



**Sistematização do cuidado ante à crise suicida em um serviço público  
de prevenção ao suicídio: um relato de experiência**

**Systematization of care in the face of suicidal crisis in a public suicide  
prevention service: an experience report**

**Sistematización de la atención ante una crisis suicida en un servicio  
público de prevención del suicidio: relato de experiencia**

**Lívia Maria Moreira Oliveira**

Graduanda em Psicologia

Instituição: Universidade Estadual do Piauí

Endereço: R. Olavo Bilac, 2335, Centro (Sul), Teresina - PI

E-mail: [oliveiraliv123@gmail.com](mailto:oliveiraliv123@gmail.com)

**Ana Rosa Rebelo Ferreira de Carvalho**

Doutora em Psicologia Clínica

Instituição: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

Endereço: R. Monte Alegre, 984 - Perdizes, São Paulo - SP

E-mail: [anarosa@ccs.uespi.br](mailto:anarosa@ccs.uespi.br)

**Valéria Raquel Alcantara Barbosa**

Doutora em Saúde Pública

Instituição: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - Fundação Oswaldo Cruz

Endereço: R. Leopoldo Bulhões, 1480 - Manguinhos, Rio de Janeiro - RJ

E-mail: [valeryalca@gmail.com](mailto:valeryalca@gmail.com)

**Cláudia Aline de Brito Oliveira**

Mestra em Gestão e Saúde Coletiva

Instituição: Universidade Estadual de Campinas  
Endereço: Cidade Universitária Zeferino Vaz - Barão Geraldo, Campinas - SP  
E-mail: [claudiaalinepsi@gmail.com](mailto:claudiaalinepsi@gmail.com)

## RESUMO

**Introdução:** A temática do suicídio ainda é cercada por ideias distorcidas, tabus, estigma e vergonha, o que prejudica a busca por ajuda e acarreta prejuízos em várias dimensões da sociedade. **Objetivo:** Descrever sistematicamente o percurso da linha de cuidado realizado pela equipe de saúde mental as atividades de um serviço público de prevenção ao suicídio em Teresina-PI. **Metodologia:** Estudo descritivo, qualitativo do tipo relato de experiência, desenvolvido por uma estudante de Psicologia em um serviço público de prevenção ao suicídio, em uma capital do nordeste, no período de 2022 a 2024. **Relato de experiência:** A sistemática de atendimento do serviço abrange: acolhimento dos pacientes e dos acompanhantes; triagem e avaliação do grau de risco de suicídio; registro na ficha de notificação de violência interpessoal/autoprovocada; detalhar o plano de cuidado de acordo com o risco; orientação aos pacientes admitidos dentro do perfil do serviço; início do tratamento; registro na ficha de evolução multiprofissional; discussão de casos clínicos com a equipe de saúde; planejamento da alta; encaminhamento para outras redes de atendimento em saúde mental. **Discussão:** A sistematização do cuidado e a prática interprofissional da equipe promove a colaboração, fundamental para a qualidade e eficiência no atendimento à saúde. **Considerações finais:** O estudo aborda a experiência prática de um serviço público de prevenção ao suicídio, destacando sua assistência qualificada e integração com outros cuidados. Ressalta, portanto, a necessidade de fortalecimento no acompanhamento a longo prazo, devido à complexidade do suicídio. Além disso, defende-se maior investimento em políticas públicas e ampliação de serviços especializados.

**Palavras-chave:** Suicídio, Prevenção, Relato de Experiência, Políticas Públicas, Sistematização.

## ABSTRACT

**Introduction:** The topic of suicide remains surrounded by distorted ideas, taboos, stigma, and shame, which hinder help-seeking behaviors and cause harm across various dimensions of society. **Objective:** Systematically describe the path of the line of care carried out by the mental health team as activities of a public suicide prevention service in Teresina-PI. **Methodology:** This is a descriptive, qualitative study based on an experience report developed by a psychology student in a public suicide prevention service in a northeastern capital from 2022 to 2024. **Experience Report:** The service's care system includes: welcoming patients and companions; screening and assessing suicide risk levels; recording data in the interpersonal/self-inflicted violence notification form; detailing the care plan according to the risk level; orienting patients admitted under the service's profile; initiating treatment; documenting progress in the multiprofessional evolution record; conducting case discussions with the health team;

planning discharge; and referring patients to other mental health care networks. Discussion: The systematization of care and the team's interprofessional practice foster collaboration, which is essential for quality and efficiency in health care. Final considerations: The study highlights the practical experience of a public suicide prevention service, emphasizing its qualified assistance and integration with other care networks. It underscores the need for strengthened long-term follow-up due to the complexity of suicide and advocates for greater investment in public policies and the expansion of specialized services.

**Keywords:** Suicide, Prevention, Experience Report, Public Policies, Systematization.

## RESUMEN

**Introducción:** La temática del suicidio sigue estando rodeada de ideas distorsionadas, tabúes, estigma y vergüenza, lo que dificulta la búsqueda de ayuda y genera perjuicios en diversas dimensiones de la sociedad. **Objetivo:** Describir sistemáticamente la atención realizada por el equipo de salud mental como actividades de un servicio público de prevención del suicidio en Teresina-PI. **Metodología:** Estudio descriptivo, cualitativo, del tipo relato de experiencia, desarrollado por una estudiante de psicología en un servicio público de prevención del suicidio en una capital del noreste de Brasil entre los años 2022 y 2024. **Relato de experiencia:** La sistemática de atención del servicio abarca: acogida de los pacientes y sus acompañantes; triaje y evaluación del grado de riesgo de suicidio; registro en la ficha de notificación de violencia interpersonal/autoprovocada; elaboración del plan de cuidado de acuerdo con el riesgo; orientación a los pacientes admitidos dentro del perfil del servicio; inicio del tratamiento; registro en la ficha de evolución multiprofesional; discusión de casos clínicos con el equipo de salud; planificación del alta; y derivación a otras redes de atención en salud mental. **Discusión:** La sistematización del cuidado y la práctica interprofesional del equipo promueven la colaboración, fundamental para la calidad y eficiencia en la atención a la salud. **Consideraciones finales:** El estudio aborda la experiencia práctica de un servicio público de prevención del suicidio, destacando su asistencia calificada e integración con otros cuidados. Resalta la necesidad de fortalecer el acompañamiento a largo plazo debido a la complejidad del suicidio. Defiende un mayor enfoque en la inversión en políticas públicas y la ampliación de servicios especializados.

**Palabras clave:** Suicidio, Prevención, Relato de Experiencia, Políticas Públicas, Sistematización.

## 1 INTRODUÇÃO

O fenômeno do suicídio pode ser interpretado de várias maneiras, conforme a visão que cada cultura e sociedade compreende este fato. Trata-se da morte de um indivíduo provocada por comportamento autodirigido intencional, com o objetivo de pôr fim à sua própria vida (Stone *et al.*, 2017). Nesse meandro, hodiernamente, sob a ótica da saúde, o comportamento suicida é compreendido de outra forma: refere-se a qualquer ato em que uma pessoa provoca autolesão, independentemente do grau de intenção letal e do conhecimento do motivo real para tal ação (Botega, 2017). Diante disso, destaca-se que esse comportamento envolve, pelo menos, três fenômenos associados ao suicídio: ideação suicida, tentativa de suicídio e o suicídio propriamente dito (Botega; Rapeli, 2002; WHO, 2014).

Nesse âmbito, a ideação suicida, corresponde ao surgimento de pensamentos que alimentam o desejo de acabar com a própria vida. A situação se agrava quando esses pensamentos envolvem um plano específico, ultrapassando a ideação e incluindo o método, ou ideias sobre morrer e querer estar morto. No entanto, tal questão nem sempre é posta em prática, podendo permanecer apenas no campo dos pensamentos (Rodrigues *et al.*, 2020). Por fim, a tentativa de suicídio refere-se a uma ação autodirigida, não fatal e potencialmente prejudicial, com o intuito de cessar a própria vida, podendo ou não resultar em danos físicos (Stone *et al.*, 2017).

A temática do suicídio ainda é cercada por ideias distorcidas, tabus, estigmas e vergonha, o que prejudica a busca por ajuda e acarreta prejuízos em várias dimensões da sociedade. Segundo Botega (2015), as tentativas de suicídio provocam impactos sociais e econômicos, evidenciados pela utilização dos serviços de saúde, pelos efeitos psicológicos e sociais sobre o indivíduo e sua rede de apoio, além dos prejuízos decorrentes de possíveis incapacidades de longa duração como consequência desses atos.

Posto isso, é fundamental a criação de estratégias para prevenir esses problemas, e para enfrentá-los, é possível desenvolver atitudes proativas por meio da conscientização da população e pela ação dos sistemas de saúde, principalmente na Atenção Primária à Saúde (APS), visto que é a equipe que mantém contato mais próximo e direto com a comunidade, atuando na prevenção. Além disso, tem um papel

relevante no tratamento de transtornos mentais, sobretudo os leves e moderados, que são fatores de risco para o suicídio (Brasil, 2022b).

Nessa perspectiva, segundo o diretor da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a região das Américas registrou uma taxa de 17% de aumento nos índices de suicídio dos anos 2000 a 2019, sendo a única região do mundo a apresentar crescimento nesse fenômeno (OPAS/OMS, 2023). Conforme informações da Organização Mundial da Saúde (OMS), no ano de 2019, o suicídio foi a principal causa de morte no mundo, representando cerca de 1 a cada 100 mortes (WHO, 2021). Já no Brasil, dados do Anuário Brasileiro de Segurança Pública, do Fórum Brasileiro de Segurança Pública, apontam que, em 2022, foram registrados 16.262 suicídios, representando um aumento de 11,8% em relação ao ano anterior, mantendo uma tendência de crescimento desde 2010 (Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2022).

Dessarte, a importância deste trabalho incide em ressaltar a necessidade de desenvolver estudos nessa área, tendo como objetivo descrever, de forma sistemática, o percurso da linha de cuidado realizado pela equipe de saúde mental em um serviço público de prevenção ao suicídio em Teresina-PI, com base no relato de experiência extracurricular de uma estagiária de Psicologia. Além de enfatizar a necessidade de políticas públicas adequadas voltadas à prevenção do suicídio e à valorização da vida, e a uma abordagem mais clara sobre este tema.

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

### **2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE PREVENÇÃO AO SUICÍDIO**

Neste estudo, é necessário mencionar alguns pontos importantes, tais como as políticas públicas voltadas à prevenção do suicídio. E, no que se refere ao Ministério da Saúde no Brasil, existem algumas ações estratégicas de prevenção a este fenômeno presentes nos seguintes documentos: Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006, a qual trata das Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a serem implementadas em todos os estados e o distrito federal, considerando as competências das esferas nacional, estadual e municipal (Brasil, 2006).



Nesse meandro, levando em consideração a necessidade de elaborar e de coordenar ações direcionadas à prevenção do suicídio, em 18 de dezembro de 2017 foi lançada a Portaria nº 3.479, que definiu o Comitê Gestor para criação de um Plano Nacional de Prevenção do Suicídio no Brasil de acordo com as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio e com as Diretrizes Organizacionais das Redes de Atenção à Saúde (Brasil, 2017a). Nesse cenário, foi lançada a Portaria Nº 3.491, que instituiu incentivo financeiro para subsidiar o desenvolvimento de programas de promoção da saúde, vigilância e atenção integral à saúde voltados para a prevenção do suicídio na esfera da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Sistema único de Saúde (SUS) (Brasil, 2017b).

À vista disso, inicialmente, foram selecionados apenas cinco estados, aqueles com as maiores taxas de mortalidade por suicídio: Rio Grande do Sul, Roraima, Piauí, Mato Grosso do Sul, Santa Catarina. Além destes, o estado do Amazonas, que ocupava o 10º lugar no ranking de mortalidade, também foi incluído, devido à grande quantidade de povos indígenas na região e à alta taxa de incidência de suicídio entre essa população. Nesse âmbito, o Ministério da Saúde, por meio de apoio técnico e financiamento para o desenvolvimento de Planos Estaduais de Prevenção ao Suicídio, acompanha esses estados como projetos-pilotos para a elaboração do Plano Nacional de Prevenção ao Suicídio (Brasil, 2022a).

Nesse cenário, outra medida adotada pelo Ministério da Saúde foi a parceria com o Centro de Valorização da Vida (CVV), iniciada em 2015 e que trata-se de uma Organização Não Governamental (ONG) destinada ao apoio emocional por meio de ligação telefônica ou comunicação virtual para acolhimento em crise. Em 2017, essa parceria foi ampliada visto que foi assinado um novo Acordo de Cooperação Técnica, que estabelece que as ligações para o número do CVV sejam gratuitas em todo o país (Brasil, 2022). Por fim, destaca-se também a Lei nº13.819, de 26 de abril de 2019, que institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio a ser adotada pelo Governo Federal em parceria com a esfera estadual e municipal (além do Distrito Federal), e altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998 (Brasil, 2019).

## 2.2 AVALIAÇÃO DO RISCO DE SUICÍDIO

Diante desse contexto, percebe-se a importância e a necessidade dessas ações, bem como de estratégias para projetos voltados à valorização da vida. Conforme Botega (2017), o risco de suicídio não é algo estático. Nesse sentido, ao avaliar o risco, é possível orientar o manejo clínico e elencar ações terapêuticas de acordo com a prioridade de cada caso, haja vista que não há formas de estimar de maneira precisa quem irá ou não tirar a própria vida.

Isso posto, segundo o mesmo autor citado acima, foram elencados alguns pontos no que diz respeito às dimensões do risco, que foram considerados para sistematizar a coleta de informações e avaliar o risco de suicídio: o que está acontecendo (eventos precipitantes, estressores agudos e crônicos); estado mental atual (afetos intensos, constrição cognitiva); intencionalidade suicida (ideia, plano); principais fatores de risco e de proteção (transtornos mentais, tentativa de suicídio pregressa, história, personalidade); e formulação do risco de suicídio (registro, comunicação).

Nessa conjuntura, conforme a maioria dos manuais de prevenção ao suicídio destinados aos profissionais que trabalham na área, a gradação do risco envolve: risco baixo - nunca tentou o suicídio, ideias de suicídio são passageiras e perturbadoras, não planeja como se matar, transtorno mental (se presente) com sintomas bem controlados, boa adesão ao tratamento, tem vida e apoio sociais; risco moderado - tentativa de suicídio prévia, depressão ou transtorno bipolar, ideias persistentes de suicídio vistas como solução, não tem um plano de como se matar, não é uma pessoa impulsiva, não abusa/depende de álcool ou drogas, conta com apoio social; risco alto - tentativa de suicídio prévia, depressão grave, influência de delírio ou alucinação, abuso/dependência de álcool, desespero, tormento psíquico intolerável, não vê saída, plano definido de se matar, tem meios de como fazê-lo, já tomou providências para o ato suicida.

## 2.3 MANEJO DO RISCO DE SUICÍDIO

Nesse âmbito, diante da necessidade de ações de prevenção e identificação do risco de suicídio, é fundamental salientar o manejo para esses casos. De acordo com Laguna (2023), em seu estudo de revisão sobre as principais estratégias terapêuticas

descritas na literatura para o manejo do risco suicida, a garantia de sono pode reduzir as ideações suicidas, além de fatores como a prática regular de exercícios físicos, a espiritualidade, a sensação de identificação e pertencimento a um grupo social, religiosidade e a manutenção de crenças positivas. Outrossim, práticas integrativas e complementares que proporcionam o bem-estar, bem como a psicoterapia, são medidas eficazes para a diminuição do risco.

Além disso, no que se refere ao manejo da crise suicida no âmbito da Atenção Primária à Saúde, é necessário que a equipe que atue em serviços de urgência e emergência esteja capacitada para identificar e lidar com pacientes com ideação suicida, por meio de uma avaliação clínica e psicossocial ampliada, a fim de garantir uma intervenção efetiva. Somando-se a isso, a proposição de alternativas de cuidado que vão além do atendimento imediato, assim como a promoção da autoestima e o fortalecimento da rede de apoio do paciente, também são atitudes essenciais (Santos, 2023).

A prevenção do suicídio e o manejo da crise são aspectos complexos, por isso, é indispensável discuti-los de maneira multidisciplinar, envolvendo diferentes profissionais e estratégias de cuidado (Santos, 2023). A relevância disso reflete no acesso ao tratamento de qualidade e na eficiência da RAPS, e, por conseguinte, na redução do número de óbitos autoprovoçados.

Nesse contexto, destaca-se que o suicídio é multifatorial e requer um tratamento integrado às necessidades de cada pessoa em crise suicida. Como por exemplo, alguns pontos elencados por Brito *et al.* (2020) incluem: valorização da vida e fortalecimento de vínculos sociais, promoção da autoestima, identificação precoce de comportamentos suicidas e realização de intervenções terapêuticas, abordagem específica para a terceira idade, intervenção nas escolas, por meio do desenvolvimento de habilidades socioemocionais, apoio entre os estudantes e fortalecimento dos vínculos familiares.

### 3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo qualitativo a partir do relato de experiência prática de um estágio extracurricular em Psicologia, realizado em um serviço público de



prevenção ao suicídio na cidade de Teresina-PI, com o objetivo de retratar a sistemática do percurso da linha de cuidado realizada pela equipe de saúde mental da instituição. A experiência teve início em dezembro de 2022 e foi concluída em maio de 2024, com uma carga horária de 20 horas semanais durante o período diurno, totalizando cerca de 1.700 horas. Para a execução deste trabalho, não houve contato direto com os participantes, e buscou-se apresentar a sistemática de atuação da estagiária. Para tanto, foi necessário ancorar-se nas normas técnicas que orientam a dinâmica institucional, à luz do que prescreve o Ministério da Saúde (Brasil, 2022a). Dessa forma, tais documentos constituem também material de análise e foram utilizados com a autorização da assinatura do Termo de Fiel Depositário, permitindo o acesso a informações importantes para o desenvolvimento deste estudo.

#### **4 RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Durante o desenvolvimento do estágio em Psicologia, o principal contato da estudante com os pacientes e acompanhantes ocorreu durante o acolhimento inicial, quando estes chegavam à recepção para atendimento. Pois, para ouvir e abordar demandas sensíveis e questões que muitas pessoas têm receio de comentar, é necessário alguém com uma escuta qualificada e atenta ao conteúdo subjetivo de cada indivíduo. Assim como, conhecer a dinâmica de funcionamento dos espaços de saúde mental e de assistência social, uma vez que algumas pessoas são encaminhadas de outros locais.

Além desse contato prévio, eram realizadas orientações após as consultas para instruir o usuário sobre as consultas seguintes ou os outros locais de atendimento, de acordo com cada caso. Paralelamente a isso, quando necessário, também era feito o contato com alguém - sugerido pelo paciente - de sua rede de apoio, via telefone, caso estivesse sem acompanhante no momento. Por exemplo, em casos de intensa crise de ansiedade, agitação psicomotora, angústia, ou quando havia necessidade de o paciente sair do ambiente acompanhado, caso ele comunicasse durante o atendimento que iria tentar o suicídio após sair do local e estivesse desacompanhado, entre outras situações.

Paralelamente a essa rotina da instituição, o estágio também envolvia a relação com os profissionais da instituição, por meio da discussão de casos, tanto diariamente –

quando o paciente era recém-chegado, para informar sobre como chegou até o local – quanto nas reuniões técnicas quinzenais com toda a equipe. Esses encontros tinham como objetivo discutir as melhores estratégias de cuidado para os casos mais complexos atendidos, haja vista que algumas situações são muito delicadas, em que o paciente está em risco alto, mas não adere ao tratamento ou possui vínculos sociais e familiares fragilizados, o que implica no quadro de adoecimento.

Outras situações também envolviam uma articulação com a rede intersetorial, que impacta além dos atendimentos do serviço especializado, visando garantir uma assistência integrada. Por exemplo, o contato com usuários institucionalizados em casas de acolhimento ou que estão cumprindo alguma medida socioeducativa e estão inseridos em programas de acolhimento do governo (Residência Terapêutica, Consultório na Rua, etc.). Ou seja, situações em que o paciente possui um vínculo social e familiar fragilizado ou rompido, o que interfere no tratamento da equipe, uma vez que se sabe que o cuidado em saúde envolve um conjunto de fatores, e a rede de apoio é um deles.

Para contextualizar o serviço público de prevenção ao suicídio em questão, é indispensável explicar que se trata de um espaço que oferece atendimento à comunidade com foco na valorização da vida e na prevenção do suicídio. Sua abordagem é interdisciplinar, envolvendo psicólogos, médicos psiquiatras e assistentes sociais, sendo que a modalidade de tratamento realizada é a psicoterapia de crise, uma intervenção emergencial de curto prazo (com duração média de 6 a 8 semanas), voltada para reduzir a perturbação mental e, assim, diminuir o risco de suicídio.

A instituição atende tanto pacientes que procuram por demanda espontânea quanto os encaminhados de outros locais. Em vista disso, é necessário pontuar que um serviço de demanda espontânea não se configura como um serviço de emergência. Quando há pacientes que necessitam desse tipo de intervenção, eles são orientados a procurar o serviço de urgência do hospital psiquiátrico da rede SUS Estadual, situado em Teresina, que funciona 24h.

Essa conduta ocorre porque, nesses casos, há a necessidade de medicação para contenção da crise e de supervisão constante. No entanto, no serviço em questão, não há

estrutura para atender a essas demandas, uma vez que são realizadas apenas consultas e não há recursos para procedimentos hospitalares.

A instituição admite usuários de ambos os sexos, com idade a partir de 13 anos, em crise suicida e com risco médio/alto nos últimos 30 dias (pois indivíduos que se enquadram nesse critério de avaliação de risco necessitam de uma intervenção mais célere devido à iminência de tentativa de suicídio). A avaliação é realizada, inicialmente, pelos profissionais com base no módulo C sobre o Risco de Suicídio do Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) - DSM IV. Este módulo refere-se a uma entrevista diagnóstica padronizada, realizada por psicólogos ou assistentes sociais, que investiga os principais Transtornos Psiquiátricos do Eixo I do DSM IV.

Pela dinâmica do serviço, conforme a rotina do estágio e as normas internas da instituição, observa-se que a crise suicida é caracterizada como um breve e intenso episódio de ideação suicida, acompanhado de desejo suicida, uma tentativa recente de suicídio ou outros comportamentos relevantes ao suicídio. Segundo Botega (2015), ela é descrita como um intenso sofrimento capaz de levar a um colapso existencial, desencadeado por uma dor psíquica intolerável, e se configura por sentimentos de angústia, desamparo e falta de perspectiva, que podem levar o indivíduo a enxergar o suicídio como a única solução. Nesses casos, a capacidade de controle sobre a própria vida é significativamente reduzida, exigindo intervenção especializada (Botega, 2015).

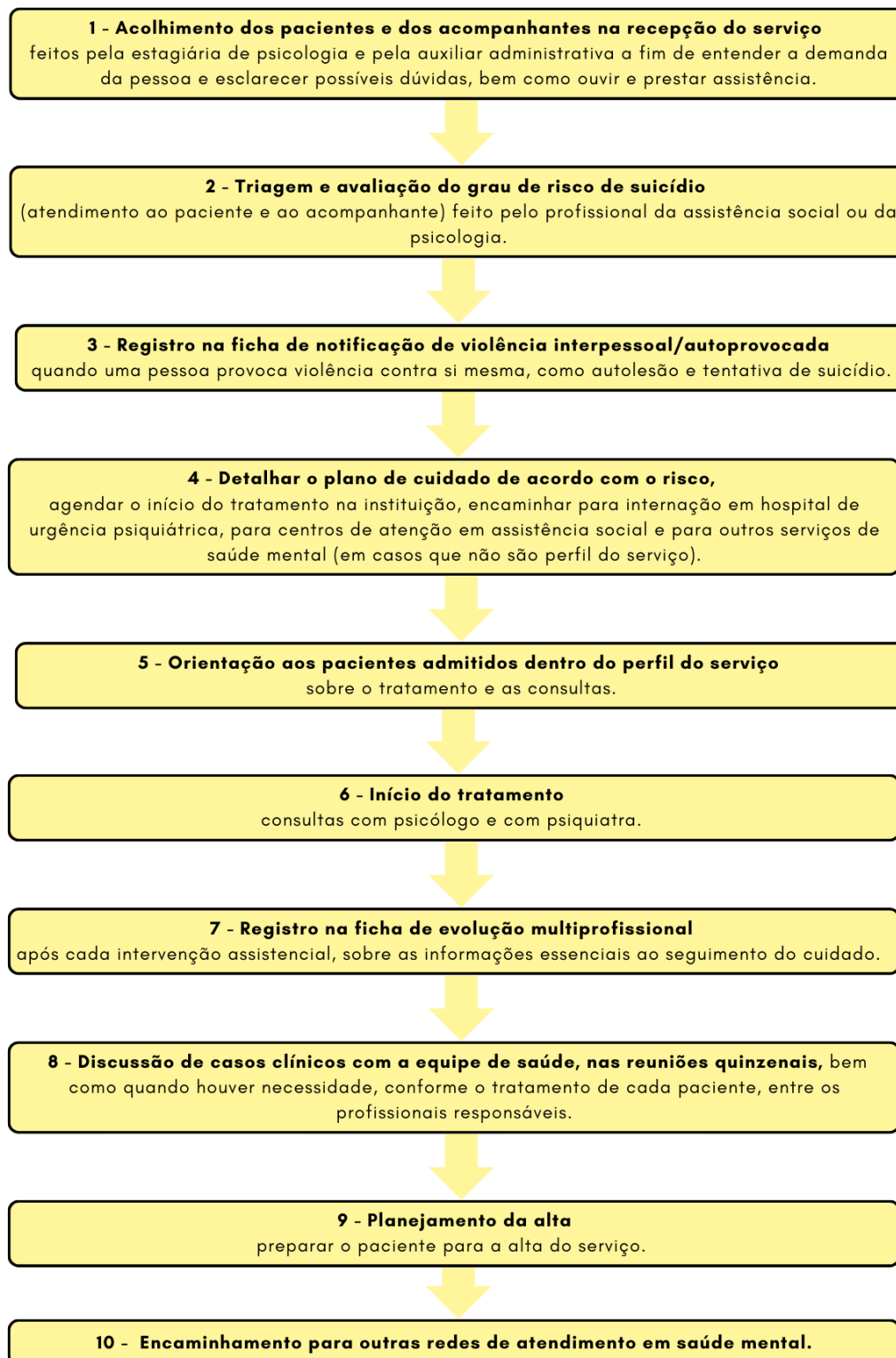
Nessa conjuntura, durante a execução do estágio no referido local, foi possível observar a sistemática de atendimento do serviço, que será apresentada nas seguintes etapas: 1) acolhimento dos pacientes e acompanhantes na recepção do serviço; 2) triagem e avaliação do grau de risco de suicídio; 3) registro na ficha de notificação de violência interpessoal/autoprovoada; 4) detalhamento do plano de cuidado de acordo com o risco; 5) orientação aos pacientes admitidos dentro do perfil do serviço; 6) início do tratamento; 7) registro na ficha de evolução multiprofissional; 8) discussão de casos clínicos com a equipe de saúde nas reuniões quinzenais; 9) planejamento da alta; 10) encaminhamento para outras redes de atendimento em saúde mental.



A representação visual desse processo de sistematização do cuidado está registrada nas etapas do fluxograma (Figura 1), produzido com auxílio do aplicativo Canva. Abaixo da imagem, estas informações são explicadas detalhadamente.

Figura 1: Fluxograma da sistematização do cuidado de atendimento do serviço.





Fonte: Oliveira *et al.* (2025).



A primeira etapa consiste em acolher os pacientes e os acompanhantes na recepção do serviço, realizada pela estagiária de psicologia e pela auxiliar administrativa, a fim de entender a demanda da pessoa, esclarecer possíveis dúvidas, além de ouvir e prestar assistência.

A segunda etapa refere-se ao momento em que o paciente chega pela primeira vez para atendimento. Realiza-se uma triagem (atendendo tanto o paciente quanto o acompanhante) com um profissional da assistência social ou da psicologia, para avaliar dados como: informações pessoais e de contato de uma pessoa da rede de apoio, uso atual de substâncias psicoativas, histórico médico pregresso, rede social de apoio, histórico de tratamento psicológico ou psiquiátrico, lista de verificação de sintomas e estados emocionais, automutilação, estressores pregressos e atuais.

Adicionalmente, realiza-se uma avaliação do risco atual de suicídio, investigando se há ideação suicida presente, qual é a motivação dessa ideação, o significado pessoal do morrer e do suicídio, assim como as razões para viver e para não se matar do usuário. Da mesma forma, são explorados aspectos relacionados ao plano e à intenção suicida atual, histórico de tentativas de suicídio anteriores, fatores de risco psicossociais, fatores de risco familiares, fatores de risco em pacientes com doenças clínicas e fatores de risco relacionados à personalidade.

A terceira etapa refere-se ao registro na ficha de notificação de violência interpessoal/autoprovocada, quando uma pessoa se provoca violência contra si mesma, como no caso de autolesões e tentativas de suicídio. É importante mencionar que esse registro pode ser feito em qualquer etapa do tratamento, sempre que o paciente comunicar uma nova autoagressão.

Na quarta etapa, detalha-se o plano de cuidado de acordo com o risco. Realiza-se o agendamento do início do tratamento na instituição para os pacientes admitidos dentro dos critérios do perfil do serviço. Encaminhamentos podem ser feitos para internação no hospital da rede SUS Municipal de Teresina-PI, que possui leitos psiquiátricos destinados, prioritariamente, à internação de pessoas com alto risco para suicídio, para centros de atenção em assistência social e para outros serviços de saúde mental (em casos que não se enquadram no perfil do serviço). O encaminhamento para internação

no hospital ocorre em casos de risco muito alto, ou seja, quando o paciente está em crise e expressa que tem um plano definido de suicídio, meios para executá-lo e já tomou providências para isso. No caso de pacientes em vulnerabilidade social, que necessitam de intervenção assistencial, são feitos encaminhamentos para centros de atenção em assistência social como CRAS, CREAS, entre outros, a fim de garantir essa assistência integrada.

Ademais, no caso de pacientes que não estejam no perfil de atendimento, como aqueles que apresentam comportamentos autolesivos sem relação com a intenção suicida, possuem idade inferior a 13 anos, não residem em Teresina-PI, não apresentam risco médio/alto de suicídio atualmente, ou estão em crise intensa necessitando de intervenção medicamentosa e observação hospitalar, entre outros, é feito um encaminhamento orientando o local mais indicado para cada situação, como CAPS, ambulatórios ou o hospital psiquiátrico de emergência, que funciona 24h.

A quinta etapa abrange a orientação aos pacientes admitidos dentro do perfil do serviço após a triagem, com o objetivo de explicar sobre como funciona o tratamento e as consultas.

A sexta etapa engloba o início do tratamento com psicólogo e psiquiatra. A frequência de atendimento é determinada de acordo com a avaliação do paciente pelos profissionais, variando de 7 a 14 dias para o atendimento psicológico e de 28 a 60 dias para a assistência psiquiátrica ambulatorial.

A sétima etapa se refere ao registro na ficha de evolução multiprofissional após cada intervenção assistencial, contendo informações essenciais para o acompanhamento contínuo do cuidado.

Na oitava etapa destina-se a discussão dos casos clínicos com a equipe de saúde, nas reuniões quinzenais, bem como quando houver necessidade, conforme o tratamento de cada paciente, entre os profissionais responsáveis.

Já na nona etapa diz respeito à preparação do paciente para a alta do serviço, após 6 a 8 semanas, tendo em vista que a psicoterapia de crise é uma modalidade de curta duração — caso o paciente não apresente mais risco atual de suicídio — ou

permanece pelo tempo necessário em casos mais complexos, como quando o usuário possui uma rede de apoio e vínculos familiares fragilizados.

Por fim, a décima e última etapa contempla o encaminhamento para outros serviços de atendimento em saúde mental, como CAPS e ambulatórios, após a alta do tratamento na referida instituição especializada em prevenção ao suicídio, a fim de dar continuidade ao cuidado em saúde.

#### 4 DISCUSSÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), uma estratégia de prevenção ao suicídio envolve múltiplas ações, como vigilância, restrição de meios, diretrizes para a mídia, redução do estigma e conscientização pública. Inclui também o treinamento de profissionais e serviços de prevenção e posvenção. O desenvolvimento dessa estratégia requer uma abordagem multissetorial, envolvendo setores como saúde, educação, justiça e bem-estar social, sendo adaptada conforme o contexto cultural de cada país (OMS, 2014).

Diante do exposto, cabe pontuar que, no que se refere à saúde e à prevenção, a sistemática de cuidado ante à crise suicida no serviço de prevenção ao suicídio onde foi realizado o estágio oferece um cuidado integral em saúde. Tendo em vista as atividades de prevenção proposta por meio dos atendimentos com profissionais qualificados, a fim de intervir na crise e tentar prevenir o suicídio.

A escuta ativa promovida a pacientes, acompanhantes e familiares possibilita um entendimento mais amplo sobre as decisões relativas à direção do cuidado. Essa intervenção profissional qualificada para a prevenção do suicídio, dentro das estratégias de cuidado, é fundamental para evitar o número de tentativas e de mortes decorrentes desse fenômeno. Nessa perspectiva, é imprescindível que os países invistam em oferecer um tratamento adequado e em políticas públicas eficazes para prevenir esse fenômeno (Colaço *et al.*, 2023).

Essa dimensão do tratamento ocorre de forma integrada, uma vez que a prática interprofissional visa promover a colaboração, essencial para a qualidade e eficiência no atendimento à saúde. Essa colaboração melhora os resultados ao fortalecer a identidade

compartilhada, os objetivos comuns, a interdependência, a integração, a responsabilidade conjunta e o trabalho em equipe (Bispo; Rossit, 2020). Isso favorece o cuidado ao paciente e à sua rede de apoio diante de um quadro de crise, em que as decisões sobre o tratamento precisam ser rápidas e eficientes, dada a iminência do risco de suicídio, bem como a elaboração de um plano terapêutico baseado na realidade de cada usuário, a fim de minimizar os impactos do sofrimento.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo, realizado sob a ótica de um relato de experiência consiste em uma visão prática sobre a sistemática de tratamento conduzida pela equipe de saúde mental de um serviço público de prevenção ao suicídio. A partir dessa análise, é possível identificar que a referida instituição representa um local qualificado de assistência aos usuários, articulando uma postura ativa com outros espaços de cuidado. Entretanto, apesar dos avanços observados, é necessário fortalecer a continuidade do acompanhamento dos pacientes a longo prazo, posto que a demanda acolhida na instituição exige esse tipo de cuidado.

Isso pois, como foi discutido ao longo deste trabalho, o suicídio envolve riscos multifatoriais e demanda estratégias de atenção à saúde a longo prazo, reforçando a importância do trabalho assistencial em rede e o compromisso do Estado com o direito à saúde. E isso deve ser elaborado em conjunto com os pacientes e suas famílias, com o objetivo de orientar os caminhos possíveis para promover a assistência contínua e fortalecer os fatores de proteção.

A intervenção profissional qualificada para a prevenção do suicídio é fundamental para evitar o número de tentativas e mortes decorrentes desse fenômeno. Nessa perspectiva, é imprescindível que os países invistam na oferta de tratamento adequado voltado para a intervenção em crise suicida. Ademais, diante da alarmante realidade brasileira, observa-se a escassez de políticas públicas de prevenção, o que pode refletir na sobrecarga dos serviços existentes. Em situações de risco iminente de morte, é essencial uma intervenção célere. E, no que se refere a um risco iminente de morte, é primordial uma célere intervenção. Dessa forma, é necessário que as entidades

governamentais invistam em mais serviços dessa natureza, visando também reduzir os impactos psicossociais e econômicos na sociedade provocados por esse quadro.

## REFERÊNCIAS

AMORIM, Patrícia. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 22, n. 3, p. 106–115, set. 2000.

BISPO, Emanuella Pinheiro de Farias; ROSSIT, Rosana Ap. Salvador. **Avaliação da colaboração interprofissional**: Escala de avaliação da Colaboração Interprofissional em Equipe (AITCS-IIBR). São Paulo [SP]: Universidade Estadual de Alagoas; Universidade Federal de São Paulo/Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde, 2020.

BRASIL. **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. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 26 abr. 2019. Disponível em:  
<https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-or-gaos-colegiados/cgpnas/atos-normativos/lei-no-13-819-de-26-de-abril-de-2019.pdf/@download/file>  
Acesso em: 08 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ações do Ministério da Saúde**. Brasília, DF, nov. 2022a. Disponível em:  
<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/suicidio-prevencao/acoes-do-ministerio-da-saude> Acesso em: 09 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.876**, de 14 de agosto de 2006. Institui Diretrizes Nacionais Para Prevenção do Suicídio, A Ser Implantadas em Todas As Unidades Federadas, Respeitadas As Competências das Três Esferas de Gestão. Brasília, 14 ago. 2006. Disponível em:  
[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876\\_14\\_08\\_2006.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html)  
Acesso em: 09 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.479**, de 18 de dezembro de 2017. Institui Comitê para a elaboração e operacionalização do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio no Brasil. Brasília, 18 dez. 2017. Disponível em:  
[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3479\\_22\\_12\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3479_22_12_2017.html)  
Acesso em: 10 out. 2023.



BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.491**, de 18 de dezembro de 2017. Institui incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento de projetos de promoção da saúde, vigilância e atenção integral à saúde direcionados para prevenção do suicídio no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS), a onerarem o orçamento de 2017. Brasília, 18 dez. 2017b. Disponível em:

[https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3491\\_22\\_12\\_2017.html](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3491_22_12_2017.html)

Acesso em: 10 out. 2023.

BRASIL Ministério da Saúde. **Transtornos de ansiedade podem estar relacionados a fatores genéticos**, Brasília, 21 set. 2022b. Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/setembro/transtornos-de-ansiedade-podem-estar-relacionados-a-fatores-geneticos#:~:text=A%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20Prim%C3%A1ria%20%C3%A0%20Sa%C3%BAde,que%20interferem%20nas%20mudan%C3%A7as%20comportamentais%2C> . Acesso em: 28 out. 2024.

BRITO, Mara Dalila Leandro de Sousa *et al.* Comportamento suicida e estratégias de prevenção sob a ótica de professores. **Escola Anna Nery**, v. 24, n. 4, p. e20200109, 2020.

BOTEGA, Neury José. **Crise suicida : avaliação e manejo [recurso eletrônico]**. Porto Alegre : Artmed, 2015.

BOTEGA, Neury José. **Prática psiquiátrica no hospital geral : interconsulta e Emergência [recurso eletrônico]** 4. ed. Porto Alegre : Artmed, 2017.

BOTEGA, Neury José; RAPELI, Claudemir Benedito. **Tentativa de suicídio**. In: *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*. Porto Alegre: Artmed, p. 365- 377, 2002.

BERTOLETE, José Manoel. **O suicídio e sua prevenção**. Editora Unesp, 2012.

COLAÇO, Joyce Aparecida da Luz *et al.* Competências Interprofissionais nucleares no cuidado em saúde: um estudo teórico. **RECIMA21-Revista Científica Multidisciplinar-ISSN 2675-6218**, v. 4, n. 1, p. e412607-e412607, 2023. Disponível em: <https://recima21.com.br/index.php/recima21/article/view/2607> .

Acesso em: 02 nov. 2024.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2022**, Brasil, 2022. Disponível em:

<https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2022/06/anuario-2022.pdf?v=15>

Acesso em: 06 out. 2023.

LAGUNA, Gabriela Garcia de Carvalho *et al.* Estratégias terapêuticas no manejo do risco suicida. **Saúde. com**, v. 19, n. 2, 2023. Disponível em:

<https://periodicos2.uesb.br/index.php/rsc/article/view/12256/8031>. Acesso em: 03 mai. 2024.

OPAS/OMS. **A prevenção ao suicídio deve ser uma prioridade: diretor da OPAS.** Washington, DC, set. de 2023 (OPAS). Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/8-9-2023-prevencao-ao-suicidio-deve-ser-uma-prioridade-diretor-da-opas> Acesso em: 08 out. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE *et al.* **Prevenção do suicídio Um imperativo global.** 2014. Disponível em: [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779\\_eng.pdf](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_eng.pdf). Acesso em: 14 nov. 2024.

RODRIGUES, Maria de Fátima *et al.* Comportamento suicida: o perfil epidemiológico das lesões autoprovocadas no Estado de Goiás. **Rev. Científica da Escola Estadual Saúde Pública Goiás Cândido Santiago**, v. 6, n. 2, p. e600003, 2020.

SANTOS, Thiago Leonardo dos *et al.* Manejo de Pacientes com Ideação Suicida em Atendimento de Urgência e Emergência. **RECIMA21-Revista Científica Multidisciplinar-ISSN 2675-6218**, v. 4, n. 8, p. e483709-e483709, 2023. Disponível em: <https://recima21.com.br/index.php/recima21/article/view/3709/2682> Acesso em: 02 mai. 2024.

STONE, Deborah M. *et al.* **Preventing suicide:** A technical package of policies, programs, and practice. 2017. Disponível em: <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/44275> Acesso em: 28 out. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Preventing suicide: a global imperative.** WHO, Geneva, 2014. Disponível em: [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779\\_eng.pdf?sequence=1](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_eng.pdf?sequence=1) Acesso em: 06 out. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Suicide worldwide in 2019: Global Health Estimates.** WHO, Geneva, 2021. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/341728/9789240026643-eng.pdf?sequence=1> Acesso em: 09 out. 2023.