hcor

ASSOCIAÇÃO
BENEFICENTE SÍRIA

Protocolo de Avaliação e **Cuidado para o Suicídio**

1. Objetivo

O presente protocolo tem como objetivo descrever as ações a serem tomadas pela equipe multiprofissional na abordagem ao paciente que apresente comportamento suicida seja na admissão ou ao longo da internação.

QPS-7 O hospital utiliza um processo definido para identificar e gerenciar eventos sentinela. Neste caso, o suicídio é considerado um evento sentinela e as ações estão abaixo relacionadas.

2. Definições/ Nomenclatura

O **comportamento suicida** é uma definição abrangente que inclui, além do suicídio em si, os pensamentos, planos e tentativas de suicídio. É um fenômeno presente ao longo de toda a história da humanidade e em todas as culturas. Resulta de interação de fatores psicológicos, biológicos, genéticos, culturais e socioambientais.

O **suicídio** pode ser definido como um ato deliberado executado pelo próprio individuo, cuja intenção seja a morte, de forma consciente e intencional, ainda que ambivalente. É o desfecho de uma série de fatores que se acumulam na história do indivíduo.

A **tentativa de suicídio** é definida como uma conduta que não tem um desenlace fatal e inclui qualquer dano autoinflingido, executado deliberadamente, com intenção de morte.

O **planejamento suicida** consiste na elaboração de uma estratégia de ação, seleção de métodos, locais e momento para que o indivíduo leve a cabo suas intenções suicidas.

A **ideação suicida** consiste em pensamentos de cunho suicida e no desejo de morrer, sem passar ao plano da ação motora. As ideações são mais prevalentes do que as tentativas e essas, por sua vez, mais prevalentes que o ato suicida fatal. Em relação à ideação suicida, podemos classificá-la como sendo:

1. Ideação de Risco Baixo: a pessoa pensa de forma vaga, não tem planos de se matar;
2. Ideação de Risco Médio: a pessoa pensa e tem planos suicidas, mas não pretende cometer suicídio imediatamente;
3. Ideação de Risco Grave: a pessoa tem plano definido, tem meios para fazê-lo e planeja fazê-lo prontamente, e/ou tentou suicídio recentemente, e/ou tentou várias vezes em um curto espaço de tempo.

Comportamento Suicida no Hospital Geral

2.1 – Suicídio durante uma internação hospitalar:

A associação de condições clínicas graves (doenças crônicas, terminais dolorosas e/ou incapacitantes) e quadros psiquiátricos foi observada na maioria dos pacientes que cometeram suicídio durante uma internação hospitalar. Os principais métodos usados são a precipitação de altura, o enforcamento, e a ingestão de excesso de medicamentos.

As principais condições psiquiátricas observadas neste grupo foram:

- Depressão
- Agitação psicomotora, sendo esta frequentemente associada a quadros de *delirium* (transtorno mental orgânico)
- Abuso de substâncias psicoativas
- Histórico de tentativas prévias de suicídio

2.2 – Tentativa de suicídio:

Entre os pacientes atendidos no hospital geral por tentativa de suicídio, é frequente observarmos:

- História recente de perda (perda real, imaginada ou temida)
- **Intencionalidade suicida baixa na maioria dos casos:** apenas ¼ dos pacientes admite que desejava morrer
- Os métodos mais frequentes são a ingestão excessiva de medicamentos, ingestão de venenos e agrotóxicos, cortes e perfurações.

3. Protocolo

3.1 – Paciente que dá entrada no Pronto Socorro após tentativa de suicídio:

- Todo paciente atendido no HCor por uma tentativa de suicídio deve ser avaliado pelo psiquiatra. O **médico plantonista** do pronto-Socorro é o responsável pela solicitação da avaliação psiquiátrica.
- Caso a tentativa de suicídio tenha ocorrido por intoxicação exógena, o médico plantonista do Pronto Socorro busca identificar a substância em questão, e em seguida, deve entrar em contato com o Centro de Atendimento Toxicológico (CEATOX). O CEATOX fornece orientações específicas de manejo de acordo com o tipo de substância usada pelo paciente. Informações sobre o uso de antídotos também podem ser encontradas no site: http://ceatox.org.br. Contato pelo telefone 0800-0148110.
- De acordo com a avaliação clínica, o médico plantonista indicará a internação no HCor para os pacientes que apresentem alguma condição clínica subjacente à tentativa de suicídio (seja decorrente da tentativa ou não) que necessite de acompanhamento clínico sob regime de internação hospitalar. Nestes casos, o médico do P.S. solicita a internação e deve notificar o SCIH para que o mesmo realize a notificação compulsória aos órgãos competentes. O paciente deverá continuar acompanhado pelo psiquiatra após a internação, no caso do mesmo/família aceitar e no momento da alta clínica, o psiquiatra também deverá dar o encaminhamento adequado para o caso: internação psiquiátrica ou acompanhamento psiquiátrico ambulatorial.

- Nos casos em que houver indicação de internação no HCor, a equipe de psicologia deverá ser acionada pela enfermagem do andar que receber o paciente.
- Os pacientes que não tenham indicação clínica para internação no HCor, receberão alta clínica e o encaminhamento psiquiátrico é determinado pelo psiquiatra que avaliou o caso (ou para uma internação ou para casa e acompanhamento ambulatorial).
- O encaminhamento psiquiátrico adequado do paciente leva em consideração a avaliação psiquiátrica e o risco de nova tentativa de suicídio, além do suporte familiar e social do paciente. Este encaminhamento poderá ser:
    - Transferência do paciente para uma instituição de internação psiquiátrica, com anuência da família e/ou do paciente;
    - Transferência do paciente para uma instituição de internação psiquiátrica com pedido de internação involuntária em virtude de grave risco de suicídio, discordância do paciente sobre a internação e ausência de familiar que se responsabilize pela internação do mesmo.
    - Alta psiquiátrica para a residência com indicação de seguimento ambulatorial e orientações a familiares e pacientes.

Observações:

1. Em todos os casos descritos, as razões que pautaram o encaminhamento psiquiátrico deverão estar descritas no prontuário do paciente.
2. Para a descrição das razões deve-se utilizar o CID 10, onsiderando os capítulos do CID X60-X84 - Lesões autoprovocadas intencionalmente.
3. As condutas devem ser partilhadas entre as equipes médicas e ter a ciência e anuência do médico responsável pelo paciente.
4. Notificar SCIH somente se o paciente ficar internado no HCor. Caso este evento ocorra em finais de semana, notificar SCIH pela caixa postal 1133 para ciência da secretária

3.2 – Paciente INTERNADO que comete tentativa de suicídio: chamar o psiquiatra independente do médico assistente ou de referencia autorizar, orientação institucional.

Sendo identificada a tentativa de suicídio pela equipe multiprofissional o enfermeiro deve acionar avaliação do Serviço de Psicologia.

- A avaliação psiquiátrica deve ser solicitada pela psicologia para o paciente e acionada pelo enfermeiro da unidade. Ao médico do paciente deve ser comunicada esta avaliação reforçando ser esta uma conduta institucional.
- O psiquiatra realiza a avaliação do paciente e orienta as estratégias terapêuticas adequadas.
- O enfermeiro da unidade onde o paciente se encontra deverá acionar o SCIH para que o mesmo realize a notificação compulsória aos órgãos competentes.

3.3 - Paciente que apresente ideação suicida:

A presença de ideação suicida entre pacientes hospitalizados é um indicador sensível de transtornos mentais e, uma vez identificada, deve ser avaliada de forma cuidadosa para que o paciente possa receber os cuidados adequados. A equipe multiprofissional deve estar atenta a falas do paciente e de familiares que possam indicar a presença de ideação suicida, e na ocorrência destas, procurar abordar o tema de forma empática e objetiva, sem medo de conversar com o paciente sobre o assunto.

Ao identificar a presença de ideação suicida, a equipe multiprofissional deverá acionar o Serviço de Psicologia. Após avaliação da Psicologia, a mesma verificará a necessidade de avaliação psiquiátrica e fará a solicitação se identificar a mesma como necessária (o médico do paciente deve ser comunicado da necessidade). Esta é uma decisão institucional. Caso não seja necessário chamar o psiquiatra no momento o Serviço de Psicologia dará continuidade ao atendimento.

Em todos os casos: (condutas necessárias – ter um local apropriado e seguro para o paciente)

1. O paciente obrigatoriamente deverá ficar acompanhado por um familiar ou pessoa na qual confie, enquanto isso não for possível é necessário que os profissionais se organizem para uma observação mais atenta de tais pacientes.
2. A enfermagem deve acionar o Serviço de Nutrição para cuidados necessários com materiais que possam oferecer perigo.
3. A enfermagem deve acionar o Serviço de Segurança do hospital caso haja risco eminente de fuga do paciente e/ou risco de hetero/autoagressão. Nestes casos, a Segurança deve ficar próxima ao posto de enfermagem para ser acionada rapidamente, caso necessário. Ainda o paciente deve ser sedado, em casos extremos (após avaliação médica) e contido no leito, a critério médico, podendo então a Segurança ser dispensada se for o caso.
4. O Serviço de Psicologia e a Psiquiatria seguirão oferecendo assistência ao paciente e seus familiares durante a permanência no hospital, fazendo as orientações e encaminhamentos necessários após a alta hospitalar.
5. O Serviço Social poderá ser acionado, conforme ROT0515, quando a equipe multiprofissional identificar se tratar de situação de vulnerabilidade social e familiar do paciente.
6. Após 15 dias, o psicólogo deverá fazer contato telefônico com paciente e/ou familiar para *feedback* e verificação da necessidade de reorientação

3.4 - Principais Fatores de Risco de Suicídio

Conhecer os fatores que aumentam o risco de suicídio do paciente é importante e ajuda a equipe multiprofissional a estar atenta aos casos com maior risco. Abaixo, seguem os fatores de risco mais significativos:

1. Tentativa prévia de suicídio – é o mais importante dos fatores preditivos isolados. Pacientes que já tentaram suicídio tem 5 a 6 vezes mais chance de tentar novamente. Dos pacientes que se suicidaram 50% já haviam tentado previamente.
2. Doença Mental – a maioria dos transtornos mentais são não diagnosticados ou tratados adequadamente (depressão, transtorno bipolar, alcoolismo,

abuso ou dependência de substancias, transtornos de personalidade, esquizofrenia).

3. Sentimentos de desesperança, desespero, desamparo e impulsividade.
4. Idade – tem sido mais comum em jovens e idosos.
5. Gênero – óbitos por suicídio são cerca de 3 vezes mais elevados em homens que em mulheres; as tentativas são 3 vezes mais frequentes em mulheres.
6. Doenças clínicas não psiquiátricas – taxas maiores de suicídio em pacientes com câncer, HIV, doenças neurológicas, cardiovasculares, pulmonares, reumatológicas. Pacientes com doenças clínicas crônicas apresentam comorbidades com transtornos psiquiátricos com taxas de 52 a 88%.
7. Eventos Adversos na Infância e Adolescência – maus tratos, abuso, pais divorciados, transtorno psiquiátrico na família, entre outros.
8. História Familiar e Genética – risco aumenta entre aqueles com história familiar de suicídio.
9. Fatores sociais – quanto menos laços sociais tem o indivíduo, maior o risco de suicídio.

3.5 - Sugestões de roteiros de entrevista (pode ser utilizado por qualquer profissional da saúde)

Roteiro de Entrevista/triagem

- Que problemas você tem enfrentado ultimamente?
- Sente que sua vida perdeu o sentido?
- Pensa que seria melhor morrer?
- Pensou em pôr fim à sua própria vida?
- Pensou em como se mataria?
- Já tentou se matar ou fez algum preparativo?
- Tem esperança de ser ajudado?

4. Legislação e Normas

Portaria no 1.271, 24 de junho de 2014. Define a lista nacional de notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Diário Oficial da União; jun. 2014.9(108): seção I, p.67.

7 - LEI Nº 13.819, DE 26 DE ABRIL DE 2019 Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; e altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.(http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Lei/L13819.htm)

5. Referências Bibliográficas

1 – CFM/ ABP. Suicídio: informando para prevenir / Associação Brasileira de Psiquiatria, Comissão de Estudos e Prevenção de Suicídio – Brasília: CFM/ABP, 2014.

2 – Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 1.271, 24 de junho de 2014. Define a lista nacional de notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Diário Oficial da União; jun. 2014.9(108): seção I, p.67.

3 – WHO. Preventing suicide: a global imperative. World Health Organization Geneva: WHO; 2014. Disponível em: http://www.who.int/entity/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/index.html.

4 – Diehl A, Laranjeira R. Suicide attempts and substance use in an emergency room sample. J Bras Psiquiatr 2009; 58(2):86-91.

5 – Schmitt R, Quevedo J, Kapczinski F. Risco de suicídio. In: Quevedo J, Schmitt R, Kapczinski F, editores. Emergências Psiquiátricas. Porto Alegre: Artmed; 2008. P. 181-96.

6 – American Psychiatric Association. Diretrizes para avaliação e tratamento de pacientes com comportamento suicida. In: American Psychiatric Association, editor. Diretrizes para o tratamento de transtornos psiquiátricos. Porto Alegre: Artmed; 2006.

Responsável Técnico
Dr. Gabriel Dalla Costa - CRM 204962

Organization Accredited
by Joint Commission International

hcor
ASSOCIAÇÃO
BENEFICENTE SÍRIA

V.2112

Hcor Complexo Hospitalar / Medicina Diagnóstica – Rua Desembargador Eliseu Guilherme, 147 – São Paulo – SP
Hcor – Edifício Dr. Adib Jatene: Rua Desembargador Eliseu Guilherme, 130 – São Paulo – SP
Hcor Medicina Diagnóstica – Unidade Cidade Jardim: Av. Cidade Jardim, 350 – 2º andar – São Paulo – SP
Hcor Onco – Clínica de Radioterapia: Rua Tomás Carvalhal, 172 – São Paulo – SP
Hcor – Consultórios: Rua Abílio Soares, 250 – São Paulo – SP

Tels.: Geral: (11) 3053-6611 – Central de Agendamento: (11) 3889-3939 – Pronto-Socorro: (11) 3889-9944
hcor.com.br