



FLUXO DE MANEJO DO PACIENTE COM IDEACÃO SUICIDA NO PRONTO ATENDIMENTO

FLOWCHART FOR THE MANAGEMENT OF PATIENTS WITH SUICIDAL IDEATION IN THE EMERGENCY ROOM

FLUJO DE MANEJO DEL PACIENTE CON IDEA SUICIDA EN URGENCIAS



10.56238/edimpecto2025.028-014

Luiza de Miranda Camapum

Graduanda em Medicina

Instituição: Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás)

Pedro Bento Alves Paglioli

Médico Cremers

Instituição: Universidade de Caxias do Sul

Cleaide Ataíde Lima Assunção

Doutoranda em Odontologia (Orientadora)

Instituição: Universidade Federal do Maranhão (UFMA)

RESUMO

A ideação suicida é considerada uma das mais graves emergências psiquiátricas, caracterizada pelo risco imediato de morte, sofrimento psicológico intenso e grande vulnerabilidade social. O pronto atendimento é frequentemente o primeiro ponto de contato do paciente em crise com os serviços de saúde, e a resposta rápida e adequada da equipe pode ser decisiva para salvar vidas. A abordagem deve ser multidimensional, contemplando avaliação clínica, psiquiátrica, social e ética, garantindo tanto a preservação da vida quanto o respeito à dignidade do indivíduo. Neste capítulo, discutiremos os principais aspectos do manejo da ideação suicida em pronto atendimento, organizados em oito tópicos que abordam desde a triagem inicial até a articulação com políticas públicas de prevenção.

Palavras-chave: Ideação Suicida. Emergências Psiquiátricas.

ABSTRACT

Suicidal ideation is considered one of the most serious psychiatric emergencies, characterized by immediate risk of death, intense psychological distress, and high social vulnerability. Emergency care is often the first point of contact for patients in crisis with health services, and a rapid and appropriate response from staff can be decisive in saving lives. The approach must be multidimensional, encompassing clinical, psychiatric, social, and ethical assessment, ensuring both the preservation of life and respect for the individual's dignity. In this chapter, we will discuss the main aspects of managing suicidal ideation in emergency care, organized into eight topics ranging from initial screening to coordination with public prevention policies.



Keywords: Suicidal Ideation. Psychiatric Emergencies.

RESUMEN

Las ideas suicidas se consideran una de las emergencias psiquiátricas más graves, caracterizadas por el riesgo inmediato de muerte, un intenso sufrimiento psicológico y una gran vulnerabilidad social. La atención de urgencia suele ser el primer punto de contacto del paciente en crisis con los servicios de salud, y la respuesta rápida y adecuada del equipo puede ser decisiva para salvar vidas. El enfoque debe ser multidimensional, contemplando la evaluación clínica, psiquiátrica, social y ética, garantizando tanto la preservación de la vida como el respeto a la dignidad del individuo. En este capítulo, discutiremos los principales aspectos del manejo de las ideas suicidas en la atención de urgencia, organizados en ocho temas que abarcan desde la evaluación inicial hasta la articulación con las políticas públicas de prevención.

Palabras clave: Ideación Suicida. Emergencias Psiquiátricas.



1 AVALIAÇÃO INICIAL E ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

O primeiro passo no atendimento de um paciente com ideação suicida é a avaliação clínica completa, assegurando a estabilidade hemodinâmica e a exclusão de condições agudas como intoxicações ou traumas. Em seguida, deve-se realizar a estratificação do risco suicida por meio de entrevista clínica estruturada e uso de instrumentos validados, como a Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS). É importante investigar fatores de risco, como tentativas prévias, transtornos psiquiátricos, uso de substâncias, histórico de impulsividade e ausência de rede de apoio social. Fatores protetores, como religiosidade, suporte familiar e projetos de vida, também devem ser explorados. A anamnese deve ser realizada em ambiente seguro e acolhedor, garantindo privacidade e evitando julgamentos. A correta estratificação permite definir se o paciente pode ser acompanhado em regime ambulatorial ou se necessita de observação hospitalar ou internação imediata.

2 INTERVENÇÕES IMEDIATAS NO PRONTO ATENDIMENTO

Após a avaliação inicial, a prioridade deve ser a redução do risco imediato de suicídio. Isso inclui a retirada de meios letais do ambiente, a presença de acompanhante de confiança e, se necessário, a contenção verbal, mecânica ou farmacológica. Em casos de agitação psicomotora intensa, podem ser utilizados benzodiazepínicos ou antipsicóticos de curta ação, sempre com monitorização clínica rigorosa. A abordagem deve ser empática, evitando posturas confrontativas. É recomendável a elaboração de um plano de segurança ainda durante a permanência no pronto atendimento, incluindo contatos de emergência, estratégias de enfrentamento e orientações para familiares. Em casos de risco elevado, deve-se providenciar internação psiquiátrica imediata, voluntária ou involuntária, de acordo com a legislação vigente, assegurando documentação adequada em prontuário.

3 INTEGRAÇÃO COM CONDIÇÕES CLÍNICAS ASSOCIADAS

Muitos pacientes com ideação suicida apresentam condições clínicas concomitantes que agravam o risco, como intoxicação alcoólica, overdose de medicamentos, doenças crônicas incapacitantes ou dor crônica refratária. O atendimento deve priorizar a estabilização dessas condições, garantindo desintoxicação, suporte hemodinâmico e tratamento de comorbidades. Pacientes com doenças terminais ou incapacitantes frequentemente apresentam sofrimento físico e psíquico que contribui para o desejo de morte, demandando abordagem paliativa integrada. A articulação entre clínica médica, psiquiatria, neurologia e outras especialidades é crucial para um cuidado completo. A falha em tratar as condições clínicas associadas compromete não apenas a sobrevida imediata, mas também a efetividade da prevenção do suicídio em longo prazo.



4 CONTINUIDADE DO CUIDADO E PREVENÇÃO SECUNDÁRIA

O manejo da crise suicida no pronto atendimento deve ser entendido como o primeiro passo de um processo contínuo. Após a estabilização, é essencial garantir encaminhamento para serviços especializados, como CAPS, ambulatorios de saúde mental ou internação em enfermarias psiquiátricas. A prevenção secundária inclui intervenções psicoterápicas, uso de farmacoterapia adequada e fortalecimento da rede de apoio social. O acompanhamento pós-alta é fundamental, visto que o risco de nova tentativa é mais elevado nas primeiras semanas após o atendimento emergencial. Estratégias como contato telefônico ativo, visitas domiciliares e inclusão em grupos terapêuticos contribuem para reduzir o risco de reincidência. A construção de vínculo entre paciente e equipe é determinante para adesão ao tratamento e prevenção de novos episódios.

5 ABORDAGEM MULTIPROFISSIONAL NO MANEJO DA CRISE SUICIDA

A ideação suicida deve ser enfrentada de forma multiprofissional, envolvendo médicos, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais. A enfermagem desempenha papel fundamental na vigilância constante, no acolhimento e na administração segura de medicamentos. Psicólogos podem oferecer intervenções breves de suporte, ajudando o paciente a desenvolver estratégias de enfrentamento imediato. O serviço social atua na identificação de vulnerabilidades socioeconômicas e na articulação com a rede comunitária. Além disso, terapeutas ocupacionais contribuem para resgatar habilidades de vida diária e reinserção social. Essa abordagem integrada amplia a compreensão do sofrimento do paciente e promove cuidado mais efetivo e humanizado.

6 MANEJO DE INTOXICAÇÕES ASSOCIADAS À TENTATIVA DE SUICÍDIO

Uma grande parcela das tentativas de suicídio envolve ingestão de substâncias tóxicas, como medicamentos, pesticidas, álcool ou drogas ilícitas. O manejo deve começar com a estabilização clínica e o suporte vital, incluindo monitorização, ventilação assistida quando necessário e reposição volêmica. A lavagem gástrica e o uso de carvão ativado podem ser indicados em casos selecionados, respeitando critérios de tempo de ingestão e risco de aspiração. Antídotos específicos, como naloxona para opioides ou flumazenil para benzodiazepínicos, devem ser administrados conforme indicação. O paciente deve permanecer em observação até a completa estabilização. Após a fase aguda, a avaliação psiquiátrica torna-se indispensável para compreender a motivação da tentativa e prevenir recorrência. A integração entre toxicologia, clínica médica e psiquiatria é crucial nesse contexto.



7 ASPECTOS LEGAIS E ÉTICOS DO MANEJO DA IDEACÃO SUICIDA

O manejo de pacientes com ideação suicida envolve desafios éticos e legais delicados. Em situações de risco iminente, a internação involuntária pode ser necessária, devendo seguir a legislação vigente e ser devidamente comunicada ao Ministério Público. O sigilo médico pode ser quebrado quando há risco concreto à vida, autorizando a comunicação a familiares ou responsáveis. O registro detalhado das condutas no prontuário é fundamental para garantir respaldo ético e legal. Além disso, deve-se respeitar a autonomia do paciente sempre que possível, equilibrando-a com os princípios da beneficência e da não maleficência. A atuação ética fortalece a relação terapêutica e garante maior legitimidade às intervenções médicas.

8 ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO E POLÍTICAS PÚBLICAS

A prevenção do suicídio exige ações que ultrapassem o pronto atendimento, articulando políticas públicas e estratégias comunitárias. Programas escolares de promoção da saúde mental, campanhas de conscientização, linhas de apoio telefônico como o CVV (188) e a ampliação da rede CAPS são ferramentas indispensáveis. O treinamento de equipes de saúde para detecção precoce de risco e acolhimento adequado reduz significativamente a mortalidade. No âmbito hospitalar, a existência de protocolos de manejo padronizados e fluxos de encaminhamento fortalece a resposta à crise suicida. A prevenção deve ser vista como responsabilidade compartilhada entre profissionais de saúde, gestores, educadores e sociedade civil, garantindo um sistema de apoio contínuo e acessível.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O fluxo de manejo do paciente com ideação suicida no pronto atendimento deve ser ágil, estruturado e interdisciplinar. Avaliação inicial criteriosa, intervenções imediatas, integração com condições clínicas, continuidade do cuidado e respeito a aspectos éticos e legais são componentes indissociáveis. O envolvimento multiprofissional e a articulação com políticas públicas ampliam as possibilidades de prevenção. O atendimento adequado não apenas salva vidas, mas também contribui para reduzir o estigma e fortalecer a rede de cuidado em saúde mental.



REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. Prevenção do Suicídio: um imperativo global. Genebra; 2014.
2. Ministério da Saúde. Suicídio: saber, agir e prevenir. Brasília; 2020.
3. American Psychiatric Association. Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors. 2019.
4. Posner K, Brown GK, Stanley B, et al. The Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS). Am J Psychiatry. 2011.
5. Kaplan HI, Sadock BJ. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 10th ed. Wolters Kluwer; 2017.
6. Joiner T. Why People Die by Suicide. Harvard University Press; 2005.
7. Bertolote JM, Fleischmann A. Suicidal behavior prevention: WHO perspectives. Crisis. 2002.
8. Hawton K, van Heeringen K. Suicide. Lancet. 2009.
9. Turecki G, Brent DA. Suicide and suicidal behaviour. Lancet. 2016.