



Telessaúde
UFSC



apresentam

MANEJO DO RISCO DE SUICÍDIO NA APS

Paula Thais Avila do Nascimento

Médica de Família e Comunidade (UFSC/GHC - RS)
Coordenação de Qualificação Profissional DAPS/SES/SC

O que iremos conversar hoje

O que é suicídio e comportamento suicida
Epidemiologia (breve) do suicídio
Como identificar o risco de suicídio
Como avaliar o risco de suicídio
Como manejar o risco de suicídio na APS

Setembro amarelo



Campanha que visa a prevenção
ao suicídio

1994 - Suicídio de Mike Emme
de 17 anos

Conceito

Suicídio: ato intencional para extinguir a própria vida

Problema importante de saúde pública

No mundo, uma em cada 100 mortes por suicídio (58% < 50 anos)

Comportamento suicida

Inclui ideação, intenção, tentativa, auto-mutilação e suicídio

Associado a transtornos mentais (depressão e abuso/dependência de álcool e outras drogas), ausência de apoio social, histórico de suicídio na família e estressores.



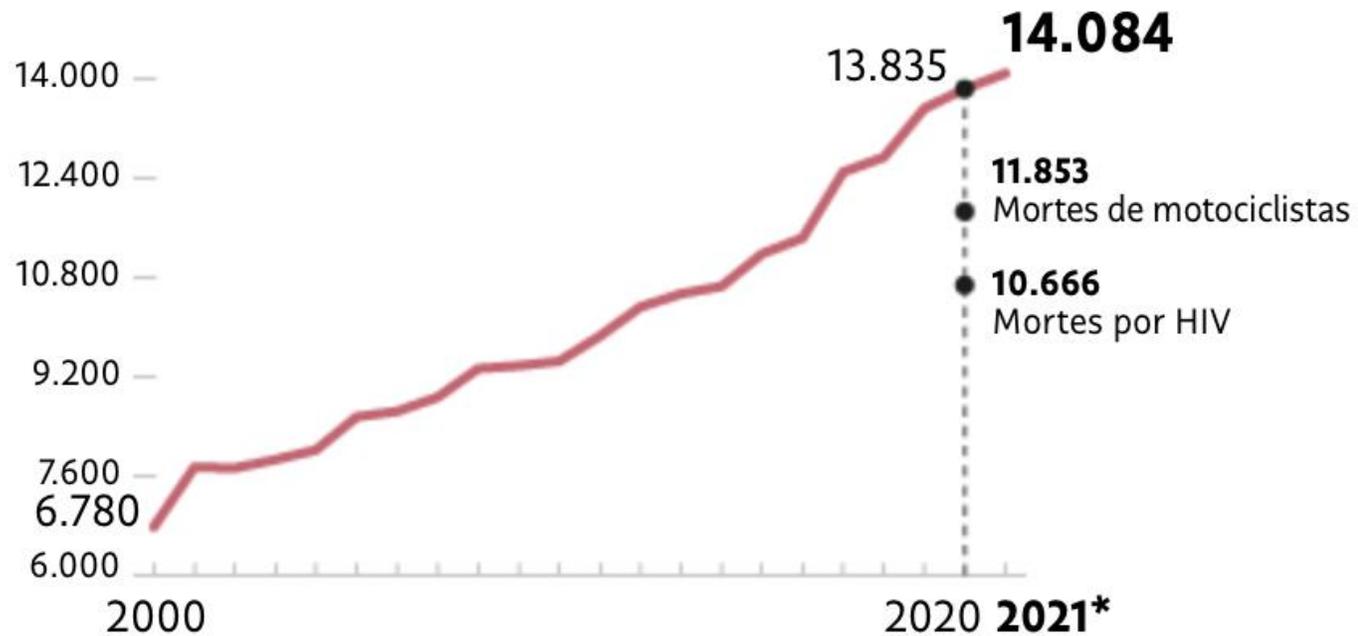
Comportamento suicida

Pobreza, desemprego, baixo nível educacional também tem associação.

Populações que estão mais vulneráveis a pressões sociais e discriminação LGBTQIA+, indígenas, negros(as), situação de rua, etc.



Suicídios dobraram nos últimos 20 anos no Brasil



Brasil está entre os dez países com maiores números absolutos de suicídio

SC é o quarto Estado com maior taxa de suicídio

Taxa de mortalidade por suicídio*

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Brasil	5,4	5,5	6,0	6,1	6,5	6,5
Região Sul	8,5	8,8	9,6	9,7	10,5	10,3
Santa Catarina	9,3	9,7	10,5	10,3	11,1	10,7

Referência: SIM (Datasus); Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

*por 100.000 habitantes

> [Braz J Psychiatry](#). 2022 Jul 15. doi: 10.47626/1516-4446-2022-2581. Online ahead of print.

Differential impact in suicide mortality during the COVID-19 pandemic in Brazil

Felipe Ornell ¹, Daniela Benzano ¹, Wyllians Vendramini Borelli ²,
Joana Correa de Magalhães Narvaez ³, Helena Ferreira Moura ⁴, Ives Cavalcante Passos ⁵,
Anne Orgler Sordi ⁶, Jaqueline Bohrer Schuch ¹, Felix Henrique Paim Kessler ¹,
Juliana Nichterwitz Scherer ⁷, Lisia von Diemen ¹

- COVID não alterou taxas médias de suicídio no Brasil (2010-20)
 - ↑ mulheres (7%) e idosos (9%)
 - Não afetou por raça ou nível educacional

Estratégias para prevenção

- Treinar médicos de cuidados primários para identificar e tratar depressão
- Educar jovens sobre depressão e comportamento suicida
- Identificar e abordar fatores de risco e proteção
- Estratégias para lidar com estresse e IS
- Seguir pacientes após tratamento para TS
- Psicoterapia
- Restringir meios

Caso Clínico

Sandra, 30 anos, solteira, mora com a família. Trabalha como gerente em empresa de cartões. Há 3 dias, tentativa de suicídio com cocaína ingerida. Não fazia uso prévio de SPA, nega história pessoal de diagnóstico de doença psiquiátrica, uma tentativa anterior (há menos de 2 meses). Amigas desconfiaram que ela iria cometer ato e a levaram para atendimento. Agora busca a APS para avaliação e seguimento.

Manejo

Acolhimento

Identificação

Avaliação

Intervenção

Tratamento

Acolhimento

Abordagem compassiva baseada em: Escuta
Interesse pela narrativa, sentimentos Conclusões
apressadas atrapalham (é impossível prever o risco com
exatidão)
Oferta de tempo e apoio.

Identificação do Risco de Suicídio

Entrevista clínica detalhada

Identificação do tipo de comportamento suicida

Fatores de risco e fatores de proteção (salutogênicos)

Avaliação da necessidade de coletar informações com terceiros (rede de apoio)

Realizar exame do estado mental

Algumas perguntas-guia

- Há meios acessíveis para cometer suicídio (Armas, andar onde mora, remédios ou inseticidas)?
- Há plano atual? Qual a letalidade do plano e a concepção da letalidade pelo paciente? Qual a probabilidade de resgate/como foi o resgate?
- Alguma preparação foi feita(Carta, testamento ou acúmulo de comprimidos)? Quão próximo o paciente esteve de completar o suicídio? O paciente praticou anteriormente o ato suicida ou já tentou?

Algumas perguntas-guia

- O paciente tem habilidade de controlar seus impulsos?
- Há fatores estressantes recentes que tenham piorado as habilidades de lidar com as dificuldades ou de participar no plano de tratamento?
- Há fatores protetores? Quais os motivos para o paciente se manter vivo? Qual a visão do paciente sobre o futuro?

Classificação do comportamento suicida

- Ideação suicida
- Risco: magnitude, clareza e persistência
- Intenção suicida
- Expectativa de morte por suicídio, risco: letalidade do método
- Planejamento e preparação do suicídio
- Iminência do ato, risco: planos premeditados, poucas chances de serem descobertos, método altamente letal

Classificação do comportamento suicida

Tentativa de suicídio

Risco: história prévia independente da letalidade do método

Autolesão com intencionalidade ou não suicida

Controle da angústia por meio de lesões autoprovocadas, especialmente se cortando e, que não tem uma intenção suicida;

Risco: eleva-se entre 30 a 100 vezes no ano após a automutilação 1 em cada 15 pessoas morrem por suicídio dentro de 9 anos

Fatores de Risco para o Suicídio

- Comportamento suicida prévio, história de transtorno mental Plano de suicídio atual, disponibilidade de meios letais
- Autolesão (jovens - bullying, violência física, solidão, apoio limitado dos pais e uso de álcool e tabaco)
- História de abuso ou abandono na infância
- História familiar de morte por suicídio ou de transtorno mental Sexo masculino

Fatores de Risco para o Suicídio

- Doença física (crônica/incapacitante) Estado civil (divorciado, solteiro, viúvo)
- Profissões/ocupações (desempregados, autônomos, agrícolas, profissionais médicos e dentistas)
- Estressores psicossociais

Fatores Salutogênicos

- Acesso a direitos sociais
- Sono, alimentação, exercícios
- Crenças, padrões mentais
- Habilidade para resolução de problemas
- Interação social, relações familiares
- Espiritualidade



Exame Mental

Considerar pensamentos e atos de autolesão dentro do contexto de quaisquer sintomas psiquiátricos atuais. A agitação é uma característica preocupante se presente ao lado da ideação suicida.

Delírios estruturados, atividade alucinatória, intoxicações



Avaliação do Risco do Suicídio

As ferramentas para avaliação do risco de suicídio usam principalmente fatores de risco demográficos

As escalas de risco podem fornecer falsas garantias

Um paciente pode não admitir explicitamente os pensamentos de autolesão ou uma história de autolesão ou de tentativas de suicídio

Um artigo* revisando 70 estudos de pessoas com pensamentos suicidas constatou que aproximadamente 60% das pessoas que morreram subsequentemente pelo suicídio, havia negado os pensamentos suicidas quando perguntados previamente por um profissional de saúde

necessidade de uma relação de confiança APS como lugar potente!

Avaliação do Risco do Suicídio

Risco Baixo

- Autolesão
- Ideação suicida sem plano
- Sem histórico de tentativa

Avaliação do Risco do Suicídio

Risco Médio

- Ideação suicida frequente e persistente, sem plano
- Histórico de tentativa
- Ausência de impulsividade ou abuso/dependência de álcool ou outras drogas

Avaliação do Risco do Suicídio

Risco Alto

- Ideação suicida frequente e persistente com plano, ameaça ou tentativa;
- Histórico de tentativa;
- Fatores agravantes (impulsividade, rigidez no propósito, desespero, delirium, alucinações, abuso/ dependência de álcool ou outras drogas)

Manejo do Risco do Suicídio

- O manejo se inicia desde o acolhimento.
- Identificação do transtorno mental (se existir) subjacente e tratamento adequado.
- Elaboração de um plano de segurança individualizado - abordando as atuais preocupações do paciente e incluindo maneiras para lidar com quaisquer crises futuras.
- Acionar rede de apoio
- Manter paciente em seguimento - retornos frequentes

Plano de Segurança

- Estratégias para lidar com o sofrimento
- Remoção do acesso aos meios
- Lista de pessoas e organizações a serem contatadas
- O plano pertence ao paciente
- (profissional de saúde e pessoas importantes da rede de apoio podem manter uma cópia)
- Pode e deve ser reavaliado
- regularmente como parte do seguimento



Os pacientes com alto risco de suicídio precisarão de apoio mais intenso e/ou encaminhamento para serviços de saúde mental especializados.

E

O médico de família dela me contou que fez a seguinte abordagem:

contratualizou um plano de segurança de modo conjunto com ela, equipe e rede de apoio prescreveu medicamento para o transtorno de humor, agendou retorno em 3 dias para ver como ela estava e depois semanalmente, disponibilizou o telefone pessoal dele caso ela precisasse no final de semana (ela nunca precisou contatar)

Sobre laços

- O suicídio é um evento evitável
- 45% cometem suicídio tiveram contato com profissional de saúde (não especialista) no último mês (77% - 12 meses)*
- Como profissionais de saúde podemos ajudar a pessoa a refazer **laços**.

Grata pela oportunidade!

contato:

paula.avila.nascimento@posgrad.ufsc.br

Referências

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 3. Disponível em <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizConsolidacao/Matrix3Redes.html>> Acesso em: 20 de agosto de 2018.

BMJ Best Practice. Manejo do risco de suicídio. Acesso em: <https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/1016?q=Manejo%20do%20risco%20de%20suic%C3%ADdio&c=recentlyviewed>

CFM/ABP. Suicídio: informando para prevenir / Associação Brasileira de Psiquiatria, Comissão de Estudos e Prevenção de Suicídio – Brasília. Disponível em: <<https://www.abp.org.br/cartilha-combate-suicidio>> Acesso em 23 de setembro de 2018.

COSTA NETO MM. Educação permanente. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2000. Cadernos de Atenção Básica.

Kristen E. D'Anci, PhD, Stacey Uhl, MS, Gina Giradi, MS, and Constance Martin, BA. Treatments for the Prevention and Management of Suicide. *Ann Intern Med.* 2019;171:334-342.

LAVRAS, Carmen. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Saude soc., São Paulo*, v. 20, n. 4, p. 867-874, Dec.2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104_12902011000400005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 2 de outubro de 2018.

LOVISI, GM et al. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. *Brazilian Journal of Psychiatry [online]*. 2009, v. 31, suppl 2, pp. S86-S93. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1516-44462009000600007>>. Epub 24 Nov 2009. ISSN 1809-452X. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462009000600007>.

MELEIRO A, TENG CT, WANG YP. Suicídio: estudos fundamentais. São Paulo: Segmento Farma; 2004.

MS. Rede de Atenção Psicossocial – RAPS. Disponível em <<http://portalms.saude.gov.br/artigos/770-sistema-nacional-de-saude/40315-atencao-basica>>. Acesso em 18 de setembro de 2018.

Mann, JM.D., Christina A. Michel, M.A., Randy P. Auerbach, Ph.D. Improving Suicide Prevention Through Evidence-Based Strategies: A Systematic Review. - *Am J Psychiatry* 178:7, July 1 2021 - I

OMS. Saúde mental: é necessário aumentar recursos em todo o mundo para atingir metas globais. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5694:saude-mental-e-necessario-aumentar-recursos-em-todo-o-mundo-para-atingir-metas-globais&Itemid=839> Acesso em 31 de julho 2018.

. Prevenção do Suicídio: Um recurso para Conselheiros. Departamento de Saúde Mental e de abuso de Substâncias. Genebra 2006. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/media/counsellors_portuguese.pdf. Acesso em: 01 de Agosto de 2018.

_____. (2021). Live life: an implementation guide for suicide prevention in countries. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/341726>.

Ornell, F., Benzano, D., Borelli, W. V., Narvaez, J., Moura, H. F., Passos, I. C., Sordi, A. O., Schuch, J. B., Kessler, F., Scherer, J. N., & Diemen, L. V. (2022). Differential impact in suicide mortality during the COVID-19 pandemic in Brazil. *Revista brasileira de psiquiatria (Sao Paulo, Brazil : 1999)*.

Perguntas e respostas