



RioSaúde

PROTOCOLO DE SEGURANÇA

**TENTATIVA DE
AUTOEXTERMÍNIO NA
EMERGÊNCIA**

RIO DE JANEIRO, 2026

Nº DOCUMENTO	DATA	REVISÃO	PÁGINAS
PTS.DEA.013	07/2026	07/2028	2/31

TENTATIVA DE AUTOEXTERMÍNIO NA EMERGÊNCIA

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO
2. OBJETIVO
3. ABRANGÊNCIA
4. DEFINIÇÕES E SIGLAS
5. RESPONSABILIDADES
6. DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO
 - 6.1. Admissão de pacientes com tentativa de autoextermínio
 - 6.2. Avaliação do risco de suicídio
 - 6.3. Aplicação do rastreio
 - 6.4. Estratificação
 - 6.5. Orientações para tomada de decisão quanto a internação (para casos em CERs)
 - 6.6. Orientações voltadas para a Segurança do Paciente
 - 6.7. Orientações a equipe multiprofissional relacionadas à Comunicação Assistencial
 - 6.8. Manejo da agitação psicomotora:
 - 6.9. Registros
 - 6.10. Condutas inaceitáveis
7. FORMULÁRIOS E/OU DOCUMENTOS RELACIONADOS
8. REFERÊNCIAS
9. TRATAMENTO DA DOCUMENTAÇÃO

RESUMO DE REVISÕES		
MÊS/ANO	DESCRIÇÃO	PRÓXIMA REVISÃO
07/2026	Emissão Inicial	07/2028
00	Versão	

APROVAÇÕES				
ELABORAÇÃO	CHEFIA	COMISSÃO PERMANENTE DE AVALIAÇÃO DE DOCUMENTOS	NÚCLEO DE QUALIDADE	DIRETORIA
Guaraciny Assis	Bruno Sabino	Guilherme Santana	Cristiane Pacheco	Bruno Sabino

TENTATIVA DE AUTOEXTERMÍNIO NA EMERGÊNCIA

10. MODIFICAÇÕES EM RELAÇÃO À REVISÃO ANTERIOR

11. ANEXOS

11.1. Anexo I - C-SSRS (Protocolo de Columbia)

11.2. Anexo II - Ficha de notificação individual: SINAN

11.3. Anexo III - Frases de alerta (exemplos)

RESUMO DE REVISÕES

MÊS/ANO	DESCRIÇÃO	PRÓXIMA REVISÃO
07/2026	Emissão Inicial	07/2028
00	Versão	

APROVAÇÕES

ELABORAÇÃO	CHEFIA	COMISSÃO PERMANENTE DE AVALIAÇÃO DE DOCUMENTOS	NÚCLEO DE QUALIDADE	DIRETORIA
Guaraciny Assis	Bruno Sabino	Guilherme Santana	Cristiane Pacheco	Bruno Sabino

PROTOCOLO DE SEGURANÇA

Nº DOCUMENTO	DATA	REVISÃO	PÁGINAS
PTS.DEA.013	07/2026	07/2028	4/31
TENTATIVA DE AUTOEXTERMÍNIO NA EMERGÊNCIA			

1. INTRODUÇÃO

O auto-extermínio é um fenômeno complexo, multifatorial e representa um importante problema de saúde pública, exigindo atuação rápida, segura, acolhedora e integrada das equipes assistenciais. Para a Organização Mundial da Saúde - OMS, o fenômeno não deve ser avaliado de forma isolada, mas sim integrado ao conceito amplo de comportamento suicida. O suicídio é caracterizado por um ato intencional, decidido pelo próprio sujeito, cujo propósito final é a morte (Conselho Federal de Medicina [CFM], 2014). O comportamento suicida inclui o suicídio consumado, a tentativa de auto-extermínio, o planejamento e a ideação suicida (pensamentos e ideias sobre como cometer o autoextermínio).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde - OMS, uma a cada 100 pessoas morre por suicídio no mundo, estimando-se que mais de 700 mil pessoas morrem por suicídio anualmente (Ministério da Saúde [MS], 2021). Os dados recentes não são menores, mais de 720 mil pessoas mortas por suicídio anualmente no mundo. Para as tentativas de suicídio a OMS estima que, para cada indivíduo que perde a vida por auto-extermínio, pelo menos outras 20 pessoas tentam o suicídio.

No Brasil, dados compilados por órgãos de saúde e campanhas de conscientização indicam que ocorrem cerca de 14 mil a 16 mil mortes por suicídio por ano, o que gera uma média preocupante de quase 40 óbitos diários no país. Os dados nacionais, segundo o Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM, identificam o suicídio como a segunda maior causa de óbitos entre adolescentes de 15 a 19 anos e a quarta maior entre jovens de 20 a 29 anos (MS, 2023). O coeficiente de mortalidade, em 2025 segundo o Ministério da Saúde é expressivamente mais alto entre os homens, que respondem por quase 80% das ocorrências, numa taxa aproximada de 12,6 óbitos por 100 mil homens contra 5,4 óbitos por 100 mil mulheres. Vidal et al. (2013) apontam que as mulheres tentam o suicídio com maior frequência, tendo entre os homens o maior número do suicídio consumado, pois usam medidas mais letais, como enforcamento, precipitação de lugares elevados e armas de fogo, enquanto as mulheres tentam por meio de autointoxicação exógena, seja por medicamentos ou substâncias tóxicas.

Fatores socio-econômicos estão entre os multifatores responsáveis pelo auto-extermínio como a desigualdade social extrema, desemprego, pobreza, perdas financeiras graves, discriminação (conflitos de identidade gerando não aceitação, estigma em relação à saúde mental), processos judiciais, crises políticas e econômicas severas, falta de acesso a redes de apoio e serviços de saúde de qualidade. Levantamentos de dados sociais mostram que 73% de todos os suicídios no mundo ocorrem em países de baixa e média renda.

PROTOCOLO DE SEGURANÇA

Nº DOCUMENTO	DATA	REVISÃO	PÁGINAS
PTS.DEA.013	07/2026	07/2028	5/31
TENTATIVA DE AUTOEXTERMÍNIO NA EMERGÊNCIA			

Outros fatores existentes nesse fenômeno são a presença de transtornos psiquiátricos, doenças crônicas incapacitantes, vivência de uma dor psíquica profunda e intolerável como em traumas e abusos (histórico de violência doméstica, abuso físico, psicológico ou sexual e experiências de *bullying* ou *cyberbullying*, rompimentos afetivos abruptos, luto).

Um ponto importante que devemos atentar é possíveis preconceitos da equipe de saúde que, muitas vezes, aborda os pacientes de forma moral a partir de uma visão limitada por seus próprios valores, rotulando-os, sem se preocuparem em realizar abordagens empáticas, uma escuta ampla e acolhedora que construa uma relação de confiança entre o paciente e o profissional de saúde, o que na prática assistencial representa um papel fundamental na adesão do mesmo aos encaminhamentos e na efetividade das intervenções subsequentes, bem como no fortalecimento da crença do paciente no sistema de saúde em promover suporte adequado à sua recuperação emocional e psicológica.

Pacientes com ideação de auto-extermínio, tentativa de suicídio, automutilação ou comportamento autoagressivo demandam identificação precoce, manejo adequado e adoção de medidas de segurança capazes de reduzir riscos e prevenir danos durante o atendimento nas unidades de urgência e emergência.

Diante desse cenário, torna-se fundamental a padronização das condutas assistenciais protocolares voltadas ao reconhecimento, avaliação e encaminhamento seguro desses pacientes, promovendo cuidado humanizado, comunicação efetiva entre as equipes e fortalecimento das práticas relacionadas à segurança do paciente, dentro dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde - SUS (universalidade, equidade e integralidade).

2. OBJETIVO

Orientar as equipes assistenciais na identificação, manejo inicial, segurança e encaminhamento de pacientes com risco de auto-extermínio atendidos nas unidades clínicas emergenciais geridas pela RioSaúde que não possuem internação em psiquiatria (UPAs), bem como orientar o processo de trabalho e contribuir com a organização dos encaminhamentos dos casos presentes nas CERs que necessitem internação e/ou acompanhamento em unidade especializada.

PROTOCOLO DE SEGURANÇA

Nº DOCUMENTO	DATA	REVISÃO	PÁGINAS
PTS.DEA.013	07/2026	07/2028	6/31
TENTATIVA DE AUTOEXTERMÍNIO NA EMERGÊNCIA			

3. ABRANGÊNCIA

Este documento aplica-se às Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e Coordenações de Emergência Regionais (CERs) geridas pela RioSaúde.

4. DEFINIÇÕES E SIGLAS

4.1. Definições

4.1.1. Notificação compulsória

A violência autoprovocada/ tentativa de suicídio é agravo de notificação compulsória imediata devendo ser feita em até 24 horas após o fato e pode ser preenchida por qualquer profissional de saúde (PORTARIA Nº 1.271, DE 6 DE JUNHO DE 2014) que identificou a demanda. A ficha para ser preenchida é do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN (Anexos), sendo a ficha de Agravo Violência interpessoal/autoprovocada. Além das tentativas de suicídio/automutilações suspeitas ou confirmadas identificadas pela equipe assistencial, é importante avaliar a possibilidade de notificar eventos pregressos relacionados com o tratamento atual, registrados pelos profissionais. Caso haja um caso de violência de repetição, preencher a data da última ocorrência. Nos casos de violência autoprovocada na infância e adolescência, deve-se seguir a legislação do ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente) para as demais violências, que determina a comunicação ao Conselho Tutelar em seguida da notificação.

Quando a pessoa teve em seu histórico alguma lesão autoprovocada intencionalmente, a recomendação é de que se registre no prontuário também utilizando o CID: X60-X84, PELO MENOS X84.

NOTIFICAR É UM ATO DE CUIDADO.

4.1.2. Protocolo

O atendimento aos pacientes com tentativa de autoextermínio segue protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde, que incluem assistência médica e estabilização clínica imediata, além de avaliação psicológica, suporte e encaminhamentos adequados. A abordagem é centrada na pessoa e baseada na humanização do atendimento bem como na reintegração social dos indivíduos, o que é essencial para a

PROTOCOLO DE SEGURANÇA			
Nº DOCUMENTO	DATA	REVISÃO	PÁGINAS
PTS.DEA.013	07/2026	07/2028	7/31
TENTATIVA DE AUTOEXTERMÍNIO NA EMERGÊNCIA			

eficácia do tratamento. Além disso, a implementação de abordagens empáticas e multidisciplinares tem se mostrado fundamental para a prevenção de novos episódios de tentativa de suicídio e na melhoria da continuidade do cuidado.

Um dos maiores obstáculos ao rastreio imediato do risco de autoextermínio em saúde pública tem sido a falta de linguagem comum acessível a todos na área de saúde pública. A padronização de um conjunto estruturado de procedimentos para avaliação do risco de suicídio orienta na identificação e manejo das pessoas com comportamento e/ou risco de autoextermínio de forma simplificada e ágil, além de auxiliar na organização da abordagem clínica, na redução de falhas na assistência e na definição do nível de cuidado necessário em serviços de assistência à saúde.

O protocolo para o rastreio imediato do risco de suicídio adotado neste instrumento é o Protocolo de Columbia (C-SSRS). Mais de 600 estudos revisados por pares foram publicados demonstrando sua utilidade em diferentes populações e sua validade. Este utiliza a Escala de Avaliação da Gravidade do Suicídio de Columbia (C-SSRS). O maior impacto do C-SSRS foi introduzir um método de detecção comum e torná-lo acessível a todos na área da saúde pública. Este conjunto estruturado de procedimentos permite que todos, desde profissionais de saúde e pais até professores, utilizem uma lista simples de perguntas para identificar pessoas com comportamento suicida e em risco de autoextermínio.

4.1.3. Termos

Ideação suicida - O processo de pensar, considerar ou planejar o suicídio.

Intenção suicida - A intenção de acabar com a vida por suicídio.

Tentativa de suicídio - Um ato de autoagressão cuja intenção é a morte, que acaba não ocorrendo. Uma tentativa de suicídio pode ou não resultar em lesão.

Tendência suicida - O espectro de possíveis experiências suicidas, incluindo ideação, intenção e tentativa(s).

Sobreviventes de tentativa de suicídio - Pessoas com sua própria experiência pessoal com pensamentos ou tentativa(s) suicidas

Sobreviventes de perda por suicídio ou enlutados por suicídio - Familiares, amigos ou colegas de uma pessoa que morreu por suicídio.

PROTOCOLO DE SEGURANÇA			
Nº DOCUMENTO	DATA	REVISÃO	PÁGINAS
PTS.DEA.013	07/2026	07/2028	8/31
TENTATIVA DE AUTOEXTERMÍNIO NA EMERGÊNCIA			

Morreu por suicídio - Esse é o termo preferido em vez de usar a frase “cometeu suicídio”; outros termos leigos incluem “se matou”, “terminou sua vida”, “tirou sua vida”.

4.2. Siglas

CAPS: Centros de Atenção Psicossocial

CER: Coordenação de Emergência Regional

CID: Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.

C-SSRS: Protocolo de Columbia (*Columbia-Suicide Severity Rating Scale*).

ECA: Estatuto da Criança e do Adolescente

OMS: Organização Mundial da Saúde

RAPS: Rede de Atenção Psicossocial

SINAN: Sistema de Informação de Agravos de Notificação.

SUS: Sistema Único de Saúde

UPA: Unidade de Pronto Atendimento

5. RESPONSABILIDADES

5.1. Coordenação Médica

- Garantir a implantação do protocolo.
- Garantir discussão de casos graves e suporte às equipes assistenciais;
- Assegurar encaminhamento adequado para referência em saúde mental quando indicado.
- Monitorar a adesão da equipe médica ao protocolo.

PROTOCOLO DE SEGURANÇA

Nº DOCUMENTO	DATA	REVISÃO	PÁGINAS
PTS.DEA.013	07/2026	07/2028	9/31
TENTATIVA DE AUTOEXTERMÍNIO NA EMERGÊNCIA			

5.2. Coordenação de Enfermagem

- Capacitar equipe assistencial.
- Garantir aplicação das medidas de segurança.
- Monitorar adesão ao protocolo.
- Supervisionar a adequada vigilância e monitoramento dos pacientes classificados como alto risco.

5.3. Educação Permanente – Diretoria Executiva Assistencial

- Organizar treinamentos iniciais e reciclagens.
- Registrar a participação dos colaboradores.
- Promover atualizações do tema através de palestras, mesas redondas, rodas de conversa e outras atividades pertinentes.

5.4. Equipe Médica

5.4.1. Médico Clínico em UPA

- Manejar os casos de urgência/ emergência;
- Realizar avaliação clínica imediata;
- Definir condutas terapêuticas e medidas de segurança indicadas;
- Prescrever medicações e procedimentos clínicos de forma segura, conforme quadro clínico;
- Ouvir com cautela e compreender o paciente, seu sofrimento e suas angústias;
- Avaliar risco de autoextermínio do paciente com base no protocolo C-SSRS;
- Determinar necessidade de observação, estimar tempo de permanência na unidade e definir tipo de solicitação de transferência para psiquiatria (em vaga zero para pacientes em UPAs e solicitação de internação em leito psiquiátrico/CAPS para os pacientes em CERs);

PROTOCOLO DE SEGURANÇA

Nº DOCUMENTO	DATA	REVISÃO	PÁGINAS
PTS.DEA.013	07/2026	07/2028	10/31
TENTATIVA DE AUTOEXTERMÍNIO NA EMERGÊNCIA			

- Solicitar avaliação multiprofissional, quando indicado;
- Solicitar à equipe multiprofissional contato com o CAPS do território do paciente para avaliação em conjunto e definição de condutas e encaminhamentos (UPAs e CERs);
- Garantir adequado encaminhamento para a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS);
- Registrar avaliação, condutas e plano terapêutico no prontuário;
- Comunicar o risco de suicídio durante a passagem de plantão e entre equipes assistenciais.
- Quando houver tentativa de suicídio, realizar notificação compulsória imediata, através da Ficha de Notificação de Violência Interpessoal.

Quando solicitar Vaga Zero para avaliação pela psiquiatria?

Após alta pela clínica médica (paciente com nível de consciência sem alterações, parâmetros clínicos e laboratoriais dentro da normalidade, sem necessidade de procedimentos ou avaliações por outras especialidades clínicas e/ou cirúrgicas) e garantida a segurança para o paciente (quadro clínico dentro dos padrões de normalidade em 24h pós-intoxicação exógena não complicada):

- Na impossibilidade de realizar avaliação precisa e/ou encaminhamento para acompanhamento ambulatorial satisfatório;
- Pessoa com ideação, planos e acesso aos planos especialmente se for imediato e de modo violento;
- Necessidade de período mais longo e específico de avaliação do paciente;
- Ausência de suporte sócio-afetivo;
- Determinação e/ ou rigidez em realizar os planos;
- Casos graves com família disfuncional ou sem condições de fornecer suporte;
- Pessoa trazida por terceiros que não colabora na avaliação;
- Episódios de inquietação ou agitação psicomotora sem remissão após conduta específica;

Importante acionar um profissional de referência das equipes de Saúde Mental do CAPS do território do paciente para discutir e definir em conjunto a melhor condução do caso.

PROTOCOLO DE SEGURANÇA

Nº DOCUMENTO	DATA	REVISÃO	PÁGINAS
PTS.DEA.013	07/2026	07/2028	11/31
TENTATIVA DE AUTOEXTERMÍNIO NA EMERGÊNCIA			

5.4.2. Médico Psiquiatra nas CERs

- Realizar avaliação clínica e psiquiátrica imediatas dos casos encaminhados;
- Definir condutas terapêuticas e medidas de segurança indicadas;
- Solicitar internação clínica quando indicado;
- Ouvir com cautela e compreender o paciente, seu sofrimento e suas angústias;
- Avaliar, identificar e qualificar/ estratificar o risco de suicídio;
- Elaborar em conjunto e apoiar Projeto Terapêutico Singular para os pacientes;
- Prescrever medicações psiquiátricas e procedimentos de forma segura, conforme quadro clínico;
- Determinar necessidade de observação, estimar tempo de permanência na unidade e definir tipo de solicitação de transferência para psiquiatria;
- Solicitar à equipe multiprofissional contato com o CAPS do território do paciente;
- Discutir casos com as equipes do CAPS de referência do paciente para melhor definição de conduta;
- Solicitar avaliação multiprofissional e parecer clínico geral quando necessário;
- Apoiar as equipes clínicas respondendo parecer técnico solicitado pelas mesmas;
- Manejar com as equipes clínicas, através de interconsultas e pareceres, os casos de tentativa de autoextermínio de pacientes com sofrimento psíquico que ainda necessitem de internação clínica geral;
- Participar dos rounds clínicos da unidade;
- Quando houver tentativa de suicídio, realizar notificação compulsória imediata, através da Ficha de Notificação de Violência Interpessoal.

5.5. Equipe de Enfermagem

- Ouvir com cautela e compreender o paciente, seu sofrimento e suas angústias;
- Identificar sinais e comportamentos sugestivos de risco suicida;
- Garantir passagem de plantão segura com comunicação efetiva do risco;
- Aplicar protocolo institucional e instrumentos de rastreio estabelecidos;
- Implementar e monitorar medidas de segurança ambiental;

PROTOCOLO DE SEGURANÇA

Nº DOCUMENTO	DATA	REVISÃO	PÁGINAS
PTS.DEA.013	07/2026	07/2028	12/31

TENTATIVA DE AUTOEXTERMÍNIO NA EMERGÊNCIA

- Garantir vigilância e supervisão contínua do paciente conforme classificação de risco;
- Realizar comunicação imediata ao enfermeiro e equipe médica diante de alterações clínicas ou comportamentais;
- Prestar assistência de forma acolhedora, ética e livre de julgamentos;
- Orientar acompanhantes quanto às medidas de segurança, quando aplicável;
- Registrar em prontuário observações, intervenções e intercorrências relacionadas ao paciente.
- Quando houver tentativa de suicídio, realizar notificação compulsória imediata, através da Ficha de Notificação de Violência Interpessoal.

5.6. Equipe Multiprofissional/Assistencial

- Identificar precocemente sinais de agravamento do risco suicida;
- Aplicar protocolo institucional;
- Executar medidas de segurança ambiental;
- Realizar comunicação terapêutica adequada;
- Entrar em contato com o CAPS do território do paciente para discussão de casos;
- Acionar equipe médica;
- Garantir passagem de plantão segura com comunicação efetiva do risco;
- Documentar devidamente em prontuário;
- Orientar familiares/acompanhantes quanto às medidas de segurança, quando aplicável.
- Quando houver tentativa de suicídio, realizar notificação compulsória imediata, através da Ficha de Notificação de Violência Interpessoal Autoprovocada.

PROTOCOLO DE SEGURANÇA

Nº DOCUMENTO	DATA	REVISÃO	PÁGINAS
PTS.DEA.013	07/2026	07/2028	13/31
TENTATIVA DE AUTOEXTERMÍNIO NA EMERGÊNCIA			

5.7. Serviço Social

- Ouvir com cautela e compreender o paciente, seu sofrimento e suas angústias;
- Apoiar o acolhimento do paciente e familiares;
- Auxiliar na articulação da Rede de Atenção Psicossocial, entrando em contato com o CAPS do território do paciente para discussão clínica e definição de conduta adequada (UPAs), e da Rede Socio-assistencial (UPAs e CERs);
- Contribuir para o planejamento de alta segura e continuidade do cuidado;
- Identificar, articular e acionar a rede de proteção social, em caso de necessidade;
- Manejar os casos que necessitem de apoio para resolver situações de trabalho, documentos, renda e benefícios sociais;
- Quando houver tentativa de suicídio, realizar notificação compulsória imediata, através da Ficha de Notificação de Violência Interpessoal Autoprovocada.

5.8. Psicologia (nas CERs)

- Acolher o paciente e familiares;
- Ouvir com cautela e compreender o paciente, seu sofrimento e suas angústias;
- Identificar entraves sócio-afetivos envolvidos no adoecimento psíquico;
- Identificar e acionar o suporte/rede de apoio familiar e sócio-assistencial e de saúde mental;
- Identificar e articular com os serviços de atenção psicossocial promovendo discussão dos casos do território para definição de conduta dentro do Projeto Terapêutico Singular;
- Identificar meios possam ser utilizados pelo paciente para cometer o suicídio e neutralizar/ solicitar que esses meios sejam excluídos do ambiente (cordas, fios, medicamentos, veneno, substâncias químicas, etc.);

PROTOCOLO DE SEGURANÇA

Nº DOCUMENTO	DATA	REVISÃO	PÁGINAS
PTS.DEA.013	07/2026	07/2028	14/31
TENTATIVA DE AUTOEXTERMINIO NA EMERGÊNCIA			

- Ficar atento as frases de alerta (exemplos em Anexos) e investigar pensamentos de morte ou comportamento suicida nos pacientes internados;
- Acompanhamento diário dos pacientes internados que estejam em sofrimento mental;
- Realizar escuta qualificada da família ou meio social em que o paciente vive;
- Avaliar fontes de estresse, risco de suicídio e comportamento violento;
- Realizar acolhimento e escuta qualificada aos pacientes em situações de sofrimento mental;
- Apoiar as equipes de saúde mental nos casos da perda de um paciente (a intervenção interpessoal breve é um instrumento com grande potencial);
- Apoiar as equipes quanto a identificação do risco de suicídio;
- Apoiar e elaborar em conjunto Projeto Terapêutico Singular para os pacientes;
- Discutir os casos em supervisões de território junto aos CAPSs, quando possível;
- Buscar suporte dos familiares e/ou pessoas próximas para garantia da monitorização do paciente pós-alta;
- Quando houver tentativa de suicídio, realizar notificação compulsória imediata, através da Ficha de Notificação de Violência Interpessoal Autoprovocada.

6. DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO

6.1. Admissão de pacientes com tentativa de autoextermínio

A recepção de pacientes com tentativa de autoextermínio deve incluir a classificação como prioridade clínica, evitar críticas, confrontos ou banalização do ocorrido e nunca deixar o (a) paciente sozinho (a). A abordagem desse tipo de paciente nas emergências deve ser rápida, humanizada, multiprofissional, centrada na preservação da vida, da segurança e da dignidade do paciente.

A intervenção exige, prioritariamente, a estabilização clínica e o suporte à vida para reverter complicações físicas imediatas, como intoxicações e/ou traumas. Cabe salientar que toda intoxicação exógena (por exemplo, ingestão excessiva de drogas lícitas e/ou ilícitas, libação alcoólica intensa, etc) e a abstinência química

PROTOCOLO DE SEGURANÇA			
Nº DOCUMENTO	DATA	REVISÃO	PÁGINAS
PTS.DEA.013	07/2026	07/2028	15/31
TENTATIVA DE AUTOEXTERMÍNIO NA EMERGÊNCIA			

(por exemplo, delirium tremens) são emergências clínicas e, portanto devem ser atendidas de forma rápida e eficaz, com recursos médicos para suporte de vida.

A prioridade imediata é tratar emergências médicas e/ou cirúrgicas (ex.: antídotos específicos para intoxicações, suturas, suporte ventilatório, etc.) e garantir a segurança do paciente removendo objetos de risco (perfurocortantes, cordões, medicações) com possível contenção de segurança e/ ou sedação quando indicado.

Após a estabilização clínica, inicia-se a avaliação da gravidade da tentativa de autoextermínio e o acionamento da rede de apoio psicossocial do paciente. A avaliação por um especialista (psiquiatra) deve ser requisitada caso o clínico não consiga definir a conduta a seguir ou haja risco iminente de autoextermínio e deve ser feita por vaga zero no caso das UPAs ou por parecer no caso das CERs. O paciente pode necessitar de internação psiquiátrica involuntária ou voluntária dependendo da gravidade do risco, que será definida pelo profissional especialista da rede de emergência psiquiátrica. O encaminhamento rigoroso para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do território do paciente pode ser realizado após uma avaliação favorável do risco de suicídio e em conjunto com a equipe do CAPS de destino.

Realizar uma escuta ativa, sigilosa, sem julgamentos, baseada numa postura empática e acolhedora, perguntando diretamente sobre ideação e intenção de autoextermínio facilita a criação de um vínculo de confiança que se faz necessário ao êxito do encaminhamento para a rede psicossocial do território. Importante enfatizar que nos casos de pacientes menores de idade o contato com responsável direto é indispensável e toda e qualquer conduta deve ser discutida com o mesmo.

Utilizar o Protocolo de Columbia como orientador da avaliação do risco de autoextermínio.

6.2. Avaliação do risco de suicídio

6.2.1. Orientações gerais para avaliação do risco de autoextermínio

- Escutar o paciente ativamente, de modo empático e acolhedor, sem julgamentos, respeitando o tempo de fala e os silêncios, bem como reconhecendo as crenças de cada pessoa em sofrimento;
- Abordar com linguagem simples e adequada ao contexto sociocultural do indivíduo;
- Assegurar a privacidade durante o atendimento e quanto ao registro dos dados;

PROTOCOLO DE SEGURANÇA

Nº DOCUMENTO	DATA	REVISÃO	PÁGINAS
PTS.DEA.013	07/2026	07/2028	16/31
TENTATIVA DE AUTOEXTERMÍNIO NA EMERGÊNCIA			

- Evitar questionamentos que possam revitimizar;
- Avaliar fatores de risco;
- Perguntar, de forma direta e cuidadosa, sobre pensamentos de se machucar ou provocar danos a si próprio;
- Investigar frequência e letalidade do pensamento, bem como sinais emitidos por quem está pensando em suicídio;
- Questionar sobre tentativas anteriores de suicídio e como o paciente conseguiu lidar com o comportamento suicida em outros momentos;
- Investigar sobre motivações para existir e se há pessoas de referência que possam apoiar suas escolhas;
- Finalizar a conversa com um plano de cuidado consistente elaborado em conjunto, contendo orientações práticas sobre encaminhamentos. Se for detectado risco iminente de suicídio, deve-se solicitar vaga zero para avaliação pela psiquiatria ou parecer da especialidade (no caso de CERs) e realizar comunicação com membros da família para orientações sobre como proceder. Falar sobre suicídio não é um incentivo à prática. Na maioria dos casos, os pacientes se sentem aliviados e agradecidos por terem a oportunidade de conversar com alguém sobre o assunto.

6.2.2. Fatores de risco para o suicídio:

- Transtornos mentais pré-existentes (ex.: depressão, esquizofrenia);
- Tentativas anteriores de suicídio;
- História familiar de suicídio;
- Questões legais;
- Dificuldades nos relacionamentos interpessoais;
- Fácil acesso a meios de alta letalidade (ex.: venenos, armas);
- Abuso de álcool e/ ou outras substâncias;
- Fragilidade da rede de apoio (familiar e comunitária);
- Fragilidade da rede de proteção social (dispositivos institucionais e assistenciais);
- Situações de violações de direitos;
- Estigma social e preconceito;

PROTOCOLO DE SEGURANÇA

Nº DOCUMENTO	DATA	REVISÃO	PÁGINAS
PTS.DEA.013	07/2026	07/2028	17/31

TENTATIVA DE AUTOEXTERMÍNIO NA EMERGÊNCIA

- Automutilação associada a risco de morte;
- Comportamento autoagressivo;
- Ideação suicida;
- Plano suicida;
- Desastres tendem a agravar os fatores de risco associados ao suicídio.

6.2.3. Fatores de alto risco para o suicídio

- Tentativa recente;
- Plano estruturado;
- Acesso a meios letais;
- Intoxicação alcoólica e/ ou outras drogas;
- Psicose;
- Impulsividade importante;
- Isolamento social;
- Desesperança/tristeza intensa.

6.3. Aplicação do rastreio

Instrumento a ser utilizado: **C-SSRS** (Protocolo de Columbia).

Perguntas a serem aplicadas:

1) Você já desejou estar morto ou desejar poder dormir e não acordar mais?

2) Você já teve pensamentos suicidas?

Se a resposta à pergunta 2 for SIM, faça as perguntas 3, 4, 5 e 6. Se a resposta à pergunta 2 for NÃO, passe para a pergunta 6.

PROTOCOLO DE SEGURANÇA

Nº DOCUMENTO	DATA	REVISÃO	PÁGINAS
PTS.DEA.013	07/2026	07/2028	18/31
TENTATIVA DE AUTOEXTERMÍNIO NA EMERGÊNCIA			

3) Você já pensou em como poderia fazer isso?

4) Você já teve esses pensamentos e alguma intenção de agir de acordo com eles?

5) Você já começou a planejar ou elaborou os detalhes de como se matar? Você pretendia executar esse plano?

6) Você já fez algo, começou a fazer algo ou se preparou para fazer algo para acabar com a sua vida?

Exemplos: tomou comprimidos, tentou se suicidar com um tiro, se cortou, tentou se enforcar, tirou comprimidos da bolsa, mas não engoliu nenhum, segurou uma arma, mas mudou de ideia ou ela foi tomada de sua mão, foi ao telhado, mas não pulou, juntou comprimidos, conseguiu uma arma, doou objetos de valor, escreveu um testamento ou carta de suicídio, etc. Em caso afirmativo, isso ocorreu nos últimos 3 meses?

Se a resposta para 2 ou 3 for SIM, encaminhe para RAPS para uma avaliação mais aprofundada e continuidade do cuidado. Se a resposta para 4, 5 ou 6 for SIM, solicitar Vaga Zero (UPAs) para avaliação pela psiquiatria em emergência psiquiátrica da rede de saúde. Manter a pessoa sob vigilância estreita até que ela possa ser avaliada.

6.4. Estratificação

6.4.1. Estratificação do risco de suicídio

NÍVEL DE RISCO	CRITÉRIOS
BAIXO	Ideação passiva apenas (desejo de estar morto); sem plano ou intenção de autoextermínio; sem histórico de tentativas; boa rede de suporte.
MODERADO	Ideação sem plano definido; histórico de tentativas distantes; fatores de risco presentes, mas não agudos.

PROTOCOLO DE SEGURANÇA

Nº DOCUMENTO	DATA	REVISÃO	PÁGINAS
PTS.DEA.013	07/2026	07/2028	19/31
TENTATIVA DE AUTOEXTERMÍNIO NA EMERGÊNCIA			

ALTO	Ideação ativa com plano e intenção; tentativa recente; acesso a meios letais; isolamento severo; recusa de ajuda.
-------------	---

6.4.2. Estratificação do risco de suicídio e conduta proporcional

NÍVEL DE RISCO	CRITÉRIOS
BAIXO	- Elaborar plano de segurança com orientações aos familiares e/ou acompanhantes; - Psicoeducação sobre sinais de alerta; - Encaminhamento para a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).
MODERADO	- Plano de segurança reforçado; - Envolver rede de suporte (com consentimento do (a) usuário (a)); encaminhamento para RAPS com contato prévio com a unidade de referência para ciência do caso; - Avaliar encaminhamento para psiquiatria por Vaga Zero.
ALTO	- Solicitar Vaga Zero para avaliação pela psiquiatria em emergência psiquiátrica da rede; - Contato direto com familiar;

PROTOCOLO DE SEGURANÇA

Nº DOCUMENTO	DATA	REVISÃO	PÁGINAS
PTS.DEA.013	07/2026	07/2028	20/31

TENTATIVA DE AUTOEXTERMÍNIO NA EMERGÊNCIA

- Internação voluntária ou involuntária (nos casos presentes nas CERs).

Sobre “contrato de não suicídio”: não utilizar, pois pode gerar falsa sensação de segurança ao profissional de saúde e inibir o paciente de comunicar uma piora no risco de suicídio.

6.5. Orientações para tomada de decisão quanto a internação (para casos em CERs)

Abordar e estratificar a gravidade do risco de suicídio se faz necessário.

Tentativas anteriores e a presença de um transtorno mental são os dois fatores de risco mais importantes.

Realizar um planejamento de como fazê-lo e providenciar estes meios são outros critérios de gravidade, conduzindo o raciocínio para a perspectiva de possível internação em ambiente hospitalar específico. A pessoa que somente apresenta ideação suicida geralmente tem um risco menos grave de cometer o autoextermínio.

Contextualizar o momento que a pessoa vive, identificando possíveis motivos para crise psíquica atual, assim como identificar, junto ao usuário, se ele considera ter motivos ou razões para viver e qual o peso destas razões em sua vida também é importante na avaliação.

Verificar a existência e acionar a rede de suporte social para participar e ajudar no processo de estratificação do risco de suicídio pode contribuir com a definição de internação. Busca-se essa comunicação com a anuência do usuário, mas pode haver situações de risco iminente de morte, relacionado ao risco imediato de suicídio, onde a ruptura do sigilo na relação médico-paciente pode ser justificada dentro das providências para proteção da vida e segurança do paciente.

Histórico de tentativas anteriores, abuso ou dependência de substâncias, impulsividade ou rigidez no propósito de se matar, desesperança, falta de suporte social e a falta de razões para viver são elementos

PROTOCOLO DE SEGURANÇA			
Nº DOCUMENTO	DATA	REVISÃO	PÁGINAS
PTS.DEA.013	07/2026	07/2028	21/31
TENTATIVA DE AUTOEXTERMÍNIO NA EMERGÊNCIA			

ainda que sinalizam a necessidade de internação. No caso em que a pessoa apresenta ideação permanente com planejamento e acesso a execução dos planos, tentativa recente, isolamento severo e recusa de ajuda, a necessidade de internação se faz imperativa.

O tipo de internação pode ser discutido com o CAPS do território do paciente, quando existente, bem como o Projeto Terapêutico Singular. Alguns CAPS do Rio de Janeiro são CAPS III, e, portanto, fazem acolhimento noturno, de modo que a pessoa em crise pode pernoitar no serviço de saúde e contar com acompanhamento da equipe. Os CAPS III podem fazer frequente acompanhamento diário em regime intensivo em períodos de crise. Alguns CAPS no Rio de Janeiro são CAPS III, e, portanto, fazem acolhimento noturno, assim o usuário em crise pode pernoitar no serviço de saúde e contar com acompanhamento da equipe. Nos casos em que não exista o dispositivo de saúde referido ou não tenha possibilidade de acompanhamento pelo CAPS III e haja indicação de internação em ambiente intensivamente protegido, deve ser solicitado ao NIR a inserção no sistema de regulação de uma solicitação de transferência para unidade hospitalar. Se o paciente apresentar questões clínicas que necessitem de acompanhamento clínico geral concomitante ao psiquiátrico, a solicitação deve ser feita para leito em saúde mental. Caso não haja, a solicitação deve ser para leito psiquiátrico. Ressaltando que as questões clínicas não devem caracterizar descompensação, pois nesse caso o paciente deve ser internado em clínica médica ou outra especialidade para tratamento específico.

6.6. Orientações voltadas para a Segurança do Paciente

- Retirada de objetos perigosos;
- Prevenção de enforcamento;
- Supervisão contínua – não deixar paciente sozinho;
- Controle ambiental;
- Garantir vigilância adequada, principalmente no banheiro e no transporte.

PROTOCOLO DE SEGURANÇA

Nº DOCUMENTO	DATA	REVISÃO	PÁGINAS
PTS.DEA.013	07/2026	07/2028	22/31
TENTATIVA DE AUTOEXTERMÍNIO NA EMERGÊNCIA			

6.7. Orientações a equipe multiprofissional relacionadas à Comunicação Assistencial

- Comunicação imediata ao enfermeiro e médico;
- Manter escuta acolhedora;
- Evitar julgamento;
- Não minimizar sofrimento;
- Comunicar o risco durante a passagem de plantão.

6.8. Manejo da agitação psicomotora

- Técnicas verbais de desescalonamento;
- Acionamento do médico assistente;
- Uso seguro de medicações indicadas e existentes na grade de medicações disponíveis na unidade no momento. Vide POP.DEA.046.
- Contenção física: vide POP.DEA.021 – Contenção Mecânica do Paciente, caso necessário;
- Acionamento de segurança, caso necessário e após avaliação da equipe médica.

6.9. Registros

Documentar:

- Afirmar sigilo ao paciente quanto aos dados coletados;
- Tipo de comportamento apresentado pelo paciente;
- Falas relevantes;
- Exame psíquico inicial;
- Condutas realizadas e orientadas;
- Comunicação entre equipes.

PROTOCOLO DE SEGURANÇA

Nº DOCUMENTO	DATA	REVISÃO	PÁGINAS
PTS.DEA.013	07/2026	07/2028	23/31

TENTATIVA DE AUTOEXTERMÍNIO NA EMERGÊNCIA

6.10. Condutas inaceitáveis

- Ridicularizar o paciente;
- Minimizar/ banalizar risco;
- Discutir de forma agressiva;
- Deixar paciente sozinho em alto risco;
- Ignorar ameaças suicidas;
- Liberar paciente sem avaliação adequada.

7. FORMULÁRIOS E/OU DOCUMENTOS RELACIONADOS

POP.DEA.021 – Contenção Mecânica do Paciente.

POP.DEA.046 - Assistência à Urgência/Emergência Psiquiátricas.

8. REFERÊNCIAS

- Organização Mundial da Saúde (OMS). Preventing Suicide: A Global Imperative.
- Ministério da Saúde do Brasil. Prevenção do Suicídio.
- The Joint Commission. National Patient Safety Goal for Suicide Prevention.
- Associação Brasileira de Psiquiatria. Diretrizes para prevenção do suicídio.
- National Institute of Mental Health (NIMH). ASQ Toolkit.
- Joint Commission International (JCI). Patient Safety Standards.
- National Institute of Mental Health (NIMH). Ask Suicide-Screening Questions (ASQ) Toolkit.
- Conselho Federal de Medicina (BR). (2014). Suicídio: informando para prevenir.

PROTOCOLO DE SEGURANÇA

Nº DOCUMENTO	DATA	REVISÃO	PÁGINAS
PTS.DEA.013	07/2026	07/2028	24/31

TENTATIVA DE AUTOEXTERMÍNIO NA EMERGÊNCIA

- Ministério da Saúde (BR). (2021). Boletim Epidemiológico, 52(33), 1-10. Recuperado em 05 de março de 2026, de https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_33_final.pdf.
- Ministério da Saúde (BR). (2023). Sistema de Informações sobre Mortalidade: SIM: TabNet. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defptohtm.exe?sim/cnv/obt10ba.def>. Oliveira, R. A., Moraes, M. R., & Santos, R. C. (2020). Comportamento suicida no pronto-socorro de um hospital de urgências: percepção do profissional de enfermagem. Revista da SBPH, 23(2), 51-64. <https://doi.org/10.57167/Rev-SBPH.23.117>.
- Organização Mundial da Saúde. (2014). Prevenção do suicídio: um imperativo global.
- Resende Dória, A. R., & Faro, A. (2017). Estigma em pacientes admitidos em urgência/emergência por tentativa de suicídio: análise de estudantes e profissionais da saúde a partir de casos hipotéticos. Salud y Sociedad, 8(3), 200–215. <https://doi.org/10.22199/S07187475.2017.0003.00001>.
- Silva, F. B., & Barros, R. A. (2026). A questão do suicídio na urgência e emergência: relato de experiência. Revista da SBPH, 29, e018. <https://doi.org/10.57167/Rev-SBPH.2026.v29.914>.
- Vidal, C. E. L., & Gontijo, E. D. (2013). Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: A percepção de quem tenta. Cadernos Saúde Coletiva, 21(2), 108-114. <https://doi.org/10.1590/S1414-462X2013000200002>.
- Vidal, C. E. L., Gontijo, E. C. D. M., & Lima, L. A. (2013). Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. Cadernos de Saúde Pública, 29(1), 175–187. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000100020>.
- Secretaria Municipal de Saúde (RJ). 2016. Avaliação do risco de suicídio e sua prevenção. Coleção Guia de Referência Rápida. https://subpav.org/download/prot/Guia_Suicidio.pdf.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas: Guia AD. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde

PROTOCOLO DE SEGURANÇA

Nº DOCUMENTO	DATA	REVISÃO	PÁGINAS
PTS.DEA.013	07/2026	07/2028	25/31
TENTATIVA DE AUTOEXTERMÍNIO NA EMERGÊNCIA			

públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. 2016.

- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. 2017
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.271, de 6 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. 2014
- Brasil. Ministério da Saúde. Cartilha - Prevenção de Suicídio. Série: Saúde mental e atenção psicossocial em desastres – 2026 | Volume 7. 1ª ED. FEV/ 2026.

9. TRATAMENTO DA DOCUMENTAÇÃO

Tipo Documental	Código de Classificação	Série Documental	Classificação de Acesso	Prazo de Guarda		Destinação
				Arquivo Corrente	Arquivo Intermediário	
Registro de participação de colaboradores em capacitações e treinamentos	01.01.03.01	Comprovante de frequência	Ostensivo	2 anos	5 anos	Eliminação (de acordo com procedimentos técnicos estabelecidos pela Portaria "N" GI/AGCRJ nº 02, de 31 de janeiro de 2022)
Prescrições, evoluções, registros de avaliação, condutas e planos terapêuticos (SUPORTE DIGITAL; INTEGRA)	18.01.01.001	Prontuário do paciente	Restrito	A vigência esgota-se com o último registro	20 anos	Eliminação (de acordo com procedimentos técnicos estabelecidos pela Portaria "N" GI/AGCRJ nº 02, de 31 de janeiro de 2022)
Solicitação de transferência de paciente para avaliação psiquiátrica ou parecer da especialidade	18.02.01.002	Requisição de exames especializados e avaliações de urgência	Restrito	A vigência esgota-se ao final de cada ano	5 anos	Eliminação (de acordo com procedimentos técnicos estabelecidos pela Portaria "N" GI/AGCRJ nº 02, de

PROTOCOLO DE SEGURANÇA

Nº DOCUMENTO

DATA

REVISÃO

PÁGINAS

PTS.DEA.013

07/2026

07/2028

26/31

TENTATIVA DE AUTOEXTERMÍNIO NA EMERGÊNCIA

						31 de janeiro de 2022)
Solicitação de internação em leito psiquiátrico	18.02.01.004	Requisição de internações	Restrito	A vigência esgota-se ao final de cada ano	5 anos	Eliminação (de acordo com procedimentos técnicos estabelecidos pela Portaria "N" GI/AGCRJ nº 02, de 31 de janeiro de 2022)
Ficha de notificação individual - Violência interpessoal/autoprovocada	18.04.01.001	Ficha de identificação e notificação compulsória de doenças e agravos	Restrito	A vigência esgota-se ao final de cada ano	5 anos	Eliminação (de acordo com procedimentos técnicos estabelecidos pela Portaria "N" GI/AGCRJ nº 02, de 31 de janeiro de 2022)

10. MODIFICAÇÕES EM RELAÇÃO À REVISÃO ANTERIOR

Não se aplica.

PROTOCOLO DE SEGURANÇA

Nº DOCUMENTO

DATA

REVISÃO

PÁGINAS

PTS.DEA.013

07/2026

07/2028

27/31

TENTATIVA DE AUTOEXTERMÍNIO NA EMERGÊNCIA

11. ANEXOS

11.1. Anexo I - C-SSRS (Protocolo de Columbia)

IDEAÇÃO SUICIDA			
Faça as perguntas 1 e 2. Se as respostas para ambas forem negativas, passe para a seção "Comportamento Suicida". Se a resposta para a pergunta 2 for "sim", faça as perguntas 3, 4 e 5. Se a resposta para a pergunta 1 e/ou 2 for "sim", preencha a seção abaixo "Intensidade da ideação".	Durante a vida - Momento em que ele / ela se sentiu com maior tendência suicida	Últimos __ meses	
1. Desejo de estar morto/a O/A paciente confirma ter pensamentos sobre o desejo de estar morto/a ou de não mais viver ou desejar dormir e nunca mais acordar. <i>Você desejou estar morto/a ou desejou poder dormir e nunca mais acordar?</i> Caso sim, descreva:	Sim Não ☐ ☐	Sim Não ☐ ☐	
2. Pensamentos suicidas ativos não-específicos Pensamentos suicidas não-específicos de querer pôr fim à vida / cometer suicídio (p. ex., "Eu pensei em me matar") sem ideia sobre como se matar / métodos associados, intenções ou planos durante o período de avaliação. <i>Você já pensou realmente em se matar?</i> Caso sim, descreva:	Sim Não ☐ ☐	Sim Não ☐ ☐	
3. Ideação suicida ativa com algum método (sem plano) sem intenção de agir O/A paciente confirma pensamentos de suicídio e já pensou em pelo menos um método durante o período de avaliação. Isto difere de um plano específico com elaboração de detalhes de hora, lugar ou método (p. ex., pensou no método de se matar, porém sem um plano específico). Inclui pessoas que diriam, "Eu pensei em tomar uma overdose de remédio, mas nunca fiz um plano específico de quando, onde ou como eu a realizaria.....e eu nunca levaria isso adiante". <i>Você tem pensado em como poderia fazer isso?</i> Caso sim, descreva:	Sim Não ☐ ☐	Sim Não ☐ ☐	
4. Ideação suicida ativa com alguma intenção de agir, sem plano específico Pensamentos suicidas ativos de se matar e o/a paciente relata ter <u>alguma intenção de pôr esses pensamentos em prática</u> , ao invés de "Eu tenho os pensamentos, mas eu, com certeza, não os levarei adiante". <i>Você teve esses pensamentos e teve alguma intenção de colocá-los em prática?</i> Caso sim, descreva:	Sim Não ☐ ☐	Sim Não ☐ ☐	
5. Ideação suicida ativa com plano específico e intenção Pensamentos sobre se matar com detalhes do plano, totalmente ou parcialmente elaborados e o/a paciente tem alguma intenção de executá-lo. <i>Você já começou a elaborar ou já elaborou os detalhes de como se matar? Você pretende executar esse plano?</i> Caso sim, descreva:	Sim Não ☐ ☐	Sim Não ☐ ☐	

PROTOCOLO DE SEGURANÇA

Nº DOCUMENTO

PTS.DEA.013

DATA

07/2026

REVISÃO

07/2028

PÁGINAS

28/31

TENTATIVA DE AUTOEXTERMÍNIO NA EMERGÊNCIA

INTENSIDADE DA IDEIAÇÃO

As seguintes características devem ser avaliadas levando em consideração o tipo de ideação mais intenso (i.e. os itens 1 a 5 da seção anterior, sendo 1 o menos intenso e 5 o mais intenso). Pergunte o momento em que ele / ela estava se sentindo com maior tendência suicida.

Durante a vida - Ideação mais intensa:

Tiponº (1-5)

Descrição da ideação

Últimos X meses - Ideação mais intensa:

Tiponº (1-5)

Descrição da ideação

Mais
intensa

Mais
intensa

Frequência

Quantas vezes você teve esses pensamentos?

(1) Menos de uma vez
por semana

(2) Uma vez
por semana

(3) 2-5 vezes
por semana

(4) Todos os dias ou
quase todos os dias

(5) Muitas vezes
por dia

—

—

Duração

Quando você tem esses pensamentos, quanto tempo eles duram?

(1) Passageiros - alguns segundos ou minutos

(2) Menos de 1 hora / algum tempo

(3) 1-4 horas / muito tempo

(4) 4-8 horas / a maior parte do dia

(5) Mais de 8 horas / persistentes ou contínuos

—

—

Controlabilidade

Você pôde / pode parar de pensar em se matar ou de querer morrer se você quisesse / quiser?

(1) É capaz de controlar os pensamentos facilmente

(2) Pode controlar os pensamentos com pouca dificuldade

(3) Pode controlar os pensamentos com alguma dificuldade

(4) Pode controlar os pensamentos com muita dificuldade

(5) É incapaz de controlar os pensamentos

(0) Não tenta controlar os pensamentos

—

—

Razões para não cometer suicídio

Há coisas - algo ou alguém (p. ex., família, religião, dor da morte) - que o/a impediram de querer morrer ou de colocar em ação sua ideia de cometer suicídio?

(1) Essas razões, com certeza, o/a impediram de cometer suicídio

(2) Essas razões, provavelmente, o/a impediram

(3) Não tem certeza de que essas razões o/a impediram

(4) Essas razões, provavelmente, não o/a impediram

(5) Essas razões, com certeza, não o/a impediram

(0) Não se aplica ao seu caso

—

—

Razões para ideação

Que tipos de razão você teve para pensar em querer morrer ou se matar? Foi para acabar com o sofrimento ou pôr fim à maneira como você estava se sentindo (em outras palavras, você não conseguia continuar a viver com esse sofrimento ou como você estava se sentindo) ou foi para chamar a atenção, se vingar ou provocar a reação de outras pessoas? Ou ambos?

(1) Com certeza para chamar a atenção, se vingar ou provocar a reação de outras pessoas

(2) Sobre tudo para chamar a atenção, se vingar ou provocar a reação de outras pessoas

(3) Tanto para chamar a atenção, se vingar ou provocar a reação de outras pessoas como para acabar com o sofrimento.

(4) Sobre tudo para acabar com o sofrimento (você não conseguia continuar a viver com esse sofrimento ou como você estava se sentindo)

(5) Com certeza para acabar com o sofrimento (você não conseguia continuar a viver com esse sofrimento ou como você estava se sentindo)

(0) Não se aplica ao seu caso

—

—

PROTOCOLO DE SEGURANÇA

Nº DOCUMENTO	DATA	REVISÃO	PÁGINAS
PTS.DEA.013	07/2026	07/2028	29/31
TENTATIVA DE AUTOEXTERMÍNIO NA EMERGÊNCIA			

11.2. Anexo II - Ficha de notificação individual: SINAN

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

Nº

Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual		
	2 Agravado/doença	VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA		3 Data da notificação
	4 UF	5 Município de notificação	Código (CID10)	Y09
	6 Unidade Notificadora	Código (IBGE)		
Notificação Individual	7 Nome da Unidade Notificadora	Código Unidade		9 Data da ocorrência da violência
	8 Unidade de Saúde	Código (CNES)		11 Data de nascimento
	10 Nome do paciente	12 (ou) Idade		13 Sexo
	14 Gestante	15 Raça/Cor		
Dados de Residência	16 Escolaridade	17 Número do Cartão SUS		18 Nome da mãe
	19 UF	20 Município de Residência	Código (IBGE)	21 Distrito
	22 Bairro	23 Logradouro (rua, avenida,...)	Código	
	24 Número	25 Complemento (apto., casa,...)	26 Geo campo 1	
Dados Complementares	27 Geo campo 2	28 Ponto de Referência	29 CEP	
	30 (DDD) Telefone	31 Zona	32 País (se residente fora do Brasil)	
	33 Nome Social	34 Ocupação		
	35 Situação conjugal / Estado civil	36 Orientação Sexual		
Dados da Pessoa Atendida	37 Identidade de gênero	38 Possui algum tipo de deficiência/transtorno?		
	39 Se sim, qual tipo de deficiência/transtorno?	40 UF		
	41 Município de ocorrência	42 Distrito		
	43 Bairro	44 Logradouro (rua, avenida,...)		
Dados da Ocorrência	45 Número	46 Complemento (apto., casa,...)	47 Geo campo 3	48 Geo campo 4
	49 Ponto de Referência	50 Zona	51 Hora da ocorrência	
	52 Local de ocorrência	53 Ocorreu outras vezes?		
	54 A lesão foi autoprovocada?	55 Ocorreu outras vezes?		

SVS 15.06.2015

PROTOCOLO DE SEGURANÇA

Nº DOCUMENTO

PTS.DEA.013

DATA

07/2026

REVISÃO

07/2028

PÁGINAS

30/31

TENTATIVA DE AUTOEXTERMÍNIO NA EMERGÊNCIA

Violência	55 Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros 88-Não se aplica 99-Ignorado		
	56 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado ☐ Física ☐ Tráfico de seres humanos ☐ Intervenção legal ☐ Psicológica/Moral ☐ Financeira/Econômica ☐ Negligência/Abandono ☐ Outros ☐ Tortura ☐ Trabalho infantil		
Violência Sexual	57 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado ☐ Força corporal/ espancamento ☐ Obj. perfuro-cortante ☐ Arma de fogo ☐ Enforcamento ☐ Substância/ Obj. quente ☐ Ameaça ☐ Obj. contundente ☐ Envenenamento ☐ Intoxicação		
	58 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado ☐ Assédio sexual ☐ Estupro ☐ Pornografia infantil ☐ Exploração sexual ☐ Outros		
Dados do provável autor da violência	59 Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado ☐ Profilaxia DST ☐ Profilaxia Hepatite B ☐ Coleta de sêmen ☐ Contracepção de emergência ☐ Profilaxia HIV ☐ Coleta de sangue ☐ Coleta de secreção vaginal ☐ Aborto previsto em lei		
	60 Número de envolvidos 1- Um 2- Dois ou mais 9- Ignorado 61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1- Sim 2- Não 9- Ignorado ☐ Pai ☐ Ex-Cônjuge ☐ Amigos/conhecidos ☐ Policial/Agente da lei ☐ Mãe ☐ Namorado(a) ☐ Desconhecido(a) ☐ Própria pessoa ☐ Padrasto ☐ Ex-Namorado(a) ☐ Cuidador(a) ☐ Outros ☐ Madrasta ☐ Filho(a) ☐ Patrão/chefe ☐ Pessoa com relação institucional ☐ Cônjuge ☐ Irmão(ã)		
Encaminhamento	62 Sexo do provável autor da violência 1- Masculino 2- Feminino 3- Ambos os sexos 9- Ignorado 63 Suspeita de uso de álcool 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		
	64 Ciclo de vida do provável autor da violência: 1-Criança (0 a 9 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) 2-Adolescente (10 a 19 anos) 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) 9-Ignorado		
Dados finais	65 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado ☐ Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras) ☐ Conselho do Idoso ☐ Delegacia de Atendimento à Mulher ☐ Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) ☐ Delegacia de Atendimento ao Idoso ☐ Outras delegacias ☐ Rede da Educação (Creche, escola, outras) ☐ Centro de Referência dos Direitos Humanos ☐ Justiça da Infância e da Juventude ☐ Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) ☐ Ministério Público ☐ Defensoria Pública ☐ Conselho Tutelar ☐ Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente		
	66 Violência Relacionada ao Trabalho ☐ 67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) ☐ 68 Circunstância da lesão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado CID 10 - Cap XX		
69 Data de encerramento			
Informações complementares e observações Nome do acompanhante: _____ Vínculo/grau de parentesco: _____ (DDD) Telefone: _____ Observações Adicionais: _____ _____ _____ _____			
Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS 136 TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180 Disque Direitos Humanos 100			
Notificador	Município/Unidade de Saúde: _____ Cód. da Unid. de Saúde/CNES: _____		
	Nome: _____ Função: _____ Assinatura: _____		

Violência interpessoal/autoprovocada

Sinan

SVS 15.06.2015

PROTOCOLO DE SEGURANÇA

Nº DOCUMENTO	DATA	REVISÃO	PÁGINAS
PTS.DEA.013	07/2026	07/2028	31/31

TENTATIVA DE AUTOEXTERMÍNIO NA EMERGÊNCIA

11.3. Anexo III - Frases de alerta (exemplos)

“Eu ando pensando besteira”.

“Acho que minha família ficaria melhor se eu não estivesse aqui”.

“Eu sou um perdedor e um peso para os outros”.

“Estou com pensamentos ruins”.

“Eu não aguento mais”.

“Eu não posso fazer nada”.

“Esta é minha última vez aqui”.

“Os outros vão ser mais felizes sem mim”.

“As coisas não vão dar certo. Não vejo saída”.

“Eu não estarei aqui no próximo ano”.

“Era melhor que eu estivesse morto”.