



Prefeitura Municipal de Jaboticabal
Secretaria Municipal de Saúde
Rua Santo André, nº 608, Nova Jaboticabal
Telefone (16) 3203-5674
E-mail: caps@jaboticabal.sp.gov.br

Jaboticabal, 06 de Setembro de 2022

Ofício nº 31/2022

Assunto: Solicitação de Informações por parte da Comissão de Assuntos Relevantes da Câmara Municipal.

Em resposta a solicitação a excelentíssima Senhora Vereadora Professora Paula Faria, presidenta da Comissão de Assuntos Relevantes, em consonância com a Resolução nº 369/2022, venho por meio deste informar sobre o número de ideação de suicídio que foram notificados no serviço, por meio de notificação preenchida pelos profissionais do serviço (Anexo 1).

Os pacientes que chegam ao CAPS com ideação suicida, ou tentativa de suicídio, vêm por demanda espontânea, encaminhados pela Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Assistência Social (CRAS, CREAS), Conselho Tutelar, Casa Transitória, Casa Maria, Ordem Judicial, Ambulatório de Saúde Mental, Atenção Básica.

No ano de 2022 foram contabilizados até o mês de agosto, 72 notificações de ideação suicida. Tais dados não incluem todas as notificações do município, apenas os casos que chegaram até a unidade.

Total de notificações de ideação suicida no ano de 2022	72
Homens	40
Mulheres	32

De 12 a 17 anos	10
De 18 a 59 anos	62
Acima de 60 anos	0

Com passagem na psiquiatria/psicologia na saúde pública	33
Sem passagem na psiquiatria/psicologia na saúde pública	39

Na oportunidade, apresento protestos de elevada estima e consideração.

Atenciosamente,

Thaís Souza Paulillo

Psicóloga

CRP 06/166857



Thaís Souza Paulillo

Psicóloga do CAPS II

Interlocutora da Saúde Mental de Jaboticabal

ANEXO I

PREFEITURA MUNICIPAL DE JABOTICABAL

SECRETARIA MUNICIPAL DE JABOTICABAL

CAPS II- Centro de Atenção Psicossocial de Jaboticabal-SP

Centro de Atenção Psicossocial



NOTIFICAÇÃO DE IDEIAÇÃO OU TENTATIVA DE SUICÍDIO

DADOS DO PACIENTE

Nome do Paciente: _____

Nome do Mãe ou Pai: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Estado Civil: _____

Endereço: _____ Telefone: _____

Faz tratamento Psiquiátrico () Não () Sim. Se Sim, onde _____

Ideação Suicida: () Sim () Não Se sim, como é? _____

Já teve Tentativa () Não () Sim.

Data da Tentativa:

Método Utilizado: () Ingestão de medicamentos () Enforcamento () Arma de Fogo () Arma Branca () Ingestão de Pesticidas () Outros: _____

Faz uso de Drogas () Não () Sim Quais: _____

Conduta Adotada: _____

Unidade de Saúde:

Profissional:

Data: ____ / ____ / ____.