



DEPARTAMENTO DE
Saúde Pública
Universidade Federal de Santa Catarina



**GOVERNO
DE SANTA
CATARINA**
Secretaria da Saúde



apresentam

SETEMBRO AMARELO



Organização Nacional:



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA



Apoio estadual:

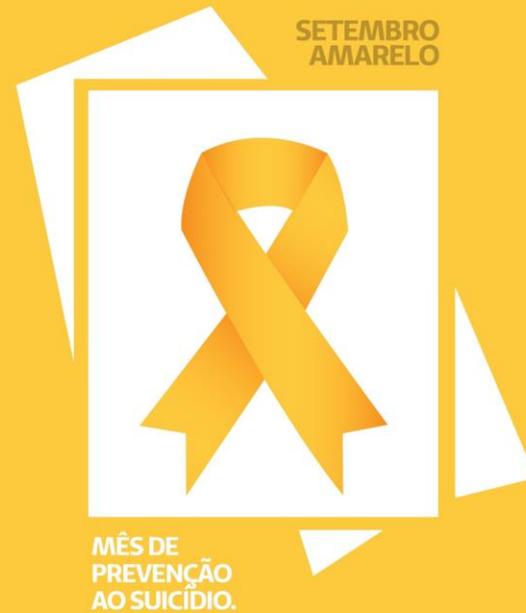


Associação Catarinense
de Psiquiatria



**GOVERNO
DE SANTA
CATARINA**
Secretaria de Estado da Saúde

SETEMBRO AMARELO



Deisy Mendes Porto
Coordenadora Estadual de Saúde Mental

DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSES

De acordo com:

1. Resolução 1595, 18 de maio de 2000 do CFM;

2. Norma RDC 102, 30 de novembro de 2000 da Anvisa, declaro:

- Médica Psiquiatra Secretária do Estado de Santa Catarina
- Coordenadora Estadual de Saúde Mental
- Secretária Geral da Associação Catarinense de Psiquiatria
- Preceptora do Programa de Residência em Psiquiatria do Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina

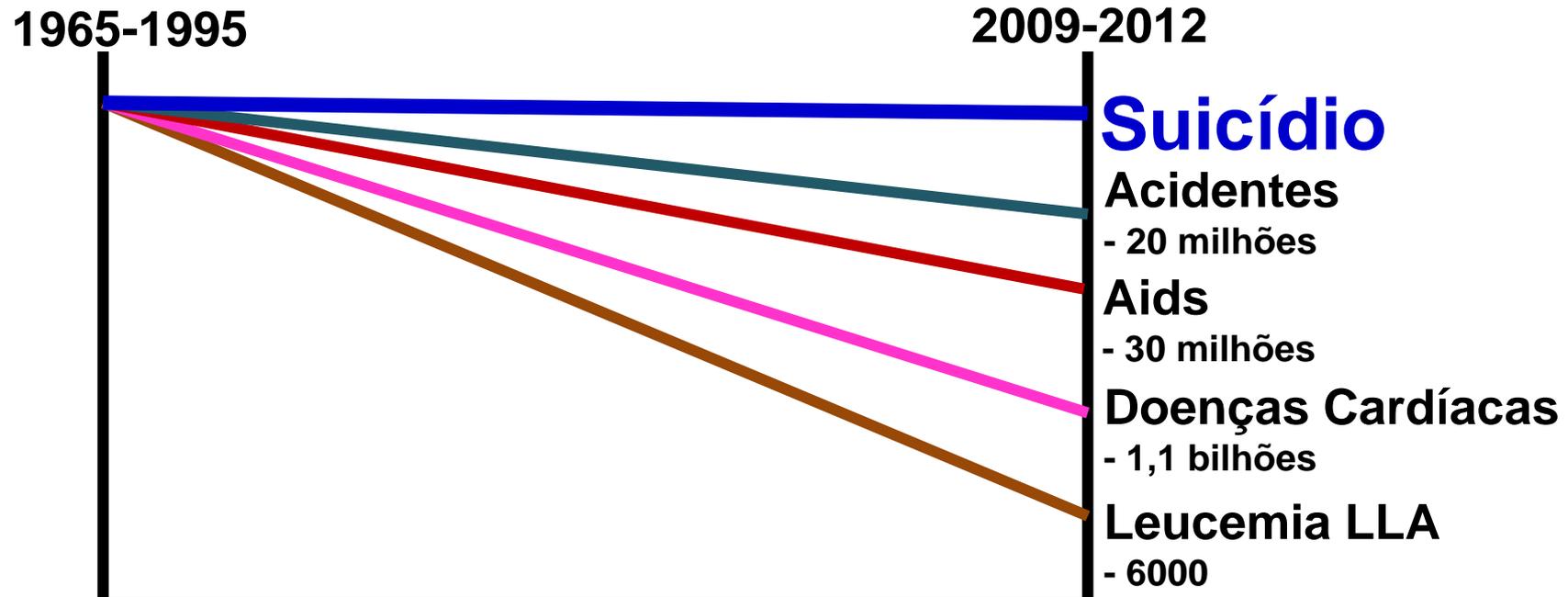
*Sem vínculo empregatício, *freelance*, de trabalho ou qualquer outro, com:

ONGs, indústrias de medicamentos, do álcool, do fumo, etc.

Nem mesmo investimento em ações deste tipo de indústria.

POR QUE FALAR?

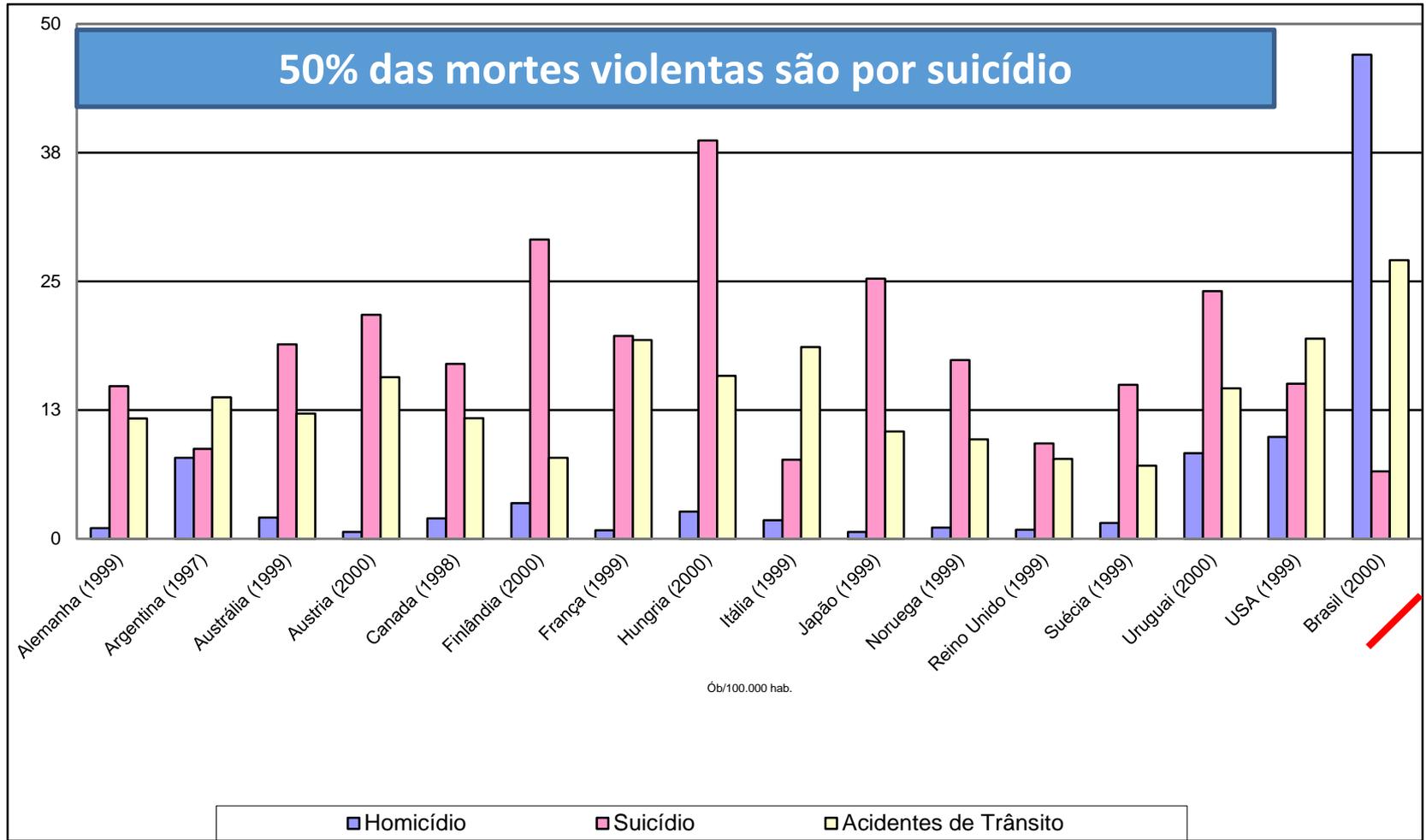
No Mundo:



Mortalidade por causas médicas

Fonte: Insel el tal, 2010

POR QUE FALAR?

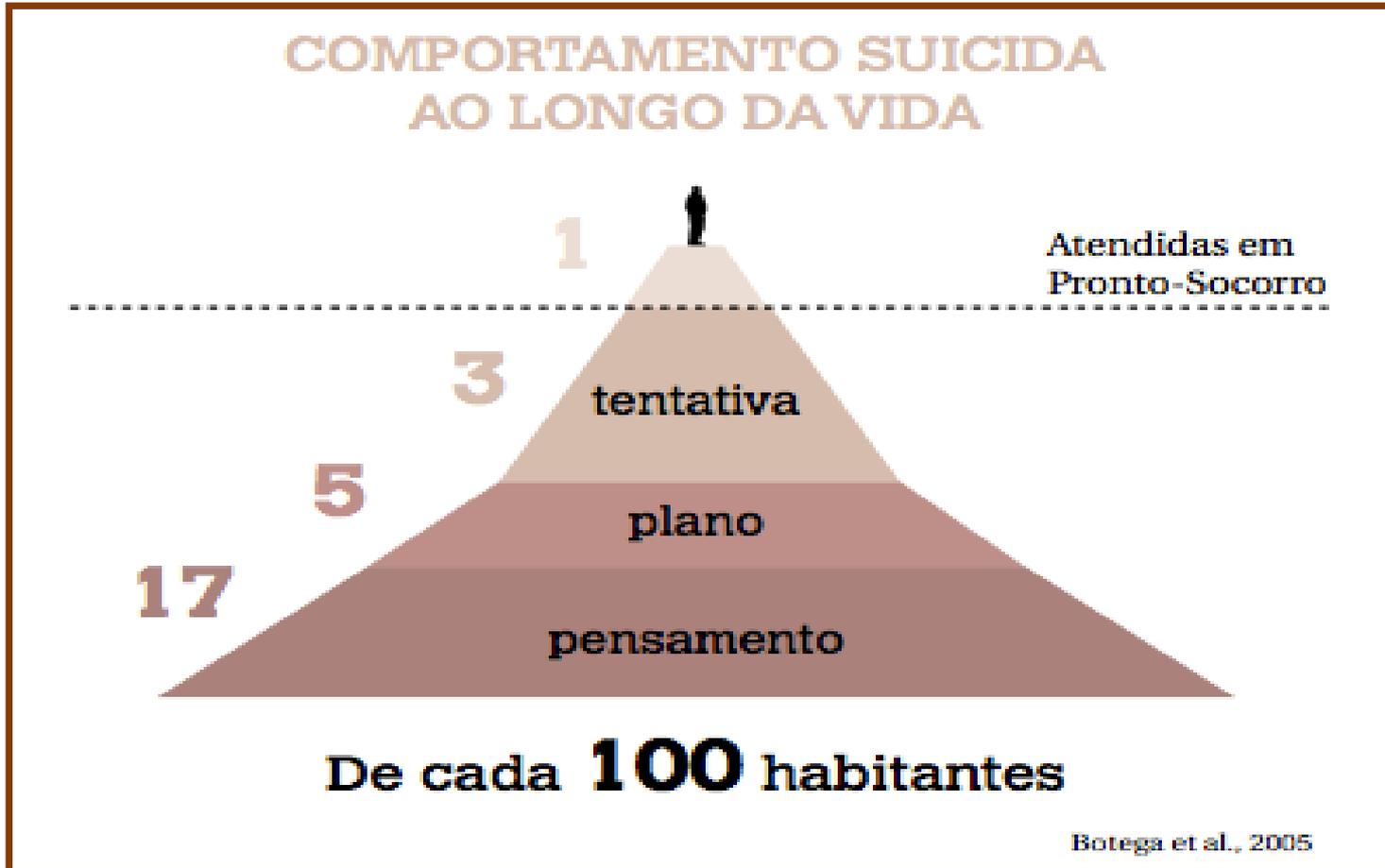


Coeficientes de Mortalidade por Causas Externas

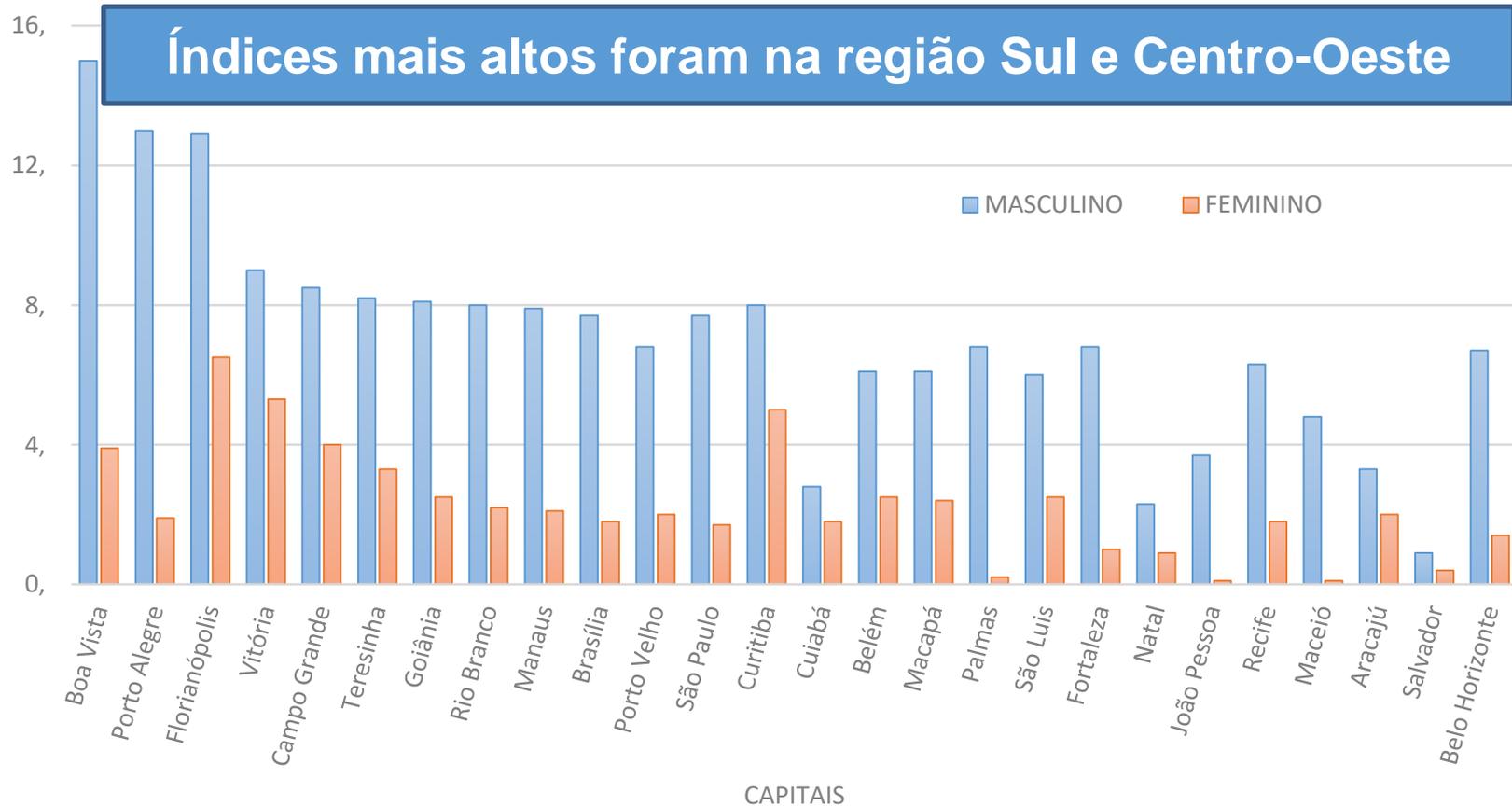
Fonte: Site mapa da violência

POR QUE FALAR?

No Brasil:



POR QUE FALAR?



Coeficiente de Mortalidade por Suicídio, por Gênero nas Capitais Brasileiras de 1998 a 2000

Fonte: DataSUS, Botega N, 2003

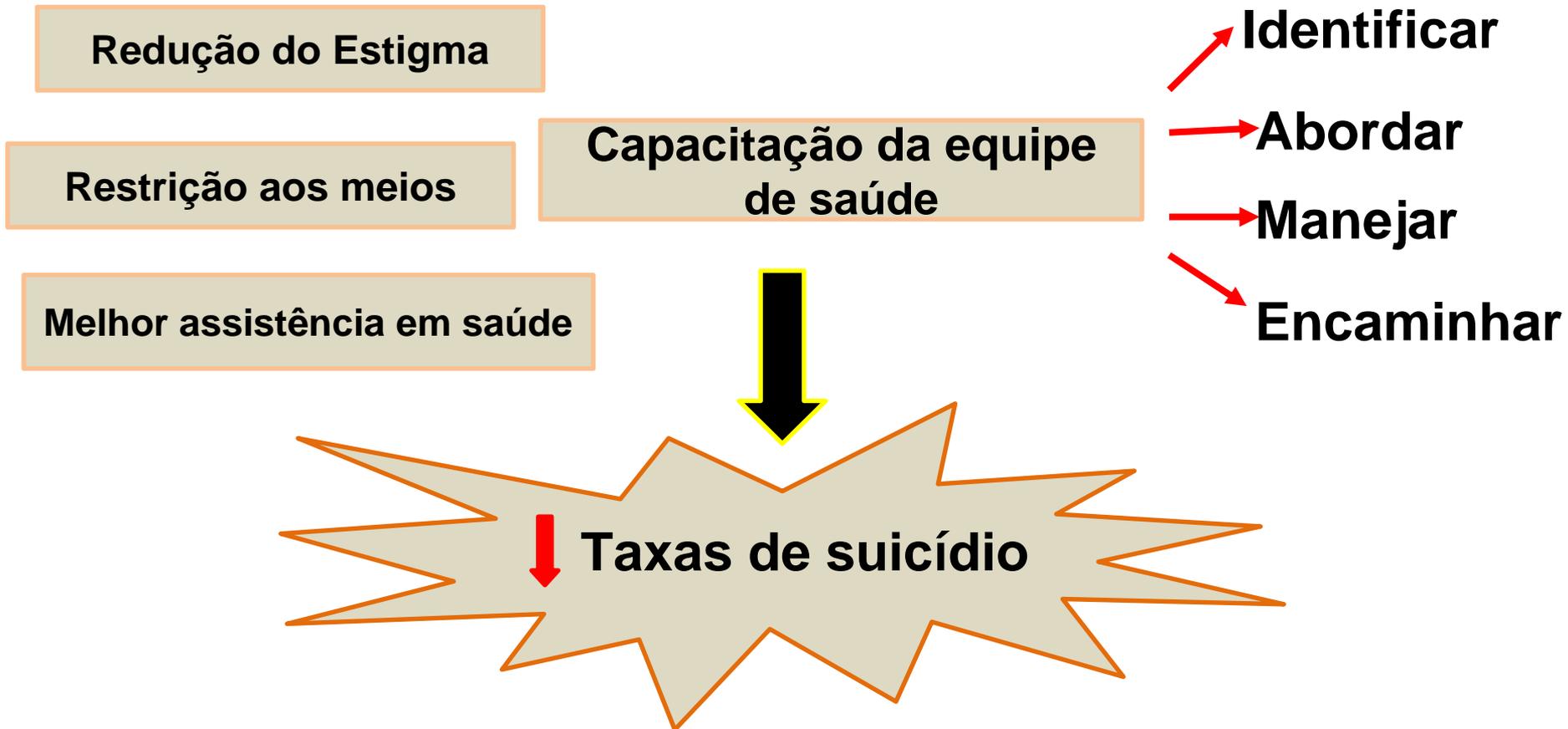
POR QUE FALAR?

| Taxa de mortalidade por suicídios na população geral | Taxa/100.000 |
|--|--------------|
| Rio Grande do Sul | 10,9 |
| Santa Catarina | 8,6 |
| Mato Grosso do Sul | 8,4 |
| Roraima | 8,1 |
| Piauí | 7,4 |
| Tocantins | 6,6 |
| Goiás | 6,5 |
| Minas Gerais | 6,4 |
| Paraná | 6,0 |
| Mato Grosso | 5,9 |
| Ceará | 5,9 |
| Acre | 5,7 |

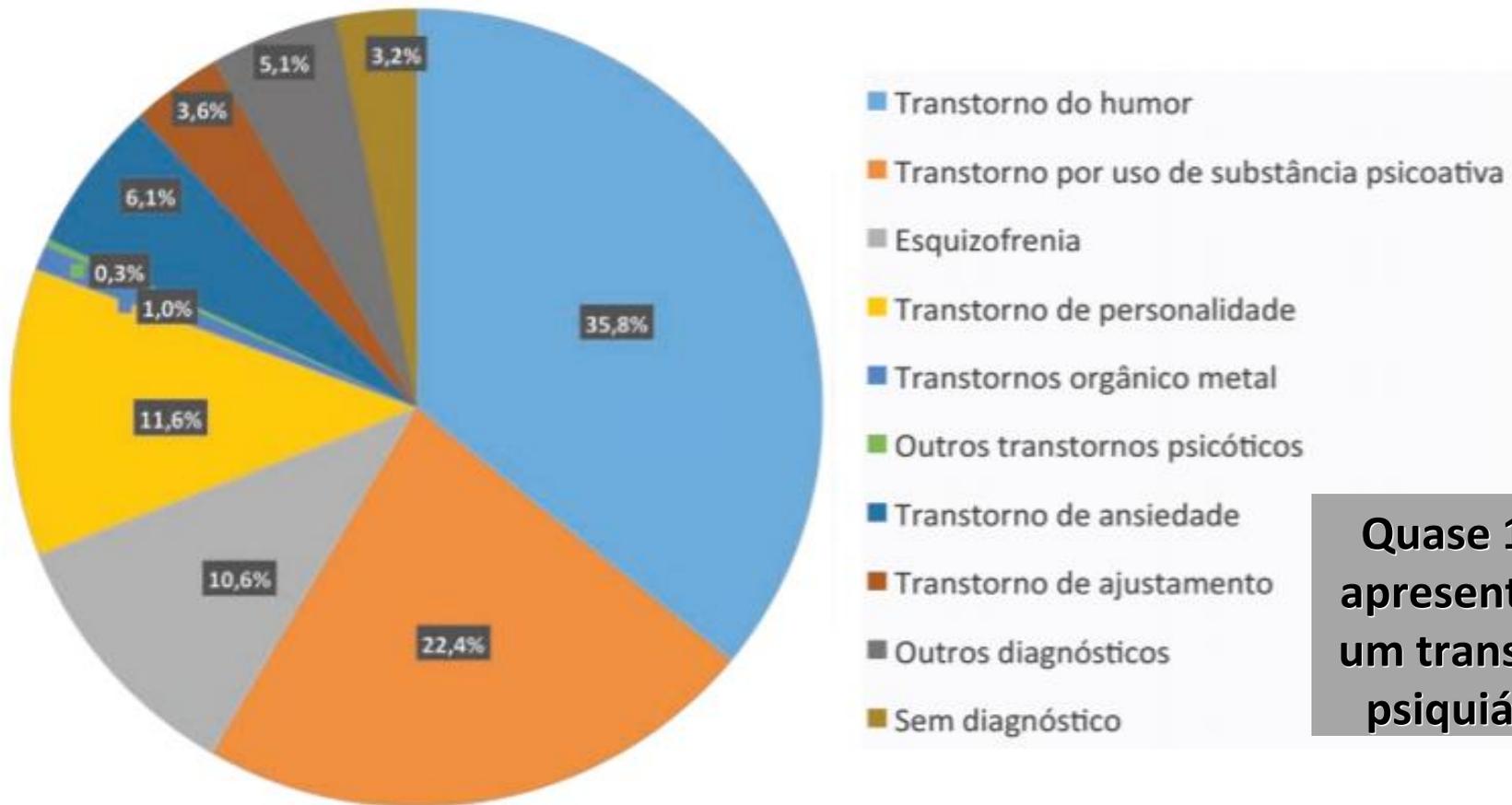
Fonte: Sistema de Informações de Mortalidade - SIM

POR QUE FALAR?

- Para prevenir mortes evitáveis



TRANSTORNOS MENTAIS E SUICÍDIO



**Quase 100%
apresentavam
um transtorno
psiquiátrico**

POR QUE FALAR?

ATENÇÃO BÁSICA

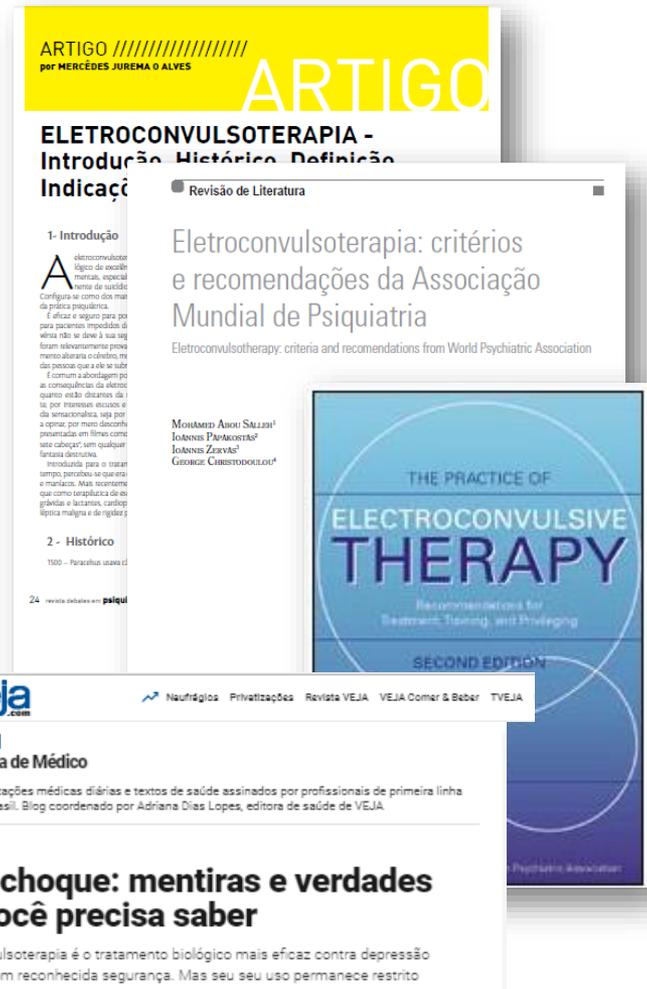
- Proximidade com a comunidade
- 80% dos suicidas foram ao médico não psiquiatra no mês anterior
- Cerca de 50 a 60% nunca tiveram avaliação especializada
- Primeiro contato muitas vezes queixas não relacionadas a suicídio
- Reconhecimento dos fatores de risco e fatores protetores
- Agentes comunitários de saúde
- Contato inicial e possibilidade de cuidado continuado

TRANSTORNOS MENTAIS E SUICÍDIO



DEPRESSÃO

- Alta prevalência
- Moderada a grave, com ou sem psicose, Transtorno bipolar ou com presença de risco de suicídio importante: auxílio do psiquiatra
- Outros tratamentos:
Eletroconvulsoterapia (depressões graves, gestantes/idosos, com sintomas psicóticos e risco alto de suicídio).



DEPRESSÃO

- Aproximadamente 2/3 das pessoas com episódio depressivo melhoram com o primeiro antidepressivo.
- É fundamental, após a remissão dos sintomas, a continuidade do tratamento na fase de manutenção.
- Tratamento seis meses, a partir da remissão completa dos sintomas.
- Se há recorrência da depressão, quando a intensidade é grave ou em caso de idade avançada, o tratamento mínimo vai de dois anos até o resto da vida, em alguns casos.

TRANSTORNO BIPOLAR

- Transtorno mental mais associado ao comportamento suicida
- 50% dos portadores tentam o suicídio
- 15% efetivamente o cometem
- Medicamento de primeira escolha no risco de suicídio:
Lítio
- Antidepressivo indiscriminado - risco!

TRANSTORNOS POR USO DE SUBSTÂNCIAS

- + IMPULSIVIDADE
- A abordagem e o tratamento do risco de suicídio envolvem:

**Tratamento adequado da dependência e
comorbidades**

TRANSTORNOS POR USO DE SUBSTÂNCIAS

Três dos seguintes critérios no último ano:

- forte **desejo** ou **compulsão**
- **dificuldade de controlar** o consumo
- sinais e sintomas de **abstinência**
- evidência de **tolerância**;
- **abandono de atividades** e interesses em favor do uso da substância;
- persistência do uso a **despeito de conseqüências nocivas**

ESQUIZOFRENIA

- Tem início precoce na segunda década de vida
- Fator de bom prognóstico - tratamento precoce
- Aumento de 10 vezes do risco de morte por suicídio
- 50% tentará suicídio
- Depressão, fatores estressores e psicossociais;
- Suicídio é mais comum nos anos iniciais da doença

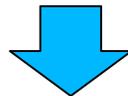
TRANSTORNOS DE PERSONALIDADE

- Prevalência de 10 a 15% na população geral
- Risco aumentado de suicídio de 12 a 20 vezes
- Personalidade antissocial, narcisista e *Borderline*
- Associações com outros transtornos *+ risco*
- Associados a estressores psicossociais *+ risco*

COMO IDENTIFICAR?

- Em torno de 2/3 das pessoas que cometeram suicídio consultaram um médico no mês anterior ao suicídio;

- Poucas pessoas espontaneamente relatam seus pensamentos e/ou intenções suicidas aos seus médicos;



PERGUNTAR

O QUE NÃO FAZER?

- Ignorar a situação;
- Ficar chocado ou envergonhado e em pânico;
- Falar que “tudo vai ficar bem”;
- Desafiar a pessoa a “continuar em frente”;
- Fazer o problema parecer trivial;
- Dar falsas garantias;
- Jurar segredo;
- Deixar a pessoa sozinha.



COMO ABORDAR O PACIENTE?

- O manejo se inicia durante a investigação do risco
- A abordagem verbal: o paciente se sente aliviado, acolhido e valorizado
- Identificar a presença de transtornos psiquiátricos e tratamento prévios
- Tratamento é fundamental

Todo paciente que fala sobre suicídio tem risco em potencial e merece investigação

AVALIAÇÃO DO RISCO

- **Perguntas que devem ser feitas para todos os pacientes:**
 1. Você tem planos para o futuro?
 2. A vida vale a pena ser vivida?
 3. Se a morte viesse, ela seria bem-vinda?
- **Se as respostas acima sugerem risco de suicídio:**
 4. Você está pensando em se machucar/.../morrer?
 5. Você tem algum plano específico ...?
 6. Você fez alguma tentativa recentemente?

AVALIAÇÃO DO RISCO

- Verificar a frequência, severidade da ideação
- Saber se o paciente possui plano e meios
- Qual a letalidade do plano e a concepção da letalidade pelo paciente
- Qual a probabilidade de resgate e como foi o resgate em tentativas prévia
- Alguma preparação foi feita? (Carta, testamento ou acúmulo de comprimidos).

AVALIAÇÃO DO RISCO

- Quanto próximo esteve de completar o suicídio?
- 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?

AVALIAÇÃO DO RISCO

BAIXO RISCO

- Alguns pensamentos suicidas, mas nenhum plano

Manejo:

- Escutar empaticamente e amenizar o sofrimento;
- Facilitar a vinculação do sujeito ao suporte e ajuda possível ao seu redor: social e institucional;
- Tratamento de possível transtorno psiquiátrico.
- Encaminhar para profissional especializado.

AVALIAÇÃO DO RISCO

MÉDIO RISCO

- A pessoa tem pensamentos e planos, mas não pretende cometer suicídio imediatamente;

Manejo:

- Total cuidado com possíveis meios que possam estar no próprio espaço de atendimento;
- Investir nos possíveis fatores de proteção;
- Solicitar autorização e avisar familiares...

AVALIAÇÃO DO RISCO

Manejo:

- Pedir autorização para fazer contato com familiares e/ou amigos, orientando sobre medidas de prevenção
- Fazer da família e amigos aliados para a proteção do paciente, preservando o sigilo de informações particulares
- Encaminhar para avaliação psiquiátrica

AVALIAÇÃO DO RISCO

ALTO RISCO

- Plano definido, meios e planeja fazê-lo prontamente
- Tentou suicídio recentemente e apresenta rigidez
- Tentou várias vezes em um curto espaço de tempo

Manejo:

- Estar junto da pessoa e nunca deixá-la sozinha
- Total cuidado com possíveis meios de cometer suicídio

Avaliação psiquiátrica e se necessário, internação

EMERGÊNCIA

NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

- Notificação compulsória imediata, em até 24 horas a partir do conhecimento da ocorrência

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 | Código (CID10) | | Y09 | |
| | 4 | UF | 5 | Município de notificação | |
| Notificação Individual | 6 | Unidade Notificadora | | <input type="checkbox"/> 1- Unidade de Saúde <input type="checkbox"/> 2- Unidade de Assistência Social <input type="checkbox"/> 3- Estabelecimento de Ensino <input type="checkbox"/> 4- Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> 5- Unidade de Saúde Indígena <input type="checkbox"/> 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> 7- Outros | |
| | 7 | Nome da Unidade Notificadora | | Código Unidade | |
| | 8 | Unidade de Saúde | | Código (CNES) | |
| | 9 | Data da ocorrência da violência | | | |
| Dados de Residência | 10 | Nome do paciente | | 11 Data de nascimento | |
| | 12 | (ou) Idade | <input type="checkbox"/> 1- Hora <input type="checkbox"/> 2- Dia <input type="checkbox"/> 3- Mês <input type="checkbox"/> 4- Ano | 13 Sexo | <input type="checkbox"/> M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado |
| | 14 | Gestante | | <input type="checkbox"/> 1- 1º Trimestre <input type="checkbox"/> 2- 2º Trimestre <input type="checkbox"/> 3- 3º Trimestre <input type="checkbox"/> 4- Idade gestacional ignorada <input type="checkbox"/> 5- Não <input type="checkbox"/> 6- Não se aplica <input type="checkbox"/> 9- Ignorado | |
| | 15 | Escolaridade | | 15 Raça/Cor | |
| Dados de Residência | 16 | 0- Analfabeto 1- 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2- 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3- 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4- Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5- Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6- Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7- Educação superior incompleta 8- Educação superior completa 9- Ignorado 10- Não se aplica | | | |
| | 17 | Número do Cartão SUS | | 18 Nome da mãe | |
| | 19 | UF | 20 | Município de Residência | |
| | 21 | Código (IBGE) | | Distrito | |
| | 22 | Bairro | | 23 Logradouro (rua, avenida,...) | |
| | 24 | Número | 25 | Complemento (apto., casa, ...) | |
| 26 | Geo campo 1 | | | | |
| 27 | Geo campo 2 | | | | |
| 28 | Ponto de Referência | | | | |
| 29 | CEP | | | | |
| 30 | (DDD) Telefone | | | | |
| 31 | Zona | | <input type="checkbox"/> 1 - Urbana <input type="checkbox"/> 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado | | |
| 32 | País (se residente fora do Brasil) | | | | |

Portaria nº. 1.271, de 6 de junho de 2014 (Brasil. Ministério da Saúde, 2014)

PREVENÇÃO DO SUICÍDIO

POLÍTICAS PÚBLICAS

- **Portaria 1.876 de 14/08/2006 e Estratégia Nacional**

1. Sensibilização e mobilização da sociedade, em geral;
2. Qualificação dos profissionais de saúde na gestão e na atenção;
3. Organização dos serviços de modo que ofereçam tratamentos mais efetivos;
4. Promoção de estudos e pesquisas;
5. Restrição e redução dos meios utilizados;
6. Melhora dos sistemas de informação e de vigilância em saúde e
7. Apoio à organização da sociedade nas suas iniciativas de promoção e atenção à saúde.

PARA SABER MAIS:

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Prevenção do Suicídio: Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental, 2006

BOTEGA, N. J. Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência. 2. ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2006.

CASSORLA, R. M. S. Do suicídio: estudos brasileiros. Campinas: Papirus Editora, 1991.

HAWTON, K.; HEERINGEN, K. The international handbook of suicide and attempted suicide. Wiley, 2000.

MELEIRO, A. M. A. Suicídio: estudos fundamentais. São Paulo: Segmento Farma, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária. Genebra, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. The World Health Report: Shaping the future. Genebra, 2003.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. Suicídio: informando para prevenir. Brasília, 2014



SETEMBRO AMARELO



É POSSÍVEL PREVENIR! Obrigada.
saudementalsm16@gmail.com

Perguntas e Respostas

**Avalie a webpalestra de
hoje:**

**[https://goo.gl/forms/xSMaKIF
M6I9IFS652](https://goo.gl/forms/xSMaKIFM6I9IFS652)**