

Dia Nacional de **Prevenção do Suicídio**

**Suicídio, Tentativa de Suicídio
e Comportamentos Autolesivos**

10 setembro

Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do CHULN (Diretor: Luís Câmara Pestana)

Unidade da Adolescência e NES (Coordenadora: Nazaré Santos)



O que sabemos?

Os comportamentos autolesivos, as tentativas de suicídio e o suicídio são considerados **um sério Problema de Saúde Pública a nível mundial. A sua prevenção é um imperativo global**

compreender o suicídio é uma tarefa complexa, porque é um fenómeno multideterminado e multifacetado conceptualizando-se como um resultado de uma **interação altamente complexa entre fatores genéticos, biológicos, psiquiátricos, psicológicos, sociais e culturais.**

o suicídio consumado é apenas a *“ponta visível do iceberg”*.

Continuam a existir múltiplos **obstáculos à sua deteção intervenção e prevenção** :

Preconceitos sociais, culturais e religiosos que mantem os mitos comuns sobre os atos suicidas facilitando o estigma e secretismo.

A acessibilidade aos serviços de saúde e a escassez de Serviços de Saúde Mental.

Os profissionais de saúde e o suicídio

Lidar com os **diferentes aspetos relacionados à morte, e em especial ao suicídio**, podem desencadear conflitos emocionais naqueles que lidam com esses pacientes com dificuldades na abordagem do tema dentro da equipa de saúde e no relacionamento com o próprio paciente ou com seus familiares. Essa postura pode interferir na atuação profissional, diminuindo a sua eficácia, ou, então, associar-se à incapacidade para controlar o sofrimento do paciente.

Avaliar um paciente suicida desperta fortes sentimentos, pondo em causa as conjeturas que construímos em relação a morte.

O que sabemos?

Por ano aproximadamente um milhão de pessoas suicida-se em todo o mundo. Corresponde a 3000 suicídios diários – um em cada 40 segundos, e por cada suicídio ocorrem pelo **menos vinte tentativas de suicídio**. Suicídios falhados muitas vezes conduzem a lesões, hospitalizações e traumas mentais e emocionais. Por cada suicídio famílias e amigos são devastados emocionalmente.

À escala mundial, o suicídio apresenta uma taxa de mortalidade global de 16 por 100.000 habitantes, constituindo:

13ª causa de morte;

3ª no grupo etário dos 15 aos 34 anos e a 2ª nos jovens dos 15 aos 19A;

90% das pessoas que morrem por suicídio tem uma perturbação mental;

45% procuram o médico de família um mês antes da sua morte.

Muito mais prevalentes são os **comportamentos autolesivos** (com ou sem intencionalidade suicida). Cerca de **10% a 18%** dos adolescentes irá ter pelo menos um episódio de **comportamento autolesivo** associados a um **aumento substancial do risco de suicídio** na adolescência e vida adulta.

Nos comportamentos autolesivos, a maioria não procura ajuda e não recorre ao hospital, permanecendo como um comportamento oculto.

Os comportamentos suicidários variam ao longo do ciclo de vida, sendo a proporção de comportamentos autolesivos para atos suicidas de 30:1 nos jovens e 3:1 nos idosos. O jovem que tenta o suicídio fracassou na resolução das tarefas da adolescência, numa tripla perspetiva, individual, familiar e social, poderão ter múltiplos significados e intenções, mas significam sempre uma comunicação de desespero e sofrimento.

Populações mais vulneráveis para o risco de suicídio:

- Idosos
- Adolescentes
- Forças de Segurança
- Populações prisionais
- Gays, Lésbicas e transgéneros
- Profissionais de saúde

FATORES DE RISCO...

- / Sexo masculino
- / Ter pensamentos ou planos de suicídio
- / Ter acesso facilitado a meios para se magoar
- / Ter já tentado o suicídio
- / Conhecer alguém que se tenha suicidado
- / Estar isolado/não ter uma rede de suporte / *bullying*
- / Ter doença mental
- / Ser impulsivo
- /ter tendência para agir sem pensar
- / Baixa autoestima e baixa autoconfiança
- / Abuso de álcool e/ou drogas
- / Ter uma doença grave ou limitativa
- / Não ter esperança no futuro
- / Ter familiares com doença mental ou vítimas de suicídio
- / Sofrer uma perda marcante / processos de divórcio / conflitos intrafamiliares

... E PROTETORES

- / Apoio de familiares, amigos, colegas e outras pessoas significativas
- / Capacidade de resolver problemas e adaptar-se à mudança
- / Autoestima e planos para o futuro
- / Crenças religiosas, culturais ou morais que desencorajam o suicídio
- / Acesso a serviços de Saúde

SINAIS DE ALERTA

Expressar sentimentos ou pensamentos tais como suicídio ou morte

Crescente tristeza e isolamento

Sentimentos de culpa , inutilidade ou desespero

Maior consumo de álcool e drogas

Isolamento de familiares e amigos

Comportamentos impulsivos ou agressivos

Perda brusca de rendimento escolar ou de interesse nas aulas

Despedir-se ou insinuar que não estará presente no futuro

Oferecer bens pessoais

Mitos sobre o suicídio

- ✓ Perguntar sobre as ideias suicidas, amplifica-as ou aumenta o risco de suicídio. **Falso**
Faz com que o paciente sinta que o seu interlocutor se interessa pelo seu sofrimento.
- ✓ Pessoas que ameaçam suicidar-se e não se matam; só querem chamar a atenção. **Falso**
Todas as ameaças devem ser encaradas com seriedade. O paciente está em sofrimento e precisa de ajuda. Muitos suicidas comunicam previamente a sua intenção.
- ✓ Quem se suicida está determinado a fazê-lo. **Falso**
As pessoas que se suicidam apresentam uma profunda ambivalência e a maioria fez um contacto prévio.
- ✓ Se alguém está decidido a matar-se não há nada que se possa fazer. **Falso**
A maioria apresenta uma doença mental, passível de ser tratada
- ✓ Quando um indivíduo mostra sinais de melhoria ou sobrevive a uma tentativa está fora de perigo. **Falso**
Uma pessoa que tem uma tentativa prévia apresenta um risco acrescido de cometer suicídio.
- ✓ Quem comete suicídio têm sempre uma perturbação mental. **Falso**
A maioria tem doença mental, no entanto existem casos em que nenhuma perturbação foi detetada.
- ✓ O suicídio é sempre impulsivo. **Falso**
Apesar de muitas vezes parecer impulsivo, pode obedecer a um plano e ter sido comunicado anteriormente

Avaliação do risco e intervenção

A definição do tratamento e do plano terapêutico, inicia-se com a avaliação do risco, que permite realizar uma avaliação completa da ideação suicida, da intencionalidade, da existência ou não de plano de comportamentos autolesivos ou suicídio

É necessário identificar **fatores de risco e protetores**, distinguindo os que são modificáveis. **Deve perguntar-se diretamente acerca do ato suicida e da ideação suicida.** O grau de risco determina-se em: **baixo, moderado ou alto.**

Identificar os alvos passíveis de intervenção

A entrevista é determinante para estabelecer uma relação, sendo crucial o estabelecimento de uma **aliança terapêutica.**

A avaliação deve ser feita em vários contextos: serviços de urgência, internamento, Cuidados de saúde primários.

Como Atuar – O que não se deve fazer

Ficar chocado ou muito emocionado

Fazer o problema parecer trivial.

Tratar o paciente de uma maneira que possa colocá-lo numa posição de inferioridade

Não moralizar ou gerar culpabilidade;

Não ignorar, rejeitar;

Não minimizar a reação aos problemas ou a intensidade dos sentimentos;

Não discutir ou tratar de convencer

Dizer simplesmente que tudo vai ficar bem.

Fazer perguntas indiscretas. • Emitir julgamentos (certo x errado), tentar doutrinar

Não guardar segredo;

Evitar considerar que a presença de um fator precipitante significa baixo risco

Como Atuar – O que fazer

Ambiente (silencioso e privado)	Atitude compreensiva e empática: Expressar preocupação e interesse.	Convidar a partilhar os problemas (visão geral da situação atual)
Escutar atentamente	Obter informação sobre o que o preocupa e fatores de risco; fazer perguntas sobre sentimentos	Não ter medo de falar sobre a morte e/ ou ideação suicida mantida
Perguntar como tenciona resolver a crise e com quem conta (em quem se apoia)	Reação ao facto de estar vivo (zanga, consolo, etc)	Respeitar a relação de confiança estabelecida (confidencialidade)

Nem Sempre é Fácil.....

Ter em conta:

Nem todos os pacientes são capazes de falar sobre a sua situação (tempo...)

Estão frequentemente com atitudes defensivas: culpabilizados, assustados, reticentes, agressivos, desconfiados

NÍVEL DE RISCO	INTERVENÇÕES
Elevado	Internamento Psiquiátrico Precauções de vigilância
Moderado	Eventual internamento de acordo com fatores de risco Intervenção em crise Tratamento psiquiátrico da perturbação mental •Farmacológico •Psicológico Intervenção familiar Psicoterapias
Baixo	Ambulatório nos cuidados de Saúde Primários Disponibilizar acesso fácil em caso de agravamento <u>Ênfase na comunicação familiar</u>

Em qualquer nível de intervenção vários elementos devem estar envolvidos, nomeadamente:

- Escolas
- Profissionais de saúde mental
- Cuidados de saúde primários
- Linhas de intervenção em crise
- Famílias
- Instituições

PREVENÇÃO

Campanhas de **informação/educação** -
Redução do estigma em saúde mental

Restrição de acesso a meios letais

Alterações legislativas - controlo no uso de armas, de pesticidas, restrições ao consumo e venda de barbitúricos, construção de barreiras em locais públicos.

Responsabilização da meios de comunicação social

Campanha de **sensibilização** da comunicação social sobre recomendações internacionais de boas práticas .

Maior **restrição** ao consumo de bebidas alcoólicas

Formação de redes **sociais** na comunidade

Linhas Telefónicas SOS

Identificação precoce e tratamento adequado das **perturbações mentais**, particularmente na depressão
Identificação precoce e tratamento das pessoas em risco de suicídio

Em casos concretos...

Profissionais de Saúde

Formação dos técnicos de saúde na identificação dos sinais de alerta e grupos de risco, com enfoque nos cuidados de saúde primários.

Reforço da articulação entre os cuidados de saúde primários e cuidados de saúde mental.

Adolescentes

Campanhas de **informação/ formação** nas **escola**, através do combate ao estigma em saúde mental, identificação de fatores de risco e protetores

Maior **restrição** ao consumo bebidas alcoólicas e de substâncias psicoativas

Idosos

vigilância e supervisão **do seu estado de saúde** (profissionais dos cuidados de saúde primários)

Promoção de atividades de estimulação relacional, ocupação e **combate ao isolamento**
Melhorar a **rede de apoio** para o desenvolvimento de atividades de vida

Sobreviventes

Apoiar no **processo de luto**, familiares e amigos de uma pessoa que se tenha suicidado

NÚMERO NACIONAL
DE EMERGÊNCIA MÉDICA

 **112**

SNS24

SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

 **808 24 24 24**

 **internet**

<https://arisdaplanicie.pt>

<https://www.sns.gov.pt>

<https://www.dgs.pt>

<https://www.iasp.info/>

<https://www.afsp.org/>

<https://www.who.int/health-topics/suicide>

<https://www.ifightdepression.com/pt/start>



LINHAS DE CRISE*

/ SOS VOZ AMIGA

16H00 - 24H00

 **213 544 545 | 912 802 669 | 963 524 660**

/ CONVERSA AMIGA

15H00 - 22H00

 **808 237 327 | 210 027 159**

/ VOZES AMIGAS DE ESPERANÇA DE PORTUGAL


16H00 - 22H00

 **222 080 707**

/ VOZ DE APOIO

21H00 - 24H00

 **225 506 070**

 **sos@vozdeapoio.pt**

o atendimento é da
responsabilidade
de cada uma
das linhas

Como contactar o Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do CHULN?

Jovens e Adolescentes:

Núcleo de Estudos do Suicídio (NES) atende jovens dos 15 aos 21 anos

nes.psiquiatria@chln.min-saúde.pt

Utentes Adultos:

Consulta de Psiquiatria

cons.psiq@chln.min-saúde.pt

Consulta do Luto do SPeSM do CHULN

consultadoluto@chln.min-saúde.pt

Psiquiatria de Ligação (para doentes internados):

Psiquiatria.ligação@chln.min-saúde.pt