos podem indicar esse risco, seguem alguns desses sinais:

- Assistidos em estado de forte angústia verbalizando conteúdos de autodestruição, como por exemplo “eu não quero mais estar aqui, vou sumir”;
- Assistidos que venham de histórico de tentativas de suicídio, ou ainda, encaminhados por outros serviços com essa queixa;
- Assistidos que estejam verbalizando muitos conteúdos de desesperança e autodepreciação, como “não sirvo para nada”; “tudo sempre vai dar errado”;
- Assistidos com quadros psiquiátricos agudos (surtos) de toda forma;
- Assistidos com marcas visíveis de autolesões como cortes e mutilações.

Importante destacar que a temática do suicídio é delicada e evoca constrangimentos e dificuldades de comunicação. As pessoas que estão passando por situações desse tipo, via-de-regra, apresentam certos receios em comentar sobre. Dessa maneira, **de modo algum está se orientando aqui para que os trabalhadores em geral abordem as pessoas sobre isso. A presente orientação pode ser entendidas em duas frentes:**

1 – No caso de profissionais não técnicos do CAAD (Administrativo, serviços gerais, etc.) observarem sinais como esse, devem comunicar aos técnicos essa observação.

2 – No caso desses mesmos profissionais serem interpelados espontaneamente por assistidos, importante acolher sem emitir juízo, ou seja, ouça sem dizer o que você pensa e o quanto antes avise os técnicos sobre a situação.

Dessa maneira, aqui vale a orientação que todos somos responsáveis por aqueles que sofrem, mas nem todos estamos preparados para dar suporte. A orientação expressa é para que ao menor sinal de uma crise suicida, todos os profissionais são responsáveis e aqueles que não são técnicos devem rapidamente acionar psicólogos, assistentes sociais e/ou médicos do CAAD.

3.2. Sobre Abordagem em Contexto de Acolhimento Profissional da Demanda.

Os contatos iniciais com alguém que está em condição de crise suicida são essenciais e podem ser decisivos no que tange ao desfecho da situação, por esse motivo alguns elementos devem ser observados quando se trata dessa abordagem.

1 – A escuta técnica deve ser feita em **local adequado**. Garantir que a pessoa tenha sigilo e dignidade para expressar seus sentimentos e suas questões é fundamental.

2 - **A reserva de tempo** de escuta é fundamental. O tempo não pode ser um empecilho para que assistido possa se expressar livremente, ou seja, o profissional deve garantir o período necessário para o acolhimento.

3 – **Escuta ativa e acolhimento** – o acolhimento e a escuta acolhedora costuma ser o elemento mais importante no atendimento à pessoa em condição de angústia suicida. Sobre isso destaca-se alguns pontos cruciais.

- a) Importantíssimo manter uma postura cordial e acolhedora;
- b) É essencial manter a calma e a sobriedade durante o atendimento. O próprio profissional, inclusive, deve estar atento ao seu estado a fim de que identifique se está em condição de realizar o acolhimento.
- c) Manter o foco no relato da pessoa, evitando juízos pessoais sobre o que escuta;
- d) **Evitar perguntas muito diretas e indiscretas, dando espaço para que o paciente se coloque mais livremente. Em caso de pacientes embotados, trazer o assunto a partir de perguntas mais neutras.**

Quatro campos de informações são essenciais de serem captadas no acolhimento às pessoas em situação de risco suicida:

- a) Estado de saúde geral do paciente em especial sua condição de saúde mental** – Uma anamnese mínima da condição do sujeito – discurso coerente, a despeito dos pensamentos recorrentes de morte e suicídio? História psiquiátrica pregressa? Aparenta estar sob efeito de alguma substância?
- b) Plano Suicida** – Qual o grau de planejamento e quais as características do método escolhido pela pessoa?
- c) Rede de apoio social** – O assistido dispõe de uma rede mínima de pessoas as quais podem ser vir de suporte.
- d) Histórico de passagem por serviços de acompanhamento** – a pessoa já fora atendida por outros serviços? Quais.

Os quatro campos de informações citadas anteriores devem ser um norte para a escuta qualificada, a qual terá a incumbência de encontrar caminhos de cuidado para a demanda. Destaca-se que logo a frente será apresentado instrumental específico de sondagem de risco suicida a ser utilizado no percurso do atendimento.

O ponto central do atendimento à demanda de suicídio é avaliação da extensão do risco suicida. No presente protocolo é apresentado uma ficha de avaliação do risco suicida com um escore que definirá o risco em baixo médio e alto. Esse instrumental é um suporte e não substitui o preparo técnico de que dispõe profissionais qualificados para atendimento dessa demanda.

A avaliação do risco dependerá, como já dito, de uma abordagem baseada em uma escuta sincera, respeitosa e sem julgamentos, de modo a fortalecer os vínculos entre o profissional e a pessoa atendida, favorecendo a colaboração da mesma.

É importante que o tema seja abordado de forma gradual pelo profissional, e não por meio de perguntas diretas, evitando constrangimentos.

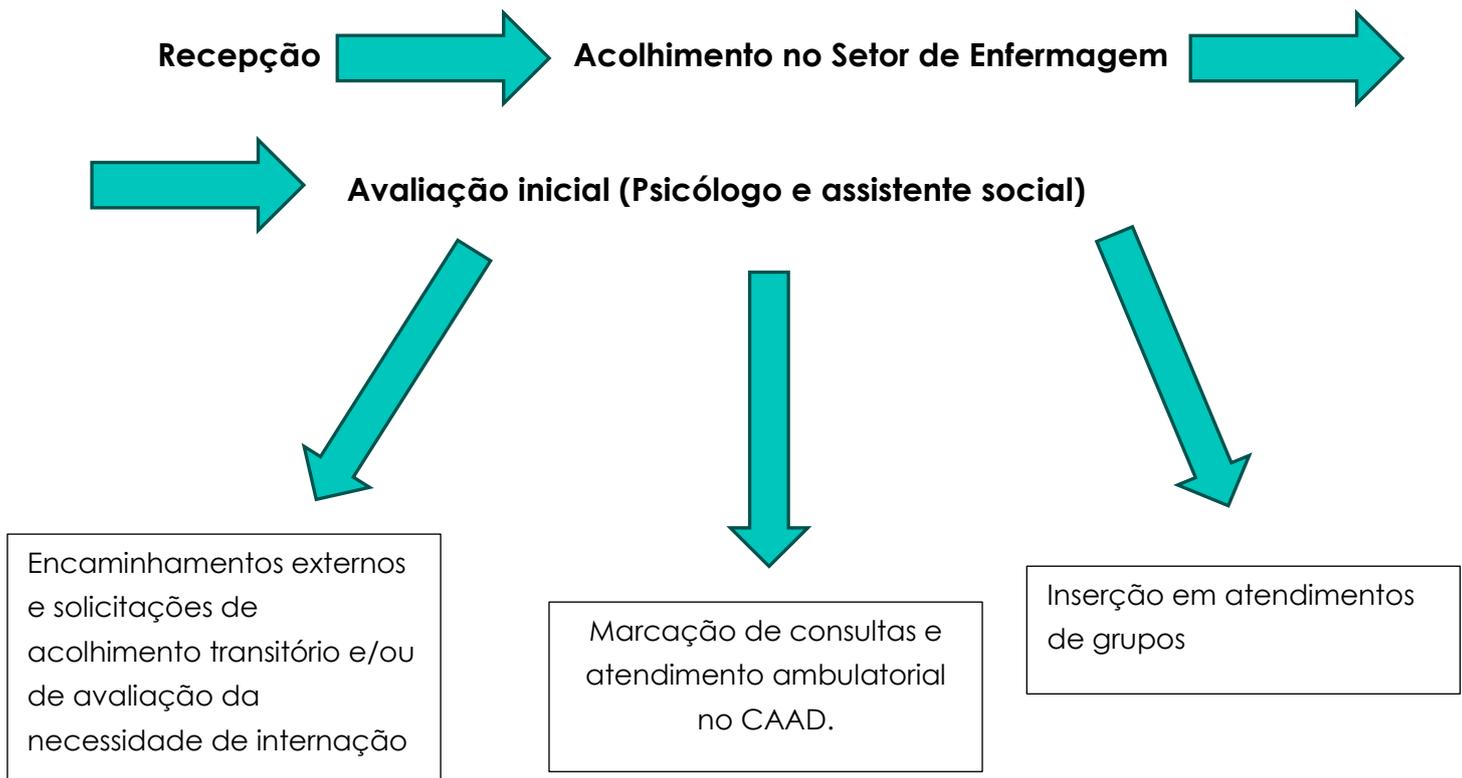
Perguntas do tipo “como você se sente atualmente?” ou “existem muitos problemas em sua vida?” podem ser um pontapé para que a pessoa fale progressivamente e, assim, seja identificado o nível de risco de suicídio ou comportamento suicida. Certas frases de cunho autodepreciativo ditas pelo paciente, como: “eu preferia estar morto”; “eu não posso fazer nada”; “eu não aguento mais”; “eu sou um perdedor e um peso pros outros”; “os outros serão mais felizes sem mim” devem ser interpretadas como **frases de alerta**. Questões mais sensíveis devem ser abordadas pouco a pouco, em **momentos oportunos**, ou seja, quando o profissional perceber que a pessoa está com o sentimento de estar sendo compreendida, quando a pessoa se sente confortável falando sobre o que sente, ou se ela estiver falando abertamente sobre sentimentos negativos.

No decurso do atendimento o profissional deverá aplicar a **ficha de avaliação de risco suicida** que define parâmetros para identificar fatores de risco psicossociais, o tipo de relação do atendido com SPAs, possíveis tentativas anteriores de autoextermínio, ideias recorrentes de morte e ideação suicida.

De acordo com a lei 13.819/2019, lesões autoprovocadas (entre elas o suicídio) são agravos de notificação compulsória. **Dessa maneira, quaisquer indícios de tentativa de suicídio, suspeita, ou ainda relatos expressos do paciente devem ser notificados em no máximo 24h.** Todos podem notificar, e considerando o presente protocolo aquele que fizer o primeiro atendimento (exceptuando pessoal não técnico), deve fazer a notificação compulsória imediatamente. Em caso de criança e adolescente é necessário ainda a notificação ao conselho tutelar.

3.3. Fluxo Básico de Atendimento no CAAD.

Nos CAADs, os assistidos, via-de-regra, passam pelo mesmo fluxo de atendimento que compreende.



- a) Dentro do rol de profissionais técnicos, ou seja, aqueles que tem a incumbência de intervir profissionalmente no sofrimento apresentado pelos assistidos temos – Técnicos de Enfermagem; psicólogos, assistentes sociais, médicos clínicos gerais e médicos psiquiatras. Cada um goza de prerrogativas próprias da profissão e incumbências dada pelo protocolo de atendimento do CAAD.**
- b) Os Encaminhamentos externos podem envolver desde a inserção do assistido em serviços da rede que possam dar suporte as demandas observadas, bem como o encaminhamento para acolhimento residencial transitório temporário em serviços credenciados. Ainda pode haver a solicitação de avaliação por parte do médico da necessidade de internação em leitos de emergência psiquiátrica e/ou encaminhamento à pronto-socorro.
- c) Marcação de consultas envolvem consultas médicas com clínico geral, psiquiatra e atendimento ambulatorial com médicos.

- d) A acolhido pode ser inserido num dos vários grupos ofertados no CAAD. Há grupos de intervenção conduzidos por psicólogos e assistentes sociais; bem como grupos de monitoramento conduzido pelo médico psiquiatra.

3.4. Fluxo Básico do Acolhimento para Suicídio

a) Recepção.

- Em caso de observância de indício de crise suicida, escutar atentamente e com cuidado, sem julgamentos e com atenção ativa, porém discreta.
- Não se deve questionar, ou interpelar, nenhuma das informações apresentadas, ou seja, a observação da condição de risco suicida se dá a partir da expressão espontânea do acolhido que indique necessidade de cuidado.
- Avaliar a possibilidade de antecipação do atendimento do referido assistido, bem como imediatamente comunicar à equipe assistencial do possível risco de suicídio do atendido.

b) Setor de Enfermagem.

- Acolher o assistido com empatia e atenção, porém orientá-lo que ele logo será assistido por psicólogos e assistentes sociais, os quais realizarão uma escuta mais qualificada e dedicada ao tema.
- Observar sinais ligados à demanda do suicídio e caso o assistido espontaneamente se prontifique a relatar seus incômodos, registrar no prontuário. É necessária especial atenção a três aspectos.
 - A presença de desesperança e autodepreciação no conteúdo da fala, como por exemplo, "não sirvo para nada", "nada vai mudar" ou "preferia não estar aqui".
 - O relato espontâneo de plano para realização de suicídio.

- A descrição por parte do assistido de método específico para realização do plano suicida.

c) Avaliação inicial.

- O psicólogo e assistente social deverão realizar escuta qualificada, especialmente atentos a sinais e sintomas de quadros de transtornos associados ao aumento do risco de suicídio e ao panorama social que pode tanto ser gerador de sofrimento quanto potencial rede de apoio.
- Destaca-se, que no caso de identificação de ideação suicida, autoagressão e/ou tentativas de suicídio anteriores é necessário realizar a notificação compulsória como relatado anteriormente.
- Uma vez realizada a vinculação inicial, a dupla deve aplicar a Ficha de Avaliação de Risco Suicida, a qual será descrita mais pormenorizadamente adiante. O questionário é instrumento de rastreio de risco *escorizado*, o qual apresenta ao final o resultado em três faixas de risco – Leve, Moderado e Alto. Para cada uma das faixas temos um diferente campo de condutas.

CONDUTAS:

- **RISCO LEVE**
 - Oferecer apoio emocional **IMEDIATO**, criando um vínculo com o assistido de modo que ele sinta que o atendimento da dupla pode ser um local confiável e tranquilo. Nesse momento, obviamente, a condução do psicólogo ganha relativo protagonismo no sentido da utilização de instrumental técnico de acolhimento e vinculação.
 - Trabalhar de forma delicada e acolhedora os sentimentos suicidas, investigando e permitindo um

retorno às origens dessas ideias. Importante nesse momento não forçar uma reflexão, mas conseguir permitir algum nível de análise da própria condição.

- Realizar, na medida possível, um rastreamento básico da rede de social de apoio, coletando dados como endereço, telefone, de todos aqueles que podem figurar como suporte para a situação.
- Construir levantamento dos pontos de referenciamento na rede, realizando ainda no âmbito da avaliação inicial, encaminhamentos para serviços disponíveis visando à garantia de acesso aos direitos e cuidados.
- Encaminhar o assistido para atendimento na modalidade ambulatorial de psicologia do CAAD, bem como inseri-lo na agenda de atendimento psiquiátrico.

○ **RISCO MODERADO**

- Oferecer apoio emocional IMEDIATO, criando um vínculo com o assistido de modo que ele sinta que o atendimento da dupla pode ser um local confiável e tranquilo. Nesse momento, obviamente, a condução do psicólogo ganha relativo protagonismo no sentido da utilização de instrumental técnico de acolhimento e vinculação.
- Trabalhar de forma delicada e acolhedora os sentimentos suicidas, investigando e permitindo um retorno às origens dessas ideias. Importante nesse momento não forçar uma reflexão, mas conseguir permitir algum nível de análise da própria condição.

- Realizar, na medida possível, um rastreamento básico da rede de social de apoio, coletando dados como endereço, telefone, de todos aqueles que podem figurar como suporte para a situação.
- Construir levantamento dos pontos de referenciamento na rede, realizando ainda no âmbito da avaliação inicial, encaminhamentos para serviços disponíveis visando à garantia de acesso aos direitos e cuidados.
- AÇIONAR imediata e presencialmente o Psiquiatra do CAAD, visando à tentativa de avaliação no mesmo momento, ou encaixe para atendimento em no máximo uma semana.
- Encaminhar o assistido para atendimento na modalidade ambulatorial de psicologia do CAAD.
- Realizar contato com serviços de saúde mental da rede próxima ao território do assistido, seguido de posterior encaminhamento.
- Pactuar um acompanhamento semanal por telefone com o assistido de modo a se manter como um contato e uma forma de vigilância. A dupla realizará contatos breves semanais com assistido de modo a garantir que a situação atual se estabilize.
- A dinâmica de contatos por telefone semanais pode cessar a partir do momento que o assistido der entrada em atendimento ambulatorial com o psicólogo, o qual também deverá manter um monitoramento semanal do caso.

- **Se for permitido pelo assistido**, Entre em contato com a família, amigos e parentes, mediante autorização do paciente sobre quais informações podem ser passadas, e reforce seu apoio. Oriente-os sobre medidas que podem ajudar na prevenção ao suicídio, como impedir acesso a cordas, armas, facas, medicamentos etc. Isso também deve ser comunicado ao paciente, solicitando sua autorização e explicando que essas medidas são temporárias.

- **RISCO ALTO**

- Importante frisar que a partir do momento que for identificado risco alto, o assistido não deve ser deixado sozinho em hipótese alguma, bem como objetos que sejam potenciais ferramentas para o suicídio, devem ser retirados do alcance.
- A abordagem mantém os imperativos postos até agora, porém nesse caso deverá ser um pouco mais firme e assertiva, buscando contribuir para que o assistido em questão tenha o cuidado de que necessita;
- O rastreamento da rede social de apoio se torna uma demanda prioritária, uma vez que no caso de risco alto essa rede será instada no processo de garantia e proteção do assistido.
- Acionamento imediato do psiquiatra do programa, para que um atendimento emergencial seja realizado e possa se avaliar de forma ainda mais aprofundada as condutas possíveis e necessárias.

- Acionar os serviços da rede de atenção em saúde do território do assistido, buscando o encaminhamento e a vigilância do caso.
- Em caso de casos extremamente graves em que o risco de suicídio é iminente, acionar a equipe de monitores para contribuir operacionalmente e conduzir (com suporte de transporte do CAAD) o acolhido ao setor de atendimento emergencial do HEAC ou CAPAAC (se região sul), para atendimento específico.
 - Nesses casos, é possível também o encaminhamento a outros prontos-socorros ou pronto atendimento, de acordo com o fluxo local do território.
- Nos casos em que por quaisquer motivos for impossível o encaminhamento in loco ao pronto-socorro, acionar o SAMU de modo a garantir o acolhimento do assistido e condução a um serviço de emergência.
- Acionar os familiares (ou quaisquer outros membros de uma rede social de apoio) do assistido (preferencialmente com sua anuência, mas dependendo da necessidade mesmo que não seja possível essa verificação), de modo a ser certificar que ao sair do CAAD (nos casos em que não haja a necessidade de acolhimento em hospital), o assistido seja acompanhado de perto por essa rede.
- Inserir o acolhido no acompanhamento ambulatorial do CAAD com psicólogo e psiquiatra, sem prejuízo para o encaminhamento para serviços de saúde mental do território.

- Uma vez estabilizada a situação e realizado os encaminhamentos para que o paciente dê prosseguimento na rede, na primeira semana a dupla que realizou o atendimento fará um acompanhamento diário por telefone, visando especialmente duas coisas – vigilância e criação de vínculos. Após esse período a dupla reavaliará a continuidade e de preferência manterá um contato semanal.
- **Pontos importantes a destacar do atendimento à demanda de suicídio na Avaliação Inicial.**
 - Após a aplicação da ficha, a dupla deverá realizar um pequeno relato com o extrato da situação, destacando em especial a faixa de risco encontrada. Além disso, a ficha deve ser escaneada e indexada ao prontuário do paciente. A Ficha original deve ser entregue à referência técnica que se incumbirá de fazer a guarda das fichas para posteriores estudos.
 - Não há a necessidade de construção de protocolos específicos para a atuação dos médicos, psicólogos ambulatoriais, psiquiatras ou para os grupos por basicamente três motivos:
 - Espera-se que o rastreamento do risco suicida e o desenrolar da intervenção se dê preferencialmente em nível de avaliação inicial, uma vez que é o ponto inicial do atendimento. **Em caso de assistido que esse risco suicida tenha passado despercebido pela avaliação inicial e emerja em outros atendimentos do CAAD, o profissional deve proceder à aplicação da ficha de avaliação de risco suicida e seguir a organização da intervenção à moda do que fora apresentado.**

- Já existem protocolos clínicos consolidados de condução dos casos de suicídio e o presente documento não tem a intenção de negá-los. Dessa maneira, não é necessário criar um regramento tão específico para atuação da psicologia clínica e para a atuação do profissional médico.
- A participação de assistido em condição de risco suicida em grupos é algo a ser avaliado com bastante cautela e atenção. O presente protocolo leva em conta o tipo de serviço que é o CAAD, dessa maneira, foca nos elementos mais pontuais e de primeiro contato com a demanda do suicídio. Acompanhamentos e condutas específicas posteriores aos primeiros momentos do atendimento seguem o que está posto pelos imperativos profissionais de cada campo de atuação.

4. A FICHA DE AVALIAÇÃO DE RISCO DE SUICÍDIO

4.1. Orientações Gerais.

O núcleo do presente protocolo é o instrumental que será apresentado e destrinchado na seção a seguir. A Ficha de avaliação de Risco Suicida é um formulário com pontuação por faixa de respostas que ao final apresenta um quadro do risco suicida em questão.

Esse instrumental foi construído com muita cautela e aprofundamento por um comitê de profissionais clínicos do CAAD e passou por uma dinâmica de pré-teste, aplicação, revisão e pós-teste, que durou cerca de 06 meses ao todo.

Algumas orientações gerais são dadas abaixo:

- 1- A ficha é um suporte a prática e um organizador das condutas, mas em hipótese alguma substitui a clínica e o olhar do técnico. Dessa maneira, o presente protocolo e a ficha de avaliação não são uma prisão a qual determinará todas as condutas, uma vez que o olhar clínico a realidade do caso em questão é soberana.
- 2- Sugere-se que a ficha seja aplicada primordialmente na avaliação inicial, porém nada impede que haja uma reaplicação em quaisquer outros pontos do atendimento. Se isso ocorrer é importante se atentar a dois elementos:
 - a. Observar se já houvera outra aplicação (dado registrado em prontuário) e indicar que se trata de uma segunda aplicação no próprio relato.
 - b. Proceder ao escaneamento, inserção no prontuário, bem como envio da ficha original para a referência técnica.
- 3- A ficha **PODE** ser aplicada em todos os assistidos atendidos no CAAD, mas não é necessário. Indica-se sua aplicação apenas naqueles que tenham algum indício de risco suicida, motivo pelo qual é importante um olhar atento para sinais de alerta. Na dúvida, ou se houver indiscernibilidade a respeito da condição do assistido, aplique a ficha, mas não é imperativo aplicar em todas e todos.
- 4- Caso seja estritamente necessário, o profissional pode aplicar de forma mais guiada a Ficha, mas o ideal é que não seja tão explícita a aplicação para que o assistido se sinta mais à vontade para relatar. Importante que os aplicadores se ambientem a tal ponto com o instrumento que não seja necessário segui-lo de forma esquemática e robótica.

FICHA DE AVALIAÇÃO DE RISCO DE SUICÍDIO

Paciente: _____

Sexo: _____ Idade: _____ raça/cor: _____

Profissional (nome e função): _____ data da aplicação: _____

Descrição da demanda (descrever em linhas gerais o discurso do paciente se atentando especialmente para conteúdo de autodepreciação e desesperança):

1. Fatores de risco (some os pontos indicados em cada uma das marcações presente o total ao final):

- () Transtornos psiquiátricos (0,5) () Rompimento de relações recente (0,04) () Histórico de abuso sexual (0,05)
 () Luto recente (0,05) () Falência financeira (0,03)
 () Suicídio na Família (0,07) () Desilusão amorosa (0,04)
 () Desemprego (0,02) () Crise Existencial (0,1)
 () Isolamento e falta de apoio social (0,1)

Total:

2. Relação com as Drogas (some os pontos indicados em cada uma das marcações presente o total ao final):

(Ref – Assist) * não fazer marcação de múltiplas colunas na mesma linha.

	Irrelevante	Situação Moderada	Grave
Álcool	() 0,0	() 0,03	() 0,3
Maconha	() 0,0	() 0,01	() 0,1
Cocaína	() 0,0	() 0,03	() 0,3
Anfetaminas	() 0,0	() 0,03	() 0,3
Inalantes	() 0,0	() 0,03	() 0,3
Hipnóticos/sedativos	() 0,0	() 0,03	() 0,3
Alucinógenos	() 0,0	() 0,01	() 0,1
Opióides	() 0,0	() 0,03	() 0,3

Total:

3. Tentativas anteriores (some os pontos indicados em cada uma das marcações presente o total ao final):

- () Sem tentativa anterior. () Uma tentativa há mais de 01 ano (0,5). () Uma tentativa há menos de 01 ano. (1,0)
 () Várias tentativas há menos de 01 ano. (3,5) *
 marcar essa linha anula a anterior.

Total:

4. Ideias Recorrentes de morte (equivalente ao critério "ideias vagas de morte"). *marque apenas uma opção e indique o total da pontuação abaixo.

() Ideias eventuais (0,2) () Ideias com intrusividade moderada (0,3) () Ideias com alta intrusividade e angústia (0,5)

Total:

5. Ideação Suicida. *marque apenas uma opção e indique o total da pontuação abaixo.

() Ideação Suicida sem intenção (0,3) () Ideação Suicida com método (0,5) () Ideação Suicida com plano (0,5)

() Ideação Suicida com método e plano (1,2) () Ideação Suicida com método, plano e preparação (1,6)

Total:

6. Plano e Método. * marque uma opção por linha e some o resultado (marque apenas se houver ideação com plano e/ou método).

() Plano Vago (0,1) () Plano Definido (0,1) () Plano definido em etapas (0,3) () Plano Definido e já tentado (0,4)

() Método vago (0,1) () Método específico (0,2) () Método específico de baixa letalidade (0,3) () Método específico de alta letalidade (0,5)

Total:

Interpretação do SCORE

*Some os totais e busque a classificação indicativa abaixo.

Risco leve – até 3,5
Risco moderado – entre 3,5 e 6,0
Risco grave – entre 6,0 – 10.

4.2. Instrutivo sobre a FICHA

O instrumental em questão foi construído de modo a criar uma aplicação objetiva para os estudos de fatores de risco para suicídio e está dividido em 08 partes (sendo seis deles questionários *escorizados* propriamente dito):

- a) Cabeçalho – dados de identificação e data de aplicação.
- b) Campo descritivo da demanda
- c) Fatores de Risco.
- d) Relação com as Drogas.
- e) Tentativas anteriores
- f) Ideias recorrentes de morte
- g) Ideação Suicida
- h) Plano e método.

Seguimos à descrição de cada um deles.

a) CABEÇALHO.

Nesse campo o aplicador deverá situar a demanda em termos de:

- Nome do Assistido
- Raça/cor, idade e sexo
- Profissional e data da aplicação.

Destaca-se que as informações a respeito do profissional aplicador e a data da aplicação são extremamente relevantes no sentido da construção de um olhar temporal sobre o fato.

b) CAMPO DESCRITIVO DA DEMANDA

Nesse campo o profissional poderá fazer um relato qualitativo do caso em questão, destrinchando minimamente suas observações a respeito do quadro do paciente.

Além de elementos como a condição do discurso, estado geral do assistido e demais observações de praxe, sugere-se o aplicador se atente se está presente no discurso do assistido conteúdos

explícitos de desesperança e autodepreciação, que podem trazer um panorama mais visível sobre sua condição geral.

c) FATORES DE RISCO (1.)

Nesse que é o primeiro campo escorizado, temos uma caixa de marcação de X com um valor a frente que deve ser somado formando um total parcial. Cada quadro terá a mesma dinâmica. Segue abaixo uma descrição rápida de cada uma das opções, as quais devem ser marcadas em caso de observação da situação. Importante que nesse ponto o aplicador esteja atento para aquilo que surge de forma relevante na narrativa do assistido, sem buscar investigações e interpretações muito elaboradas.

Transtornos psiquiátricos

Nesse caso a dupla deve investigar se já houve algum tipo de processo diagnóstico com o paciente que culminou em alguma observação de quadro psiquiátrico específico. Inclusive, os elementos dessa observação não se limitam a necessidade de laudo específico, podendo a dupla inferir a partir do relato atendido com dados auxiliares auferidos no próprio atendimento.

Luto Recente

Sabe-se que a condição de Luto pode ser um estopim para o comportamento suicida. Destaca aqui que não basta que alguém próximo ao atendido tenha falecido, é preciso observar por parte do assistido a condição de luto por essa perda.

Suicídio na Família

Apesar de não estar completamente esclarecida essa relação, algumas pesquisas sustentam que a ocorrência de casos anteriores de suicídio na família tem um impacto sobre o

comportamento da pessoa. Como a existência dessa narrativa na fala da pessoa é extremamente relevante, figura aqui como fator de risco.

Desemprego

Nesse ponto o aplicador deve buscar na narrativa elementos que indiquem que a condição de desemprego tem relevância para o quadro em curso, ou seja, não é simplesmente a condição laboral que deve ser marcada.

Isolamento e falta de apoio social

A posição do assistido frente a sua rede de apoio é extremamente importante, deve se estar atento aqui se o emerge na sua narrativa elementos como “estou sozinho”, “não tenho ninguém por mim”. Como parte do processo de avaliação inicial está a investigação sobre a condição das redes sociais de apoio, e nesse ínterim é possível ampliar essa observação.

Rompimento de relações recente.

O término de relações de quaisquer tipos tem potencial de gerar sofrimento e angústia. Neste caso deve-se marcar essa opção quando visivelmente o fim de alguma relação soa como relevante no discurso do atendido.

Desilusão amorosa

Seguindo o mesmo princípio apresentado até aqui, é necessário observar se o assistido verbaliza um conteúdo de sofrimento em decorrência de motivo amoroso.

Crise Existencial

O termo crise existencial aqui diz respeito à observação por parte do aplicador de conteúdos que indiquem angústia sobre a

temas relativos à vida, que pode envolver dúvidas sobre o propósito da vida, o lugar no mundo, e a própria existência. Geralmente esse tipo de verbalização e narrativa está ligado a momentos de profunda mudanças existenciais e em caso de gerador de angústia deve ser registrado na ficha.

Histórico de abuso sexual

Estudos reiteradamente afirmam que histórico de abuso é fator de risco para suicídio. Aqui o aplicador registrar caso isso surja na narrativa do assistido, mas não deve se preocupar em aprofundar a temática. Inclusive não se deve abordar essa temática de forma direta e incisiva.

Falência financeira

Seguindo a linha do exposto no campo de desemprego, a falência financeira pode figurar como fator de risco, ou seja, como fator predisponente ao suicídio, porém apenas se isso surge na narrativa do assistido com relevância.

d) RELAÇÃO COM AS DROGAS (2.).

Notadamente a forma como a pessoa se relaciona com as drogas pode afetar a saúde mental do indivíduo e figurar como possível fator de risco.

No caso do protocolo em questão, a questão da droga é critério de seleção da clientela, uma vez que o CAAD é um serviço desse campo.

Por esse motivo esse campo é uma adaptação do ASSIST para o presente protocolo.

e) TENTATIVAS ANTERIORES (3.).

Nesse campo temos três colunas:

- Sem tentativa anterior.
- Uma tentativa há mais de 01 ano.
- Uma tentativa há menos de 01 ano. / Várias tentativas há menos de 01 ano.

O campo permite marcação em múltiplas colunas, porém na última coluna temos duas linhas e deve ser marcada apenas uma das linhas.

Importante destacar que não cabe ao aplicador investigar a veracidade do relato de tentativa, apenas registrar o ponto como apresentado pelo assistido, obviamente fazendo interpelações necessárias ao melhor entendimento do caso.

f) IDEIAS RECORRENTES DE MORTE (4.)

Esse campo se difere da ideação suicida, pois não trata necessariamente de ideias de auto aniquilação, mas ideias de morte que podem ser próprias, ou seja, o sujeito pode reiteradamente pensar sobre a própria morte, ou ainda de pessoas queridas. Nesse campo tempo três colunas.

- Ideias eventuais
- Ideias com intrusividade moderada
- ideias com alta intrusividade e angústia (0,5)

Aqui nesse ponto temos o conceito de intrusividade. Pensamentos intrusivos são imagens, ideias, sons, palavras que aparecem na mente de forma espontânea e indesejada e muitas vezes exigem um esforço para sair depois que aparecem na mente da pessoa. Então intrusividade diz

respeito à qual a força essa ideia tem de entrar na mente e quão difícil é para que ela saia. Aqui, após o assistido falar que costuma pensar muito sobre a morte, o aplicador pode perguntar – “mas esses pensamentos vêm de repente, do nada?”; “uma vez que esses pensamentos surjam, você consegue se livrar deles facilmente, com um esforço moderado ou você não consegue?”

Com relação a angústia, destaca-se aqui que esses pensamentos podem surgir de forma mais inerte, ou seja, sem uma angústia própria agregada, ou podem vir carregados de sentimentos de ansiedade, sofrimento e tormento. Neste caso, destaca-se que além de intrusivos os pensamentos podem estar gerando muita angústia.

i) IDEAÇÃO SUICIDA (5.).

A ideação suicida diz respeito as ideias recorrentes de auto aniquilação. Aqui nesse campo o aplicador deve marcar apenas uma opção a qual está ligada ao ponto 6 (Plano e método). As opções estão divididas em escala de gravidade. No plano mais basal temos a Ideação suicida sem intenção, ou seja, quando as imagens de suicídio aparecem no campo do pensamento, mas não há uma intenção visível de realização.

Intermediariamente tem-se a ideação com plano, ou seja, com algum tipo de planejamento de realizar o ato. Nesse caso o assistido verbaliza etapas que visa seguir para atingir o objetivo da auto aniquilação. E há também a ideação com método, ou seja, mesmo que não haja plano definido o assistido já intenciona e já fala em alguns métodos para realizar. Obviamente que há também a ideação em que estão presentes método e plano.

E no campo mais alto de gravidade temos a ideação com método, plano e preparação para o ato, ou seja, o assistido já fala em etapas, já apresenta métodos de como fará e verbaliza algum nível de preparação para realização do plano.

H) PLANO E MÉTODO (6.).

Caso na opção anterior o assistido tenha verbalizado a ocorrência de plano e/ou método, o aplicador deverá utilizar esse último campo para qualificar a ideiação. Nesse campo a uma linha para plano e outra para método. Logo, se na opção cinco marcou-se ideiação com plano deve-se preencher a primeira linha, se fora marcada a opção plano com método a segunda linha, e se a marcação foi plano e método, deve ser preencher uma opção em cada linha.

Aqui o Plano é qualificado de um nível em que ele é vago e sem definições, passando por um plano definido em etapas e chegando a um plano que já fora tentado.

No campo do método também partimos de um nível em que o método é vago e sem definição, passando por uma opção de método definido, mas com baixa letalidade, até métodos de alta letalidade como armas de fogo, etc.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Óbitos por suicídio entre adolescentes e jovens negros 2012 a 2016**. Universidade de Brasília, Observatório de Saúde de Populações em Vulnerabilidade. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde Mental; Organização Pan-Americana da Saúde. **Prevenção do Suicídio: Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental**. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria. Brasília; Ministério da Saúde; out. 2006. 76 p. ilus, tab, graf. (Amigos da Vida).

DURKHEIM, Émile. **O suicídio**. Tradução de Lúcia A. de Almeida. São Paulo: Martins Fontes, 2000. (Edição original em francês publicada em 1897).

FÉLIX, T. A. et al. Fatores de risco para tentativa de suicídio: produção de conhecimento no Brasil. **Revista On line Contexto e Saúde da UNIJUÍ**, v. 16, n. 31, p. 173-185, 2016.

FONSECA, D. L. et al. Apoio social, eventos estressantes e depressão em casos de tentativa de suicídio: um estudo de caso-controle realizado em um hospital de emergência do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 217-228, 2010. Disponível em: . Acesso em: 9 dez. 2015.

FONTAO, Maria Cristina; RODRIGUES, Joana; LINO, Maria Madalena. Nursing care in Urgency/Urgency/Emergency to people who attempt suicide. **SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.**, v. 16, n. 4, p. 122-132, 2020. doi: <https://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2020.152045>.

HAWTON, Keith; VAN HEERINGEN, Kees. **The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide**. Wiley-Blackwell, 2012.

JOINER, Thomas. **Why people die by suicide**. Cambridge, MA: Harvard University Press, 2005.

MANN, Judith J. Neurobiology of suicidal behavior. **Nature Reviews Neuroscience**, v. 4, n. 10, p. 819-828, 2003.

OMS. **Preventing suicide: a global imperative**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2014. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/.

OMS. **Prevenção ao suicídio: um recurso para conselheiros**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2006. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/183291/OMS-Manual-de-preven%C3%A7%C3%A3o-do-suic%C3%ADdio-para-conselheiros.pdf/809e493d-291f-f716-2a61-e7135ddb3b40?t=1648938692609>.

OMS. **Suicide worldwide in 2019: Global Health Estimates**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2021. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/341728/9789240026643-eng.pdf?sequence=1>.

OLIVEIRA ALVES, Francisco José; FIALHO, Emanuelle; PAIVA DE ARAÚJO, João Augusto; NASLUND, John A.; BARRETO, Maurício Lima; PATEL, Vikram; MACHADO, Daiane Borges. The rising trends of self-harm in Brazil: an ecological analysis of notifications, hospitalisations, and mortality between 2011 and 2022. In: **The Lancet Regional Health – Americas**, v. 31, 2024. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X\(24\)00018-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X(24)00018-8/fulltext).

PEREIRA, Anabela Sousa; WILLHELM, Alice Rodrigues; KOLLER, Silvia Helena; ALMEIDA, Rodrigo Manuel Martins de. Fatores de risco e proteção para tentativa de suicídio na adultez emergente. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 11, p. 3767-3777, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.29112016>. PRIETO, Daniela Yglesias de Castro. **Indicadores de proteção e de risco para suicídio por meio de escalas de auto-relato**. 2007. 155 f., il. Tese (Doutorado em Psicologia) — Universidade de Brasília, Brasília, 2014. Disponível em: <http://www.realp.unb.br/jspui/handle/10482/16055>.

SELIGMAN, Martin Elias Peter; PETERSON, Christopher; MAIER, Steven F.
Learned helplessness: a theory for the age of personal control. New York:
Oxford University Press, 1993.

SJOBLOM, Erynne; GHIDEI, Winta; LESLIE, Marya; et al. **Centering
Indigenous knowledge in suicide prevention: a critical scoping review.**
BMC Public Health, v. 22, p. 2377, 2022. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14580-0>.

WASSERMAN, Danuta. **Suicide – An unnecessary death.** Stockholm:
Martin Dunitz, 2001.

WERNER, Emmy; SMITH, Ruth S. **Vulnerable but invincible: A longitudinal
study of resilient children and youth.** New York: Adams Bannister Cox,
1992.

Documento original assinado eletronicamente, conforme MP 2200-2/2001, art. 10, § 2º, por:

GETULIO SERGIO SOUZA PINTO

GERENTE QCE-03
GARAD - SEG - GOVES
assinado em 16/09/2024 16:24:25 -03:00

CARLOS AUGUSTO LOPES

SUBSECRETARIO ESTADO
SESD - SEG - GOVES
assinado em 16/09/2024 18:07:03 -03:00

NATHALIA BORBA RAPOSO PEREIRA

GERENTE FG-GE
GESD - SEG - GOVES
assinado em 17/09/2024 13:17:34 -03:00



INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO

Documento capturado em 17/09/2024 13:17:34 (HORÁRIO DE BRASÍLIA - UTC-3)
por GETULIO SERGIO SOUZA PINTO (GERENTE QCE-03 - GARAD - SEG - GOVES)
Valor Legal: ORIGINAL | Natureza: DOCUMENTO NATO-DIGITAL

A disponibilidade do documento pode ser conferida pelo link: <https://e-docs.es.gov.br/d/2024-TF1BTZ>