

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	2
OBJETIVOS.....	2
CRITÉRIOS DE ADMISSÃO.....	2
CONCEITOS.....	2
FATORES DE RISCO .....	3
FATORES DE RISCO ASSOCIADOS AO COMPORTAMENTO SUICIDA.....	4
FATORES DE RISCO ASSOCIADOS AO COMPORTAMENTO SUICIDA NO HOSPITAL GERAL .....	5
MANEJO DO COMPORTAMENTO SUICIDA NO HOSPITAL GERAL.....	6
OBSTÁCULOS NO MANEJO DO COMPORTAMENTO SUICIDA NO HOSPITAL GERAL.....	7
FLUXOGRAMAS .....	9
LEGISLAÇÃO E NORMA.....	13
AVALIAÇÃO DO PACIENTE.....	13
ALTA HOSPITALAR.....	16
SEGUIMENTO PÓS-ALTA E TRANSFERÊNCIA DO PACIENTE EM RISCO DE SUICÍDIO.....	16
REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....	17
CRITÉRIO DE SAÍDA DO PROTOCOLO.....	19
MONITORAMENTO .....	20
CONFLITOS DE INTERESSE.....	20
REFERÊNCIAS.....	20
HISTÓRICO DAS VERSÕES.....	22
ANEXO 1 – Ficha de Notificação .....	23
ANEXO 2 – contatos da Rede Municipal de Atendimento em Saúde Mental de Belo Horizonte .....	25

## INTRODUÇÃO

A cada ano, cerca de um milhão de pessoas morre por suicídio no mundo, com uma estimativa média de 11,4 suicídios por 100 mil habitantes por ano.<sup>9</sup>

Os suicídios em pacientes internados correspondem a cerca de 1 a 5% do total de eventos na população, sendo que as taxas variam de 5 a 15 por 100.000 admissões em hospitais gerais e de 100 a 400 por 100.000 em hospitais psiquiátricos.<sup>1-3</sup> Dos suicídios cometidos em hospitais, 73,9% ocorreram durante tratamento psiquiátrico.<sup>21</sup>

Pacientes com comorbidades clínicas, como câncer, têm de 1,5 a 4 vezes mais chance de cometer suicídio.<sup>4</sup> O suicídio de um paciente dentro de um hospital geral causa grande impacto a todos, inclusive à equipe assistencial.<sup>5</sup>

A internação é uma oportunidade para identificação de comportamento suicida e de transtornos mentais, e possibilita que sejam feitas intervenções precoces.<sup>6</sup> As modificações ambientais e a educação e treinamento das equipes assistenciais são as estratégias mais promissoras para reduzir os eventos de suicídio em pacientes hospitalares.<sup>21</sup>

## OBJETIVOS

- Avaliar potenciais riscos de suicídio em pacientes à admissão e em internação no Hospital das Clínicas da UFMG (HC).
- Identificar, precocemente, pacientes com comportamento suicida e intervir para minimizar o risco de ocorrência de evento fatal no HC e imediatamente após alta hospitalar.

## CRITÉRIOS DE ADMISSÃO

Pacientes adultos à admissão e internados que apresentem risco potencial de suicídio. Devem ser avaliados, à admissão e em internação no hospital, pacientes com hipótese diagnóstica ou diagnóstico de transtorno mental (incluindo os transtornos relacionados ao uso de drogas e álcool), ideação e comportamento suicidas ou múltiplos fatores de risco para o suicídio.

## CONCEITOS

O suicídio é uma URGÊNCIA MÉDICA, que pode levar a lesões graves, incapacitantes e à morte. A solicitação de avaliação psiquiátrica para o paciente que se encontra em risco de suicídio deve ser uma orientação institucional, independente do médico assistente. A maioria dos indivíduos que suicida dentro de um hospital geral não foi avaliada por um profissional da saúde mental.<sup>1</sup>

O comportamento suicida compreende a ideação suicida, o planejamento do suicídio, a tentativa e o suicídio propriamente dito.<sup>10, 11</sup>

*Proibida a reprodução total ou parcial desta obra por qualquer meio eletrônico, mecânico, fotográfico e gravável, sem a permissão expressa da Alta Administração do Hospital das Clínicas da UFMG (Lei Nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998).*

- **Ideação suicida:** pensamentos de servir como agente de sua própria morte. Pode variar em gravidade, dependendo da especificidade de planos de suicídio e do grau de intenção suicida.
- **Planejamento suicida:** preparação para se engajar em comportamento autolesivo com forte intenção de agir, mas antes que as ações tenham começado. Isso pode incluir mais do que uma verbalização ou pensamento, como montar um método (coletar pílulas, comprar uma arma), e a organização para a morte por suicídio (por exemplo, escrever uma carta de despedida, quitar dívidas), incluindo a identificação de um método, tendo um plano ou com forte intenção de agir.
- **Tentativa de suicídio:** comportamento autolesivo com consequências não fatais, acompanhado de evidências (explícitas ou implícitas) de que a pessoa pretendia morrer.
- **Suicídio:** morte autoprovocada com evidências (explícitas ou implícitas) de que a pessoa pretendia morrer.
- Além dos comportamentos mencionados acima, pode haver comportamentos lesivos sem intenção de que o ato resulte em morte, como a **automutilação**.
- **Intenção suicida** é a expectativa subjetiva e desejo de que um ato autolesivo resulte em morte.

### FATORES DE RISCO

A elaboração de estratégias preventivas eficazes no combate ao suicídio depende do detalhado conhecimento dos fatores de risco determinantes da morte por suicídio, incluindo o conhecimento dos fatores de maior vulnerabilidade para aqueles indivíduos que se encontram internados em um hospital,<sup>7</sup> pois 5 a 6% dos suicídios ocorrem em pacientes internados em hospitais, dos quais 73,9% ocorrem durante tratamento psiquiátrico.

Os esforços de prevenção hospitalar devem ser primariamente focados em atenuar riscos associados com enforcamento (banheiro, chuveiro, porta, lençóis), precipitação e ingestão abusiva de medicamentos.<sup>21</sup>

- O principal fator de risco para o suicídio é a presença de **transtorno mental**, incluindo abuso de substâncias. Mais de 90% dos suicídios estão associados a algum transtorno mental e a maioria dos suicídios associados a transtornos mentais são transtornos do humor, esquizofrenia e a transtornos relacionados ao uso de álcool.<sup>16</sup>
- **Homens** suicidam 2,3 a 4 vezes mais que as mulheres. Porém as mulheres apresentam mais tentativas e utilizam métodos menos violentos.
- Em **idosos**, o índice de suicídio é maior; porém, entre jovens, tem ocorrido crescimento significativo.<sup>9</sup>

*Proibida a reprodução total ou parcial desta obra por qualquer meio eletrônico, mecânico, fotográfico e gravável, sem a permissão expressa da Alta Administração do Hospital das Clínicas da UFMG (Lei Nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998).*

- Pacientes com **comorbidades clínicas**, como câncer, têm de 1,5 a 4 vezes mais chance de cometer suicídio.<sup>4</sup>
- Pacientes clínicos logo após receberem a **comunicação de diagnósticos** de doenças graves, como câncer, doenças infecciosas, AIDS e doenças respiratórias graves.
- Clínicas que devem atentar para eventos sentinela: Psiquiatria, Oncologia, Geriatria e Clínica Médica.

### FATORES DE RISCO ASSOCIADOS AO COMPORTAMENTO SUICIDA

A gênese do comportamento suicida é multifatorial. O transtorno mental parece ser necessário, mas não suficiente, para o comportamento suicida. Por esse motivo, os transtornos mentais são um fator de risco conhecido e seu tratamento adequado é um dos pilares da prevenção do suicídio, mas análise de outras variáveis envolvidas com o comportamento suicida é de suma importância.<sup>9</sup>

O quadro 3 mostra os fatores de risco de maior associação com o comportamento suicida, e os fatores protetores para tal, os quais devem ser considerados, apesar de menos estudados e sem evidências consistentes.<sup>9</sup>

#### Fatores associados a um AUMENTO do risco de suicídio <sup>9</sup>:

- Morar sozinho.
- Alta introversão (sintomas depressivos, ansiosos, isolamento social e timidez).
- Extrema desesperança, desamparo e inutilidade, ou sentimento de derrota e aprisionamento, que podem resultar de um quadro de depressão.
- Eventos traumáticos na idade adulta.
- Estressores interpessoais.
- Perda ou falecimento: causa de sofrimento emocional, podem levar a uma incapacidade duradoura para lidar com a perda. O desenvolvimento de ideação ou comportamento suicida ocorre mais em casos de luto por morte violenta, como por suicídio.
- Dificuldades financeiras ou legais.
- Doenças físicas com depressão simultânea: doenças pulmonares obstrutivas crônicas e asma, doenças cardiovasculares tais como doenças coronarianas e acidente vascular cerebral, doenças degenerativas como osteoporose e esclerose múltipla; com maior risco para o sexo feminino.
- Doenças crônicas que atuam independentemente de transtornos mentais: doença inflamatória intestinal, enxaqueca e epilepsia (nesse caso, os comportamentos suicidas podem preceder as convulsões ou serem uma seqüela do tratamento).

*Proibida a reprodução total ou parcial desta obra por qualquer meio eletrônico, mecânico, fotográfico e gravável, sem a permissão expressa da Alta Administração do Hospital das Clínicas da UFMG (Lei Nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998).*

- Transtornos do sono e insônia: aumento do risco de suicídio pode ocorrer independente da presença de depressão e ser mediado por impulsividade aumentada, tendência cognitiva negativa e busca de recompensa.
- Lesão cerebral traumática: atletas e veteranos de guerra que possuem encefalopatia crônica são especialmente vulneráveis.

### **Fatores associados a uma REDUÇÃO do risco de suicídio <sup>9</sup>:**

- Rede de apoio social bem desenvolvida.
- Fortes razões para viver.
- Responsabilidade por crianças pequenas.
- Espiritualidade (frequência em serviços religiosos, religiosidade pessoal). Pode estar relacionado com pontos de vista sobre o suicídio, ou ao apoio social derivado da comunidade religiosa.
- Extroversão e otimismo.
- Boa capacidade para enfrentar e buscar soluções para problemas.

### **FATORES DE RISCO ASSOCIADOS AO COMPORTAMENTO SUICIDA NO HOSPITAL GERAL**

Condições clínicas não psiquiátricas são fatores de risco independentes para comportamento suicida. As doenças clínicas constituem evento estressor que, num indivíduo vulnerável, podem se relacionar ao ato suicida. <sup>4, 17, 18</sup>

A presença de sintomas depressivos e a ideação suicida devem ser investigados ativamente em pacientes com doenças clínicas não mentais. Suicídios de pacientes internados em hospital geral sem diagnóstico primário de transtorno mental podem ser menos previsíveis, já que existe menor comunicação de ideação suicida.

Além disso, como as tentativas são próximas da admissão hospitalar, pode ser que a equipe de Psiquiatria ainda não tenha sido acionada com solicitação de interconsulta para avaliar o paciente. Dessa forma, capacitar a equipe de profissionais que não estão envolvidos com a saúde mental, para melhorar a identificação de transtornos mentais e comportamento suicida pode ser um importante passo para prevenção.<sup>1</sup>

As taxas de suicídio são maiores em pacientes com sintomas não responsivos ao tratamento clínico e incapacidade e/ou com prognóstico ruim.<sup>1, 4</sup>

Os diagnósticos mais associados com aumento do risco de suicídio são: câncer, principalmente no diagnóstico recente, doenças infecciosas, AIDS, dor e doenças respiratórias.<sup>1, 18, 19</sup>

Quadro 1: fatores de risco para comportamento suicida no hospital geral.



Estudos retrospectivos mostraram as seguintes características dos suicídios completos no hospital geral<sup>1, 12, 20</sup>:

- Proximidade com a data de admissão.
- Alterações de comportamento em horas ou dias antes do suicídio (agitação, negativismo, indiferença).
- Lugar de ocorrência mais comumente no próprio quarto, banheiro, vãos livres, escadas e terraços.
- Uso de métodos violentos (pular de locais altos e enforcamento).
- Ocorrência durante a noite e madrugada.
- Ausência de avaliação prévia do Serviço de Psiquiatria.

Quanto aos métodos mais empregados para o suicídio no hospital geral, observou-se a seguinte ocorrência: precipitação 53,6%, enforcamento 16,1%, cortar-se 11,5%, armas de fogo 9,5%, envenenar-se 5,6%, afogar-se 2,3% e outros métodos 1,3%<sup>17</sup>. Na referência bibliográfica mais atualizada<sup>21</sup>, o enforcamento vem em primeiro lugar, talvez em decorrência de intervenções ambientais mais eficientes.

## MANEJO DO COMPORTAMENTO SUICIDA NO HOSPITAL GERAL

Para implementação de medidas que diminuam o risco de o paciente suicidar, são necessários:

- Precauções ambientais.
- Identificação e tratamento adequado dos transtornos mentais.
- Capacitação e treinamento das equipes assistenciais para prevenção de suicídio.
- Iniciar ações de prevenção antes mesmo da avaliação psiquiátrica.

*Proibida a reprodução total ou parcial desta obra por qualquer meio eletrônico, mecânico, fotográfico e gravável, sem a permissão expressa da Alta Administração do Hospital das Clínicas da UFMG (Lei Nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998).*

- Avaliação psiquiátrica o mais próximo da admissão.
- Documentação, registro e destaque de comportamentos de risco no prontuário.
- Comunicação e envolvimento de toda equipe assistencial, incluindo limpeza e copa.
- Manejo adequado de dor e sono.
- Planejamento de tratamento conjuntamente com a Psiquiatria.
- Protocolo individualizado de ações.
- Envolver acompanhantes e familiares.
- Cuidados com o paciente, humor, escuta, banho, medicação e comportamento.
- Bom julgamento, do ponto de vista clínico.
- Conduta responsável, do ponto de vista ético.
- Medicina defensiva assertiva, do ponto de vista médico.

### **OBSTÁCULOS NO MANEJO DO COMPORTAMENTO SUICIDA NO HOSPITAL GERAL**

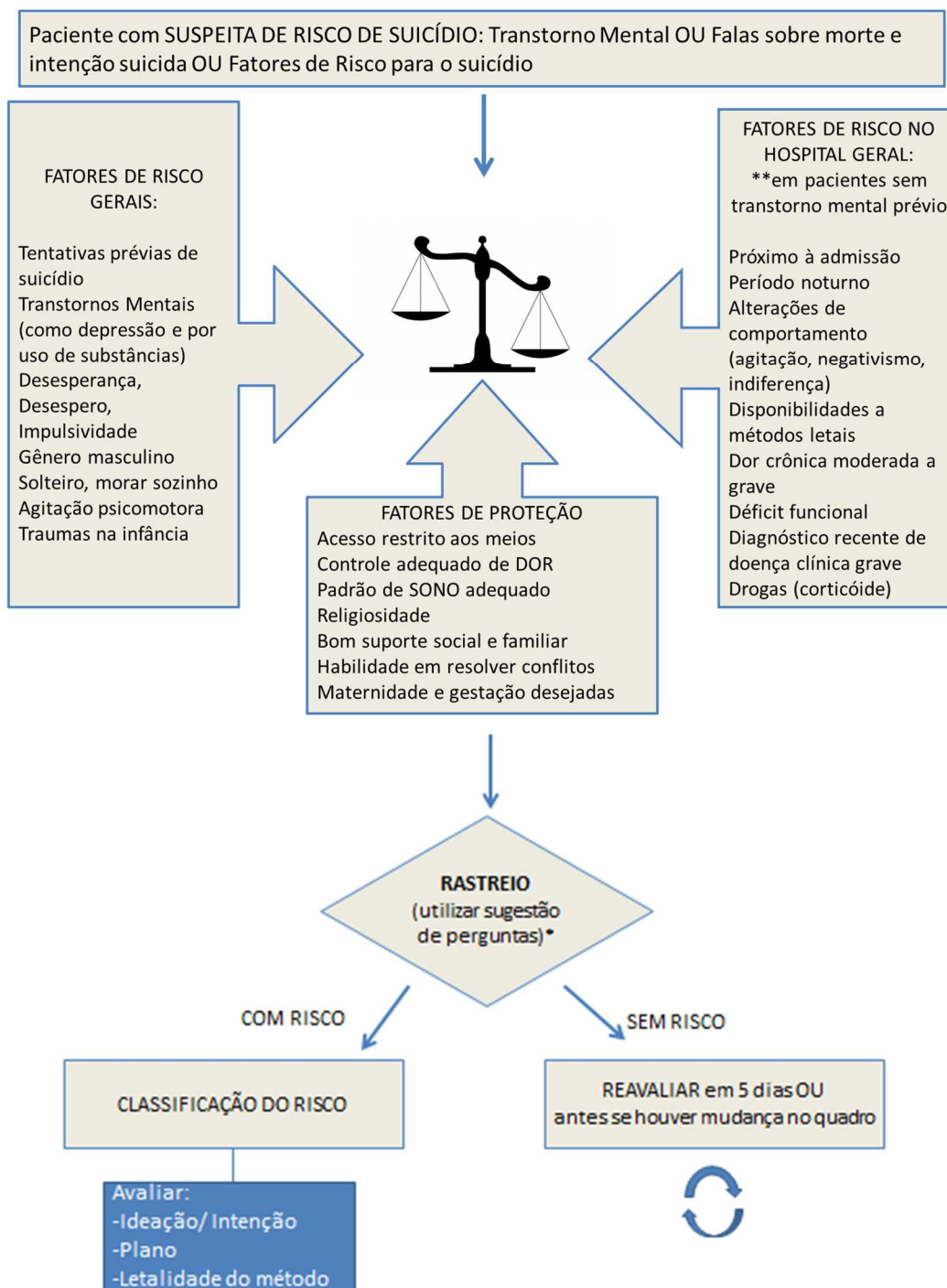
- Equipe de saúde sem capacitação para identificação e manejo de pacientes com risco de suicídio.
- Desconhecimento dos períodos críticos de risco de suicídio nos primeiros dias após a admissão e após a alta hospitalar.
- Desconhecimento dos riscos clínicos e ambientais.
- Crenças errôneas em relação ao suicídio e sobre como abordar um paciente suicida.
- Falta de comunicação entre as equipes assistenciais.
- Supervisão da enfermagem fisicamente distante.
- Maior acesso a meios para tentativa de suicídio (fios, ataduras, perfurocortantes, lugares altos).
- Ausência de padronização de registro e manejo dos pacientes de risco em equipes clínicas.

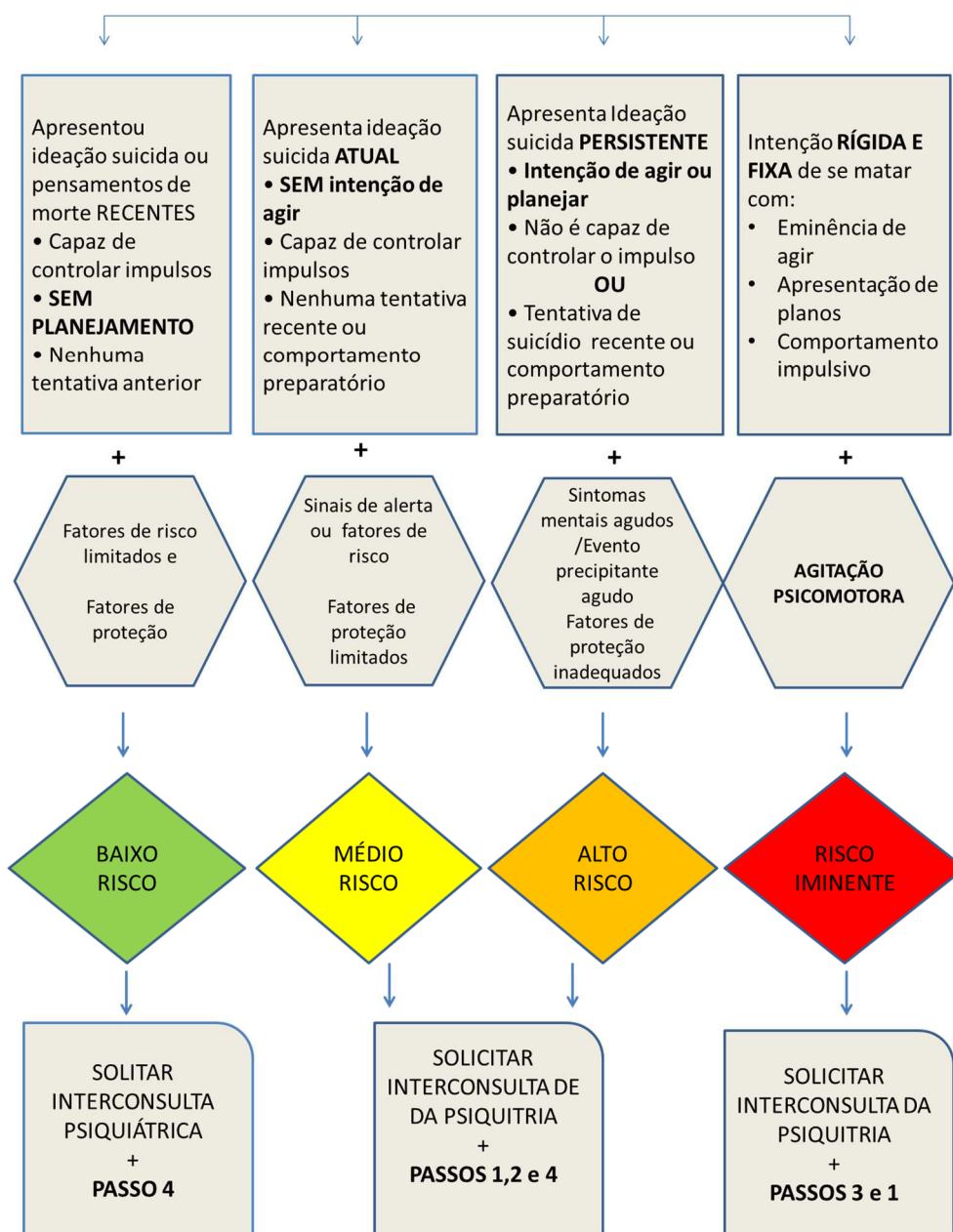
### CHECK LIST DE AÇÕES

- ✓ Comunicar toda a equipe sobre o paciente em risco de suicídio e registrar em prontuário.
- ✓ Informar ao paciente da necessidade de comunicar a situação a familiares ou pessoas significativas. O sigilo poderá ser suspenso de acordo com o risco para a segurança do paciente.
- ✓ Convocar os familiares ou pessoas significativas para acompanhar o paciente na internação.
- ✓ Orientar familiares sobre precauções e cuidados com a segurança do paciente.
- ✓ Realocar paciente no quarto em frente ou o mais próximo possível do posto de enfermagem, de preferência com grades nas janelas (paciente em unidade de internação, acionar o NIR - ramal 9888).
- ✓ Manter vigilância 24 horas (familiar e equipe).
- ✓ Supervisionar idas ao banheiro.
- ✓ Supervisionar pertences, recolher perfurocortantes, medicamentos e almotolias de álcool.
- ✓ Fazer buscas no ambiente e retirar objetos perigosos.
- ✓ Avaliar restrição do uso de lençóis, fios, cadarços, cintos e, em casos de alto risco, sutiã.
- ✓ Atentar para pontos de ancoramento (local para se pendurar).
- ✓ Restringir acesso a vãos livres.
- ✓ Supervisionar administração de medicamentos, verificando se o paciente o ingeriu: solicitar que abra a boca e levante a língua; esperar um tempo e conversar, sugerir nova ingestão de água.
- ✓ Otimizar controle: dor, sono, ansiedade.
- ✓ Revisar das medicações clínicas, realizando ajustes dos psicotrópicos em situações de emergência.
- ✓ Observar, registrar e informar qualquer mudança no humor ou no comportamento.
- ✓ Oferecer apoio através de escuta empática e sem julgamento.
- ✓ Orientar sobre estratégias de enfrentamento (p.ex, treinamento da assertividade, controle de impulsos e relaxamento muscular progressivo).
- ✓ Colocar-se como um ponto de apoio e fornecer contato com pessoas significativas para o paciente.
- ✓ Fazer um acordo (verbal ou escrito) com o paciente de "não causar dano a si mesmo" por determinado período de tempo, renovando-o a intervalos específicos.
- ✓ Ajudar o paciente a identificar uma rede de pessoas e recursos de suporte.
- ✓ Considerar contenção mecânica até tranquilização (medicamentosa ou abordagem verbal pela equipe).
- ✓ Envolver a família no plano de alta.

FLUXOGRAMAS

Identificação e avaliação do paciente com comportamento suicida: estratificação do risco e condutas a serem tomadas pelo médico assistente ou plantonista.





→ Caso haja necessidade de avaliação psiquiátrica de urgência (risco iminente), a Rede de Atenção Psicossocial - RAPS (CERSAM ou CAPS ou SUP) do município de origem do paciente ou os Hospitais da Rede FHEMIG (Hospital Raul Soares ou CEPAI) deverão ser contatados (anexo com contatos da RAPS da RMBH).

### **PASSO 1 – Medidas Administrativas (médico assistente, equipe da Psiquiatria e equipe de Enfermagem)**

- Comunicar a toda a equipe (técnicos, enfermeiros, acompanhante) através de comunicação verbal, prontuário e prescrição. REGISTRAR NO PRONTUÁRIO, DESCRREVENDO O COMPORTAMENTO SUICIDA DO PACIENTE. Comunicar à Psicologia hospitalar.
- Explicar as precauções contra suicídio e assuntos de segurança relevantes ao paciente/família/pessoas significativas (p. ex., finalidade, duração, expectativas de comportamento e consequências do comportamento).
- Realocar paciente nos leitos protegidos por grades do 8º sul (paciente em unidade de internação, acionar o NIR - ramal 9888) ou Box 1 ou Box 12 das UDCs (paciente no pronto-socorro, acionar o regulador – ramal 9326 ou 9327). Os leitos em andares altos trazem risco ambiental elevado.
- Manter acompanhante familiar ou profissional por 24h, supervisionando idas ao banheiro.
- Orientar a família sobre o revezamento de pessoas significativas para o paciente, evitado aquelas que podem desestabilizar o quadro ou causar conflitos.
- Restringir acesso a meios: supervisionar pertences, recolher perfurocortantes e medicamentos, quarto com grades, restrição do uso de lençóis, fios, cadarços, cintos. Atenção para pontos de ancoramento (local para se pendurar portas, chuveiros, janelas).
- Restringir acesso a vãos livres.
- Contactar familiares, se possível com a autorização do paciente, solicitar auxílio da Assistência Social e da Psicologia.
- Ajudar o paciente a identificar uma rede de pessoas e recursos de suporte (p. ex., religioso, família, provedores de autocuidado), dando informações sobre recursos disponíveis e a rede de saúde.
- Envolver a família no plano de alta (p. ex., esclarecimento sobre a doença e medicação, reconhecimento de aumento de risco de suicídio, plano do paciente para lidar com ideias de autolesão, recursos da comunidade). Agendar na Rede PBH ou FHEMIG ou Prefeituras do município de origem a avaliação e acompanhamento na Psiquiatria após a alta.
- Disponibilizar número do Centro de Valorização da Vida (CVV), 188 e permitir que o paciente utilize celular.

## **PASSO 2 – Medidas clínicas (médico assistente, equipe da Psiquiatria e equipe de Enfermagem)**

- Revisar as medicações clínicas, realizando ajustes dos psicotrópicos em emergência.
- Otimizar controle: dor, sono, ansiedade.
- Supervisionar administração de medicamentos, verificando se o paciente o ingeriu: solicitar que abra a boca e levante a língua; esperar um tempo e conversar, sugerindo nova ingestão de água.
- Reavaliar o risco de suicídio de acordo com a gravidade: duas vezes ao dia quando alto; uma vez ao dia quando moderado; ao menos uma vez na semana quando baixo. REGISTRAR NO PRONTUÁRIO, DESCREVENDO A EVOLUÇÃO DO COMPORTAMENTO SUICIDA DO PACIENTE.
- Disponibilizar número do CVV 188 e permitir que o paciente utilize celular.

## **PASSO 3 – Medidas emergenciais (médico assistente, equipe da Psiquiatria e equipe de Enfermagem)**

- Considerar contenção mecânica até tranquilização (medicamentosa ou abordagem verbal pela equipe).
- Seguir as recomendações do [protocolo assistencial PR 072 – Restrição Física no Paciente Adulto](#).
- Transferência para os leitos protegidos por grades do 8º sul ou Box 1 ou Box 12 das UDCs.
- Avaliar necessidade de transferência para serviço de urgências psiquiátricas.

## **PASSO 4 – Medidas psicológicas (médico assistente, equipe da Psiquiatria e equipe de Enfermagem)**

- Disponibilizar acesso à Psicologia hospitalar.
- Oferecer apoio através de escuta empática e sem julgamento, fortalecendo a abordagem do desespero.
- Orientar o paciente sobre estratégias de enfrentamento (p. ex. treinamento respiratório, treinamento da assertividade, controle de impulsos e relaxamento muscular progressivo).
- Fazer um contrato (verbal ou escrito) com o paciente de "não causar dano a si mesmo" por determinado período, renovando-o a intervalos específicos.
- Observar, registrar e informar qualquer mudança no humor ou no comportamento, dando espaço para a pessoa falar sobre as circunstâncias pessoais e sociais emergentes que a colocam sob risco.
- Colocar-se como um ponto de apoio e fornecer contato com pessoas significativas para o paciente, reduzindo o sentimento de desespero.
- Focalizar a ambivalência, sentida pelo indivíduo entre o desejo de viver e morrer, até que gradualmente o desejo de viver se fortaleça. Quando essa confusão emocional ceder, a pessoa pode

*Proibida a reprodução total ou parcial desta obra por qualquer meio eletrônico, mecânico, fotográfico e gravável, sem a permissão expressa da Alta Administração do Hospital das Clínicas da UFMG (Lei Nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998).*

se tornar reflexiva. Esse processo de reflexão é crucial e ninguém, senão o próprio indivíduo pode revogar a decisão de morrer.

- Focalizar nos aspectos positivos da pessoa, fazendo-a falar sobre como os problemas anteriores foram resolvidos sem recorrer ao suicídio, tentando fazer a pessoa recuperar a confiança em si mesma, reduzindo a desesperança. REGISTRAR NO PRONTUÁRIO, DESCRIVENDO A EVOLUÇÃO DO COMPORTAMENTO DO PACIENTE
- Disponibilizar número do CVV 188 e permitir que o paciente utilize celular.
- Garantir que o paciente não receba alta hospitalar sem consulta ambulatorial marcada.
- Reforçar a necessidade de acompanhante para a alta hospitalar.

### LEGISLAÇÃO E NORMA

- A partir da constatação de TENTATIVA DE SUICÍDIO, torna-se necessário o preenchimento da Ficha de Notificação Compulsória pelo médico que atendeu à tentativa de suicídio, em até 24 horas<sup>8</sup> (anexo 1: Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada – Portaria GM/MS nº 1271/2014 de 24 de junho de 2014 e SINAN versão 5.0), também disponível em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/ficha\\_notificacao\\_violencia\\_domestica.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/ficha_notificacao_violencia_domestica.pdf)

- Para descrição das razões e comportamento suicida no prontuário, utilizar CID X60-X84 Lesões autoprovocadas intencionalmente.
- LEI Nº 13.189, DE 26 de abril de 2019 institui A Política Nacional de Prevenção de Automutilação e Suicídio; e altera a LEI Nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

[LEI Nº 13.819, DE 26 DE ABRIL DE 2019 - LEI Nº 13.819, DE 26 DE ABRIL DE 2019 - DOU - Imprensa Nacional](#)

### AVALIAÇÃO DO PACIENTE

O comportamento suicida tem uma natureza multidimensional,<sup>9</sup> sendo difícil estimar com precisão o risco de suicídio de um determinado paciente.

A entrevista clínica realizada de forma clara e empática permanece sendo a melhor estratégia para avaliar o risco de comportamentos suicidas, sendo importante o estabelecimento de vínculo baseado em confiança e colaboração para a efetividade dessa avaliação.<sup>10, 12, 13</sup>

Cabe ao profissional de saúde avaliar o risco individual para comportamentos suicidas, embora a capacidade de prever quem cometerá ou não o suicídio seja limitada. Apesar de ninguém ser realmente capaz de prever com exatidão qual paciente irá suicidar, o risco deve ser estimado para que condutas sejam implementadas a fim de tentar evitar um desfecho letal.<sup>14</sup>

*Proibida a reprodução total ou parcial desta obra por qualquer meio eletrônico, mecânico, fotográfico e gravável, sem a permissão expressa da Alta Administração do Hospital das Clínicas da UFMG (Lei Nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998).*

A avaliação do risco de suicídio, diferentemente de uma triagem, é feita por um médico e tem como objetivo estimar o perigo imediato para o paciente e decidir sobre o tratamento.

A intensidade e frequência de pensamentos e planos suicidas, e a habilidade do paciente para controlar impulsos são fundamentais para estimativa da presença de ideação suicida. Além da investigação direta sobre os pensamentos atuais do paciente, é importante também considerar a avaliação da história pregressa, das comorbidades psiquiátricas e clínicas, grau de desesperança e desamparo, tentativas de suicídio prévias, acesso aos métodos, fatores estressores recentes, nível de impulsividade e agitação, bem como a presença de fatores de risco e de proteção.

O profissional de saúde não deve ficar receoso em investigar se um paciente tem risco de suicídio. O processo em etapas tende a ser o mais indicado.<sup>10, 11, 15</sup> O tema deve ser abordado com cautela, de maneira gradual e, à medida que obtiver respostas, deve-se seguir com perguntas mais específicas.

Baseados em manuais, sugerem-se perguntas em blocos, colocadas no quadro 1:

- o primeiro, para todos os pacientes que apresentem fatores de risco, transtorno mental ou comportamento suicida.
- O segundo, apenas para aqueles indivíduos que responderam às perguntas iniciais que sugerem, pelas respostas, um risco de suicídio.
- O quadro 2 traz o terceiro bloco, que apresenta informações importantes a serem investigadas pela equipe.

**Quadro 1 – perguntas a serem realizadas para avaliação de todos os pacientes internados que apresentarem fatores de risco para suicídio e/ou algum transtorno mental e/ou comportamento suicida:**

<b>1º Bloco</b> de perguntas: para todos os pacientes com fatores de risco e/ou transtorno mental e/ou comportamento suicida
1. Você tem planos para o futuro? <i>A resposta do paciente com risco de suicídio é não.</i>
2. A vida vale a pena ser vivida? <i>A resposta do paciente com risco de suicídio novamente é não.</i>
3. Se a morte viesse, ela seria bem-vinda? <i>Desta vez a resposta será sim para aqueles que querem morrer.</i>

<b>2º Bloco:</b> se as respostas iniciais sugerem um risco de suicídio:
4. Você tem pensado em se machucar / se ferir / fazer mal a você / em se matar?
5. Se sim, estes pensamentos ocorrem de forma isolada, em momentos específicos ou são persistentes?
6. Você tem algum plano específico para morrer / se matar?
7. Você tem acesso fácil a estes meios para se matar?
8. Você fez alguma tentativa de suicídio recentemente?
9. Você acredita ser capaz de controlar o impulso suicida?
10. Você decidiu quando planeja acabar com sua vida?
11. Se for difícil de controlar o impulso suicida, você seria capaz de solicitar ajuda (familiar ou equipe)?
12. Há algo ou alguém que o ajuda a controlar estas ideias e impulsos?

### Quadro 2: orientações para complementar a avaliação de risco iminente de suicídio:

<b>3º Bloco:</b> o processo não termina com a confirmação das ideias suicidas e intenção suicida. Ela deve prosseguir na avaliação da possibilidade real de suicídio. Essa investigação é feita de forma mais detalhada pela equipe da Psiquiatria, mas as informações abaixo são importantes para que sejam tomadas medidas imediatas de proteção à vida do paciente.
Há meios acessíveis para cometer suicídio (Armas, pavimento alto*, medicamentos ou venenos)?
Qual a letalidade do plano e a concepção da letalidade pelo paciente? Qual a probabilidade de resgate / como foi o resgate?
Alguma preparação foi feita (Carta, testamento ou acúmulo de comprimidos)?
Quão próximo o paciente esteve de completar o suicídio? O paciente praticou anteriormente o ato suicida ou já tentou?
O paciente tem habilidade de controlar seus impulsos? Foi impulsivo ou planejado?
Há fatores estressantes recentes que tenham piorado as habilidades de lidar com as dificuldades ou de participar no plano de tratamento?
Há fatores protetores? Quais os motivos para o paciente se manter vivo? Qual a visão do paciente sobre o futuro?

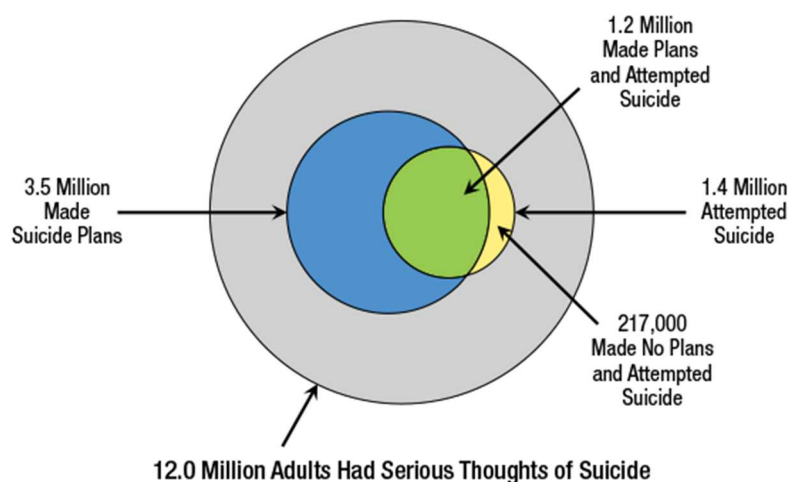
\* Chamamos a atenção para PAVIMENTO ALTO. Atualmente, os leitos em quartos com grades nas janelas, reservados para pacientes de risco para suicídio, se situam no 8º andar do HC. Não sendo possível manter esses pacientes em andar baixo, mais próximo ao atendimento de emergência, como nos leitos da UDC, deve-se reforçar as medidas de permanência dos pacientes no leito, sem trânsito pelo andar.

## ALTA HOSPITALAR

Esforços adicionais de prevenção ao suicídio devem ser instituídos para reduzir riscos imediatamente após a alta hospitalar. Consultas de avaliação e acompanhamento psiquiátrico devem ser marcados até 72 horas após a alta e mantidos no mínimo até 12 semanas após internação psiquiátrica, especialmente em pacientes com história de dependência química.

Entre adultos com 18 anos ou mais em 2019, nos Estados Unidos, 4,8% pensaram seriamente em se matar; 1,4% fizeram um plano de suicídio; 0,6% fizeram uma tentativa de suicídio não fatal; 0,1% tentaram suicídio sem um plano<sup>22</sup>.

Figura 1 – Adultos (≥ 18 anos) com graves pensamentos de suicídio, planos, ou tentativas de suicídio em 2019, nos EUA (população de 328,3 milhões): <sup>22</sup>



[D](#)

## SEGUIMENTO PÓS-ALTA E TRANSFERÊNCIA DO PACIENTE EM RISCO DE SUICÍDIO

- Pacientes com médio ou alto risco de suicídio não devem receber alta do hospital antes de serem avaliados pela Psiquiatria.
- O paciente de risco de suicídio baixo pode ser liberado antes da avaliação especializada, mas sugere-se que todos os pacientes com algum risco de suicídio sejam avaliados pela Psiquiatria, devido ao fato de ser comum o evento após alta.
- Esses pacientes somente devem receber alta com consulta agendada para atendimento psiquiátrico na rede (Centros de Referência em Saúde Mental – CERSAM, Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, ou Estratégia de Saúde da Família – ESF).

*Proibida a reprodução total ou parcial desta obra por qualquer meio eletrônico, mecânico, fotográfico e gravável, sem a permissão expressa da Alta Administração do Hospital das Clínicas da UFMG (Lei Nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998).*

- O plano de seguimento pós-alta deve ser estabelecido pela equipe de Psiquiatria do hospital.
- No caso de crise, a Psiquiatria deve ser acionada e, junto à equipe assistencial, avaliar a transferência para CAPS ou CERSAM ou, para internação, Hospitais de Urgência e Emergência Psiquiátrica (hospitais da rede FHEMIG ou Hospital Municipal Dr. Célio de Castro, onde há 10 leitos clínicos disponíveis para pacientes psiquiátricos).

A rede de atenção preferencial para o encaminhamento de pacientes é a rede DO MUNICÍPIO EM QUE O PACIENTE RESIDE. Entretanto, caso o paciente não seja da região metropolitana de Belo Horizonte e o transporte ao município de origem não esteja disponível ou seja inviável, a rede FHEMIG será um ponto importante para o seu cuidado, quando o paciente estiver em crise e necessitar de tratamento intensivo em saúde mental.

Os fluxos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) dos municípios, em geral, funcionam de forma articulada com da Rede de Atenção à Saúde. Em Belo Horizonte, os pacientes deverão ser encaminhados para serviços de urgência de acordo com o local de residência/regional/distrito sanitário (lista de endereços e contatos no Anexo 2).

Sendo assim, apesar de o HC estar geograficamente mais perto do CERSAM Leste e do Instituto Raul Soares, da FHEMIG, no caso de um paciente residente em Venda Nova, por exemplo, necessitar de cuidados intensivos em saúde mental, o profissional de saúde do HC deverá entrar em contato com a equipe do CERSAM Venda Nova.

### REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A RAPS, definida pela Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, e atualizada pela Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, é dividida nos níveis primário, secundário e terciário.

O **nível primário** é composto principalmente pelas Unidades Básicas de Saúde, nas quais as equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), apoiadas pelo Núcleo de Saúde da Família (NASF) ou pela equipe de saúde mental da Prefeitura de Belo Horizonte (PBH), realizam intervenções de promoção à saúde, prevenção e tratamento de transtornos mentais.

As equipes de saúde mental da PBH são compostas por assistente social, psicólogo e psiquiatra, que fornecem apoio a ESF através do matriciamento e de atendimento direto ao paciente. O matriciamento é uma estratégia de cuidado compartilhado, na qual ocorrem reuniões mensais entre as equipes da ESF e da Saúde Mental. Nessas reuniões são compartilhados os cuidados dos casos, discutindo diagnósticos e intervenções psicológicas ou medicamentosas a serem implementadas pela equipe da ESF.

Na **atenção secundária**, há serviços como de Assistência Multidisciplinar de Média Complexidade em Saúde Mental (ambulatórios de Saúde Mental), os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Serviços de Urgência e Emergência, como os CAPS, hospitais psiquiátricos e Unidades de Pronto-Atendimento

(UPAs). Estes serviços são destinados ao atendimento de pessoas com transtornos mentais moderados a graves ou que apresentam crise.

Os ambulatórios especializados na RMBH são do HC, no Instituto Raul Soares e do Hospital Odilon Behrens, sendo que são utilizados critérios de inclusão para priorizar pacientes com condições mais graves, por idade ou condição clínica.

Em relação à crise, os serviços de urgência – Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Hospitais Psiquiátricos e UPAs – são a porta de entrada na RAPS.

Os CAPS são divididos em três modalidades: CAPS Adulto, CAPS AD e CAPSi.

O **CAPS Adulto** é composto por equipe multiprofissional e em muitas equipes conta com psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, técnicos de enfermagem, além de outros profissionais da saúde e oficineiros (artesãos e músicos, entre outros).

Em Belo Horizonte e em Betim, os CAPS são denominados como Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM). Os atendimentos podem ser ambulatoriais individuais ou em grupo, em modalidades não intensiva e intensiva.

Na modalidade intensiva, o tratamento é realizado através de “permanência dia”, no qual, ao término do período da tarde, o paciente retorna para casa. Nos pacientes com risco alto ou suporte familiar e social baixo, pode ser necessária a “permanência noturna”, na qual o cuidado do paciente segue por 24h/dia, até sua melhora. Apenas CAPS III apresentam estrutura para a permanência noturna.

Os **CAPS-AD** são destinados ao atendimento de pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias. Dessa forma, se a tentativa de suicídio estiver relacionada, por exemplo, a um transtorno por uso de álcool, o encaminhamento a um CAPS-AD deverá ser considerado. Assim, o encaminhamento de uma pessoa com risco de suicídio deverá ser considerado de acordo com o seu transtorno mental de base: se relacionado ao uso de substâncias ou não.

Em municípios onde não há CAPS-AD, o CAPS Adulto acolhe as pessoas com os demais transtornos mentais e relacionado ao uso de álcool e drogas.

Os **CAPSi** são a referência para crianças e adolescentes que necessitem de cuidado intensivo em saúde mental. O Centro Psíquico da Infância e adolescência (CEPAI) é um hospital da FHEMIG que integra a RAPS de Belo Horizonte. Urgências em saúde mental da infância e adolescência, em Belo Horizonte, deverão ser encaminhados aos CERSAMi ou ao CEPAL de acordo com o local de residência.

Quanto ao horário de funcionamento dos CAPS, é importante notar que cidades como Betim e Contagem contam com unidades 24 h/dia e 7 dias/semana. Os CERSAM de Belo Horizonte, apesar de funcionarem 24h/dia, não acolhem pacientes externos de 19h00 a 07h00. Nesse período, o Serviço de Urgência Psiquiátrica (SUP) deverá ser contactado para o encaminhamento. O SUP funciona das 19h00 às 07h00, 7 dias/semana.

Por fim, aos finais de semana, na RAPS de Belo Horizonte, há um revezamento entre os CERSAMs para o acolhimento de pacientes que já não estejam no local. Ou seja, uma ou duas unidades ficam abertas para o acolhimento das urgências. Nesses casos, deve-se entrar em contato com o CERSAM de referência do paciente e avaliar o local para encaminhamento.

No nível terciário, os hospitais gerais e hospitais psiquiátricos são fontes de cuidado para pessoas com transtornos mentais de diversas gravidades. Alguns hospitais gerais apresentam leitos de clínica médica destinado a pessoas com transtornos mentais. O Hospital Municipal Dr. Célio de Castro destina 10 leitos clínicos para pacientes psiquiátricos.

Os hospitais psiquiátricos da rede FHEMIG em Belo Horizonte (Instituto Raul Soares e CEPAI) fazem a avaliação e recebem a transferência de pacientes em caráter de urgência, funcionando 24h/dia e 7dias/semana. Entretanto, para pacientes de cidades da região metropolitana que contam com rede própria, como Belo Horizonte, Betim e Contagem, o contato com o SUP ou com os CAPSIII municipais deve ser realizado primeiro. O Anexo 2 mostra os contatos da RAPS na RMBH.

### CRITÉRIO DE SAÍDA DO PROTOCOLO

- Alta hospitalar com referência ambulatorial assegurada e acompanhamento por familiar ou responsável próximo.
- Transferência referenciada para unidade integrante da RAPS.

## MONITORAMENTO

- 1) Entre os pacientes que tiveram solicitação de avaliação pela Psiquiatria por suspeita de risco de suicídio, por período:

Número pacientes em que houve  
tentativa de suicídio

÷

Número total de pacientes que tiveram essa  
solicitação

- 2) Para pacientes que não tiveram risco de suicídio identificado, por período:

Número de tentativas de suicídio em  
pacientes que não tiveram risco  
identificado

÷

Número total de tentativas de suicídio

- 3) Número total de suicídios entre pacientes no HC, no período de avaliação.

## CONFLITOS DE INTERESSE

Os participantes declaram não haver conflito de interesse.

## REFERÊNCIAS

1. Cheng, I.C., F.C. Hu, and M.C.M. Tseng, Inpatient suicide in a general hospital. Gen Hosp Psychiatry, 2009. 31: p. 110-115.
2. Shapiro, S. and H. Waltzer, Successful suicides and serious attempts in a general hospital over a 15-year period. Gen Hosp Psychiatry 1980. 2: p. 118-26.
3. Dong, J.Y.S., T.P. Ho, and C.K. Kan, A case-control study of 92 cases of inpatient suicides. J Affect Disord, 2005. 87: p. 91-9.
4. Conwell, Y., K.V. Orden, and E.D. Caine. Suicide in Older Adults. Psychiatr Clin North Am, 2011. 34(2): p. 451-468.
5. Botega, N.J., C.B. Rapeli, and C.F.S. Cais, Comportamento suicida, in Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência N.J. Botega, Editor. 2012, Artmed: Porto Alegre.
6. The Joint Commission, Detecting and treating suicide ideation in all settings. Sentinel Event Alert, 2016(56).

7. Bernert, R.A., M.A. Hom, and L.W. Roberts, A review of multidisciplinary clinical practice guidelines in suicide prevention: toward an emerging standard in suicide risk assessment and management, training and practice. *Acad Psychiatry*, 2014 Oct;38(5): p. 585-92.
8. Brasil and Ministério da Saúde, Notificação de Violência Interpessoal/ Autoprovocada – Portaria GM/MS nº 1271/2014 e SINAN versão 5.0. 2014, DOU.: Brasília.
9. Turecki, G. and D. Brent, Suicide and suicidal behaviour. *Lancet*, 2016. 387: p. 1227- 39.
10. APA, Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors. 2010, American Psychiatric Publishing: Washington.
11. WHO and Department of Mental Health, PREVENTING SUICIDE A RESOURCE FOR GENERAL PHYSICIANS. *Mental and Behavioural Disorders*. 2000, World Health Organization: Geneva.
12. Links, P.S. and B. Hoffman, Preventing Suicidal Behaviour in a General Hospital Psychiatric Service: Priorities for Programming. *Can J Psychiatry*, 2005. 50(8): p. 490-496.
13. Quinlivan, L., et al., Predictive accuracy of risk scales following self-harm: multicentre, prospective cohort study. *Br J Psychiatry*, 2017. 210(6): p. 429-436.
14. Aaron, A.L.P., Reducing inpatient suicide rates: The success of a suicide management programme in a general hospital. *Gen Hosp Psychiatry*, 2018(Article in press).
15. D’Oliveira, C.F. and N. Botega, Prevenção do Suicídio: Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. *Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio Ministério da Saúde – Brasil, Organização Pan-Americana da Saúde, Universidade Estadual de Campinas*. 2006, Brasília, DF.: Brasil, Ministério da Saúde.
16. Bertolote, J.M. and A. Fleischmann, Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. *World Psychiatry*, 2002. 1(3): p. 181-5.
17. Ballard, E.D., et al. Suicide in the Medical Setting. *Jt Comm J Qual Patient Saf*, 2008. 34(8): p. 474-481.
18. Botega, N.J., et al., Depression, alcohol use disorders and nicotine dependence among patients at a general hospital. *Rev Bras Psiquiatr*, 2010. 32: p. 250-6.
19. Rockett, I.R.H., et al. Suicide associated comorbidity among US males and females: a multiple cause of death analysis. *Inj Prev*, 2007 13(5): p. 311-315.
20. Sakinofsku, I., Preventing Suicide Among Inpatients. *Can J Psychiatry*, 2014. 59(3): p. 131-140.

21. Williams SC, Schmaltz SP, Castro GM, Baker DW. Incidence and Method of Suicide in Hospitals in the United States. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2018 Nov;44(11):643-650. doi: 10.1016/j.jcjq.2018.08.002. Epub 2018 Sep 3. PMID: 30190221.

22. Substance abuse and Mental Health Services Administration. (2020). Key substance use and mental health indicators in the United States: Results from the 2019 National Survey on Drug Use and Health (HHS Publication No. PEP20-07-01-001, NSDUH Series H-55). Rockville, MD: Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Disponível em <https://www.samhsa.gov/data/>

## HISTÓRICO DAS VERSÕES


### 1ª versão

- **Elaborada** em julho de 2018 por: Ananda Araújo Teixeira, Paulo Henrique Teixeira do Prado, Anna Patrícia dos Santos Cunha, Juliana Lemos Rabelo, Paulo Marcos Brasil Rocha, Izabela Barbosa Guimarães, Luciana Cristina dos Santos Silva, Bernardo de Mattos Viana, Humberto Corrêa da Silva Filho.
- Colocada em consulta pública em outubro de 2018.
- Responsável técnico: Humberto Corrêa da Silva Filho.
- **Aprovada** em novembro de 2018 por: Alexandre Rodrigues Ferreira, gerente de Atenção à Saúde e diretor técnico.

### 2ª versão

- **Elaborada** em janeiro de 2022 por: Erika de Oliveira Neves.
- Colocada em consulta pública em março de 2022.
- **Aprovada** em abril de 2022 por: Alexandre Rodrigues Ferreira, gerente de Atenção à Saúde e diretor técnico.

### ANEXO 1 – Ficha de Notificação

 República Federativa do Brasil Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde		<b>FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL</b> <b>VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS INTERPESSOAIS</b>		Nº	
<b>Definição de caso:</b> Considera-se violência como o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.					
<b>Atenção:</b> Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e autoridades competentes (Delegacias de Proteção da Criança e do Adolescente e Ministério Público da localidade), de acordo com o art. 13 da Lei nº 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente. Esta ficha atende ao Decreto-Lei nº 5.099 de 03/06/2004, que regulamenta a Lei nº 10.778/2003, que institui o serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, e o artigo 19 da Lei nº 10.741/2003 que prevê que os casos de suspeita ou confirmação de maus tratos contra idosos são de notificação obrigatória.					
Dados Gerais	1 Data da Notificação	2 UF	3 Município de Notificação	Código (IBGE)	
	4 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)			Código (CNES)	
	5 Data da Ocorrência do Evento	6 Hora da ocorrência (0 - 24 horas)			
Dados da Pessoa Atendida	7 Nome			8 Data de Nascimento	
	9 Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	10 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado	11 Gestante 1) 1º Trimestre 2) 2º Trimestre 3) 3º Trimestre 4) Idade gestacional Ignorada 5) Não 6) Não se aplica 9) Ignorado		
	12 Cor 1 - Branca 4 - Parda 2 - Preta 5 - Indígena 3 - Amarela 9 - Ignorado	13 Escolaridade 01) Analfabeto 02) 1ª a 4ª série incompleta do EF 03) 4ª série completa do EF 04) 5ª a 8ª série incompleta do EF 05) Ensino fundamental completo	06) Ensino médio incompleto 07) Ensino médio completo 08) Educação superior incompleta 09) Educação superior completa 10) Não se aplica 99) Ignorado		
	14 Ocupação		15 Situação conjugal 1 - Solteiro 3 - Viúvo 5 - Não se aplica 2 - Casado/união consensual 4 - Separado 9 - Ignorado		
	16 Relações sexuais 1 - Só com Homens 3 - Com homens e mulheres 2 - Só com mulheres 4 - Não se aplica 9 - Ignorado		17 Possui algum tipo de deficiência? <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Outras deficiências/ Síndromes <input type="checkbox"/> Mental <input type="checkbox"/> Auditiva		
	18 Número do Cartão SUS		19 Nome da mãe		
	20 UF		21 Município de residência	Código (IBGE)	22 Bairro de residência
	23 Logradouro (rua, avenida,...)		24 Número		
	25 Complemento (apto., casa, ...)		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)
Dados da Ocorrência	31 Local de ocorrência 01 - Residência 04 - Ambiente de trabalho 02 - Habitação coletiva 05 - Escola 03 - Via pública 06 - Creche		07 - Estabelecimento de saúde 08 - Instituição socioeducativa 09 - Instituição de longa permanência 10 - Instituição prisional		11 - Terreno baldio 12 - Bar ou similar 13 - Outros 99 - Ignorado
	32 UF	33 Município de Ocorrência	34 Bairro de ocorrência		
	35 Logradouro de ocorrência (rua, avenida,...)		36 Número	37 Complemento (apto., casa, ...)	
	38 Zona de ocorrência 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		39 Ocorreu outras vezes? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		40 A lesão foi autoprovocada? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
	41 Meio de agressão <input type="checkbox"/> Arma branca 1 - Sim 2 - Não <input type="checkbox"/> Arma de fogo 3 - Não se aplica 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Objeto contundente <input type="checkbox"/> Enforcamento/sufocação <input type="checkbox"/> Força corporal <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Outros		42 Tipo de violências <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Psicológica / Moral <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Patrimonial <input type="checkbox"/> Negligência/ Abandono <input type="checkbox"/> Trabalho infantil <input type="checkbox"/> Outros		
	Violência doméstica, sexual e/ou outras violências interpessoais				

SVS 28/06/2006

<b>Violência Sexual</b>	<b>43</b> Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Atentado violento ao pudor <input type="checkbox"/> Outros _____	<b>44</b> Se ocorreu penetração, qual o tipo? 1- Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Anal <input type="checkbox"/> Vaginal		
<b>Dados do provável autor da agressão</b>	<b>45</b> Número de envolvidos 1 - Um <input type="checkbox"/> 2 - Dois ou mais 9 - Ignorado	<b>46</b> Relação com a pessoa atendida 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Cuidador <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Desconhecido <input type="checkbox"/> Outros _____	<b>47</b> Sexo do provável autor da agressão 1 - Masculino 2 - Feminino 3 - Ambos os sexos 9 - Ignorado	<b>48</b> Supeita de uso de álcool 1- Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não 9- Ignorado
<b>Em casos de violência sexual</b>	<b>49</b> Consequências da ocorrência detectadas no momento da notificação 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> Gravidez <input type="checkbox"/> DST <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Outros _____			
	<b>50</b> Procedimento indicado 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Comunicação de Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei			
<b>Evolução e encaminhamento</b>	<b>51</b> Evolução do Caso 1 - Alta 2 - Encaminhamento ambulatorial 3 - Encaminhamento hospitalar 4 - Evasão / Fuga 5 - Óbito pela agressão 6 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado		<b>52</b> Se óbito pela agressão, data 	
	<b>53</b> Encaminhamento da pessoa atendida para outros setores 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Conselho tutelar (criança/adolescente) <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada da Mulher <input type="checkbox"/> Centro de Referência da Assistência Social/CRAS <input type="checkbox"/> Vara da infância / juventude <input type="checkbox"/> Delegacia de Prot. da Criança e do Adolescente <input type="checkbox"/> Casa de proteção / abrigo <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> Programa Sentinela <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Outros _____			
	<b>54</b> Circunstância da lesão (confirmada) CID 10	<b>55</b> Classificação final 1 - Suspeito 2 - Confirmado 3 - Descartado		
<b>Informações complementares e observações</b>				
<b>TELEFONES ÚTEIS</b>				
<b>Disque-Saúde</b> <b>0800 61 1997</b>	<b>Central de Atendimento à Mulher</b> <b>180</b>	<b>Disque-Denúncia - Exploração sexual a crianças e adolescentes</b> <b>100</b>		
<b>Notificador</b>	Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde/CNES	
	Nome	Função	Assinatura	
Violência doméstica, sexual e/ou outras violências interpessoais			SVS 28/06/2006	

**ANEXO 2 – contatos da Rede Municipal de Atendimento em Saúde Mental de Belo Horizonte**

Regional	Unidade	Endereço	Tel. Gerência	Tel. Recepção	Tel. Plantão	Tel. Setor Administrativo
BARREIRO	CERSAM Barreiro	Rua Desembargador Ribeiro da Luz, 29. Barreiro de Cima	3277-1530	3277-5903	3277-1509	3277-5902
	CERSAM AD Barreiro	Rua Barão de Monte Alto, 211, Cardoso	3277-3632	3277-3630	3277-3631	3277-3632
CENTRO SUL	CERSAMI CS	Rua Padre Marinho, 150, Santa Efigenia	3235-3004	3235-3010 3235-3002	3235-3022 3235-3013 3235-3032	3235-3035 3235-3006 3235-3051
	CERSAM AD CENTRO SUL	Alameda Ezequiel Dias, 365 Centro	3217-9041	3217-9900	3217-9917	3217-3217
LESTE	CERSAM Leste	Rua Periti, 150, Santa Tereza	–	3277-5743	3277-5734	3277-9055
NORDESTE	CERSAM Nordeste	Praça 13 de Maio, s/nº Nova Floresta	3277-9057	3277-6067	3277-6065	3277-9057
	CERSAMI-NE	Praça Muqui, 191 - Renasceça	3246-7564	3246-7566	3246-7565	–
	SUP	Manoel Alexandrino, 541	3277-6654 3277-6719	3277-6654 3277-6719	3277-6654 3277-6719	3277-6654 3277-6719
	CERSAM AD NORDESTE SUP I	Rua Joaquim Gouveia, 600 - São Paulo	3246-7538	3246-7547	3277-6713	3246-7539
NOROESTE	CERSAM Noroeste	Rua Camarugi, 10 - Padre Eustaquio	3277-7115	3277-7216	3277-7216	3277-7115
	CERSAMI-NO	Rua Manhumirim, 415 - Padre Eustaquio	–	3277-7227	3277-9279	–
NORTE	CERSAM Norte	Rua Parnaíba, 568, Minaslândia	3246-9562	3246-9564	3246-9563	3246-9562
OESTE	CERSAM Oeste	Rua Oscar Trompowsky 1325, Grajaú	3277-6599	3277-9601	3277-6488	3277-6599
PAMPULHA	CERSAM Pampulha	Rua do Mel, 77 - B. Santa Branca	3277-7918	3277-7934	3277-7962	3277-7918
	CERSAM AD Pampulha Noroeste SUP II	AV. João XXIII 1253, Manacas	3277-8301	3277-8368	3277-8361	3277-8301
VENDA NOVA	CERSAM Venda Nova	Rua Boa Vista 228, São João Batista	3277-5432	3277-5434	3277-5470	3277-5432
	CERSAM AD Venda Nova	Av. B, 255 - São João Batista	3277-1573	3277-1574	3277-1575	–
Gerência de referência em Saúde Mental da Prefeitura de Belo Horizonte: <a href="mailto:gksam@pbh.gov.br">Saúde Mental   Prefeitura de Belo Horizonte (pbh.gov.br)</a> <a href="mailto:gksam@pbh.gov.br">gksam@pbh.gov.br</a>				Regulação de leitos clínicos para Saúde Mental: 3277 7793 / 3277 7825		