

**Escola de Governo
do Distrito Federal**

**Secretaria Executiva
de Gestão Administrativa**

Secretaria de Economia



Curso

Crises e urgências em saúde mental – uma abordagem interdisciplinar

Apresentação

Aula 2

A elaboração, a formatação e a revisão do material didático são de responsabilidade da instrutoria.

Escola de Governo do Distrito Federal

Endereço: SGON Quadra 1 Área Especial 1 – Brasília/DF – CEP: 70610-610

Telefones: (61) 3344-0074 / 3344-0063

www.egov.df.gov.br

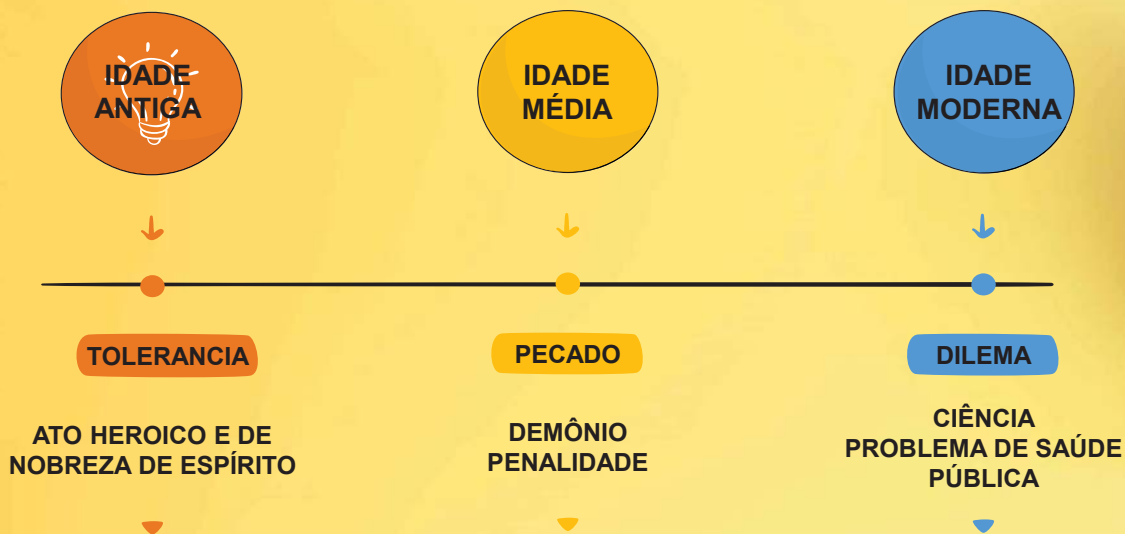
ESCOLA DE GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA EXECUTIVA DE GESTÃO ADMINISTRATIVA
SECRETARIA DE ECONOMIA

INTERVENÇÃO NA CRISE SUICIDA



RENATA CAVALCANTE
Mestre em Saúde Coletiva
Especialista em Saúde Mental
Assistente Social do Núcleo de Saúde Mental do SAMU/DF

CONTEXTO HISTÓRICO



POR QUE ESTAMOS FALANDO DISSO? DIMENSÃO DO PROBLEMA

800 MIL
pessoas morrem por
suicídio todos os
anos no mundo

A cada
40 SEGUNDOS
uma pessoa comete
suicídio

2^a
CAUSA DE MORTE
de pessoas com
idade entre 15-29
anos

13 MIL
pessoas morrem por
suicídio todos os
anos no BRASIL

Cada suicídio
impacta a vida de
pelo menos 6
pessoas

Pode ser prevenido
em todos os níveis
de atenção à saúde

3^a
Maior número
de emergências do
SAMU/DF são
“psiquiátricas”

Aprox. 20%
crise suicida

CLASSIFICAÇÃO

- ✓ **Pensamentos de morte:** não têm a característica de ser agente da própria morte, mas ocorrem pensamentos como “A vida não vale a pena”, “Tenho vontade de dormir e não acordar mais”, “Deus poderia me levar”. Indicam em geral desesperança ou outros sintomas depressivos.
- ✓ **Intenção suicida:** expectativa subjetiva e o desejo de que um ato autodestrutivo resulte em morte.
- ✓ **Ideação suicida:** pensamento de servir como agente de sua própria morte.

CLASSIFICAÇÃO

- ✓ **Plano suicida:** plano de como executar sua própria morte. Pode incluir métodos, locais, datas, providências. Em contextos de maior impulsividade, as tentativas podem ocorrer mesmo sem planejamento.
- ✓ **Tentativa de suicídio:** comportamento autodestrutivo com consequências não fatais, com a intenção de morrer.
- ✓ **Autolesão sem ideação suicida - ASIS:** qualquer comportamento, intencional, envolvendo agressão direta ao próprio corpo, sem intenção suicida. É um comportamento de risco e que pode estar em um continuum de comportamento suicida, devendo sempre se avaliada.

Fonte: Manual de Orientações para o Atendimento à Pessoa em Risco de Suicídio

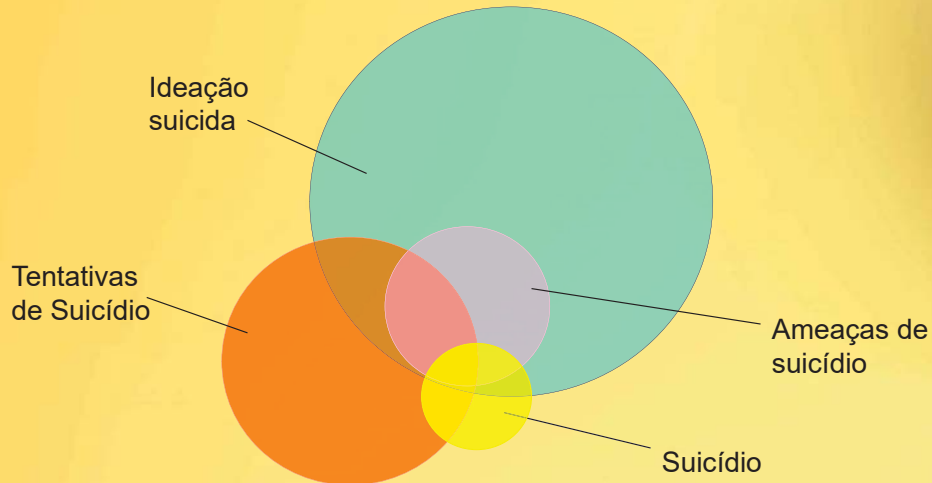
CLASSIFICAÇÃO

- ✓ **Suicídio consumado:** morte autoprovocada resultante de um ato positivo ou negativo, com evidências de que a pessoa apresentava a intenção de morrer.
- ✓ **Sobreviventes do suicídio:** aqueles que perderam uma pessoa próxima por suicídio. Outro termo utilizado é “enlutados por suicídio”

Fonte: Manual de Orientações para o Atendimento à Pessoa em Risco de Suicídio

COMPORTAMENTO SUICIDA

É um fenômeno universal, contínuo e complexo



Fonte: WERLANG, B. G.; BOTEGA, N. J. Comportamento suicida. Porto Alegre: Artmed Editora, 2004.

Suicídio ou tentativa

Este infográfico utiliza a metáfora de um iceberg para ilustrar os fatores de risco do suicídio. Apenas a ponta do iceberg, representando o ato em si, é visível na superfície da água. A maior parte do iceberg, submersa, representa os diversos fatores psicológicos, sociais e ambientais que contribuem para o comportamento suicida.

- Estresse**
- Problemas familiares**
- Ansiedade**
- Depressão**
- Outros transtornos**
- Traumas**
- Dificuldades financeiras**
- Baixa autoestima**
- Problemas no relacionamento**
- Dependência de substâncias**



MITO ou VERDADE?

1. Quem realmente quer se matar, não avisa, se mata.
2. Perguntar sobre ideias suicidas pode incentivar a pessoa a se matar.
3. Ele tomou só aspirina. Na verdade, não queria morrer.
4. Quem tenta suicídio só quer chamar atenção.
5. Suicídio é um ato de covardia.
6. Sugerir formas de se matar para um suicida não representa um perigo real.
7. Se ele está falando sobre suas ideias suicidas, quer dizer que está fora de risco.
8. Quem não tem transtorno mental não se mata.
9. Uma vez suicida, sempre suicida.
10. Suicídios ocorrem em famílias.

BOTEGA, N; RAPELI, C.B; CAIS, C.F.S. Comportamento suicida. In: BOTEGA, N. Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência. Porto Alegre: Artmed, 2006. P.431-445.



VÍDEO SOBRE DEPRESSÃO

RELAÇÃO DE AJUDÁ



INTERVENÇÃO EM CRISE

- **ACOLHIMENTO** – oferecer apoio e cuidado prático não invasivo, ajudar as pessoas a se sentirem calmas. Momento de construção de vínculo.
- **ESCUTA ATIVA** – compreender as necessidades e preocupações, mas sem pressionar as pessoas a falar.
- **IDENTIFICAÇÃO FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO**
- **ORIENTAÇÕES e ENCAMINHAMENTOS** – ajudar as pessoas na busca de informações, serviços e suportes sociais.
- **ULTIMAÇÃO** – proteger as pessoas de danos adicionais e transmitir perspectiva positiva e realista de melhora.

- ACOLHIMENTO -

CASO 1:

Felipe, 17 anos, chega ao hospital acompanhado pela mãe, após tentativa de suicídio por abuso de medicação. Após avaliação clínica, médico contra indica lavagem gástrica pelo tempo transcorrido da ingestão. Felipe muito choroso, relata que ingeriu dois comprimidos de clonazepam. .

Sua mãe, Sra. Joana está muito assustada e chorosa. Diz que Felipe não tem histórico de tentativa prévia.

Enfermeiro chega na cena e encontra Felipe muito choroso, soluçando, com as mãos cobrindo o rosto.

O que vocês fariam para acolher e criar um vínculo com a paciente?

- ACOLHIMENTO -

- ✓ Apresentar-se;
- ✓ Dirigir-se ao paciente;
- ✓ Vincular-se (Ex: olhar nos olhos do paciente, usar um tom de voz adequado, chamá-lo pelo nome);
- ✓ Oferecer apoio (“Estou aqui para ajudar”; “Em que posso te ajudar?”; “Você não precisa estar sozinho, eu acredito que temos potencial p/ te ajudar, mas p/ te ajudar, eu preciso compreender o que está acontecendo”);
- ✓ Validar o sofrimento (permitir que a pessoa chore, grite, até mesmo incentivar a expressão emocional);
- ✓ SSVV (Toque?).

- ESCUTA ATIVA -

CASO 2:

Beatriz, 25 anos de idade, chega ao PS acompanhada de uma amiga - Amanda. Beatriz apresenta sintomas clássicos de crise de ansiedade (sensação de falta de ar, taquicardia, formigamento no corpo, choro) e ideação suicida, menciona pensamentos sobre tirar a própria vida.

Após acolhida realizada na triagem, começa a falar sobre conflitos familiares, um processo de separação.

O que vocês fariam para favorecer uma escuta ativa?

- ESCUTA ATIVA -

- ✓ Compreender necessidades e preocupações:
 - perguntas abertas (se paciente colaborativo)
 - perguntas fechadas e básicas (se paciente não colaborativo);
- ✓ Ouvir o discurso de dor, dar tempo para o paciente falar (estabilização emocional) e obter o máximo de informação;
- ✓ Respeitar pausas silenciosas (reequilíbrio, reordenar pensamento, aliviar tensão);
- ✓ Verificar seu entendimento (resume o discurso):
“Então, o que está me dizendo é [...]”;



- ESCUTA ATIVA -

- ✓ Validar o sofrimento (“Realmente está muito sofrido para você”; “Entendo que a dor parece insuportável”; “Compreendo que nesse momento tenha pensado em morte como solução...”);
- ✓ Perguntar como já lidou com situações semelhantes no passado (avaliar recursos pessoais) (“Você já passou por isso antes? O que fez para ajudar na época?”);
- ✓ Perguntar as possibilidades de solução do problema (OBS: nem sempre teremos uma resposta/solução). (“O que podemos fazer para ajudar?” “Vamos pensar em conjunto em outras soluções para além da morte?”).



EVITE!!!!!!!

- Interromper a conversa;
- Mostrar-se chocado;
- Colocá-lo numa posição de inferioridade;
- Fazer comentários invasivos;
- Encarar o problema como trivial;
- Confrontar;
- Desafiar a cometer o suicídio;
- Julgar se o suicídio está certo ou errado, se os sentimentos são bons ou maus, ou qual o valor da vida.



- CASOS -

CASO 3:

Arthur está em processo de separação, ainda mora com esposa e não aceita o término do casamento. Próximo ao horário que a esposa chegaria do trabalho, decidiu se matar.

No atendimento, paciente está calado, visivelmente entristecido. A mãe está ao seu lado, diz que vai cuidar dele, levá-lo p/ casa dela, que ambos tem um bom relacionamento.

Na conversa com Arthur, ele explica como começou o relacionamento, dos problemas que estavam passando e da decepção do rompimento. Diz que não sabe o que fazer, que a tristeza é muito grande, mas sabe que não deveria ter feito aquilo (se referindo a TAE). Sempre com uma expressão muito triste. Falou que o filho de 3 anos estava na casa da mãe dele, que era a pessoa que mais amava e pensava muito nele. Pediu p/ não ser internado, isso poderia atrapalhá-lo bastante, pois ele trabalhava com MKT e não podia faltar o trabalho no dia seguinte, citou alguns compromissos. Questionado sobre uma avaliação psiquiátrica e possível acompanhamento especializado, ele foi colaborativo. Sobre passar a noite na casa da mãe, também não apresentou objeção.

Quais fatores de risco e de proteção vocês identificaram? Quais orientações e encaminhamentos seriam pertinentes?



IDENTIFICAÇÃO FATORES DE RISCO

Doenças Mentais	Aspectos Sociais
<ul style="list-style-type: none"> • Depressão • Transtorno Bipolar • Transtornos relacionados ao uso de álcool e outras substâncias • Transtornos de personalidade • Esquizofrenia 	<ul style="list-style-type: none"> • Genero masculino • Idade entre 15 a 35 anos e acima de 65 anos • Sem filhos • Moradores de áreas urbanas • Desempregados e aposentados • Isolamento social • Solteiros, separados ou viúvos • Populações especiais: indígenas, adolescentes e moradores de rua
Aspectos Psicológicos	Condição de saúde limitada
<ul style="list-style-type: none"> • Perdas recentes • Pouca resiliência • Personalidade impulsiva, agressiva e humor instável • Ter sofrido abuso físico ou sexual na infância • Desesperança, desespero e desamparo 	<ul style="list-style-type: none"> • Doenças orgânicas incapacitantes • Dor crônica • Doenças neurológicas (epilepsia, Parkinson, Huntington) • Trauma medular • Tumores malignos • AIDS



- IDENTIFICAÇÃO FATORES DE RISCO -

- ✓ Diagnóstico de doença psiquiátrica;
- ✓ Episódio prévio de tentativa de suicídio*;
- ✓ História familiar de suicídio;
- ✓ Doenças físicas incapacitantes;
- ✓ Estresse psicossocial (isolamento social, perdas materiais e afetivas, desemprego recente, deterioração do funcionamento geral*);
- ✓ Idade (entre 15 e 35 anos e acima de 65 anos);
- ✓ Planejamento de morte (carta de despedida, doa objetos importantes, etc.)*

5 D's

Depressão

Desesperança

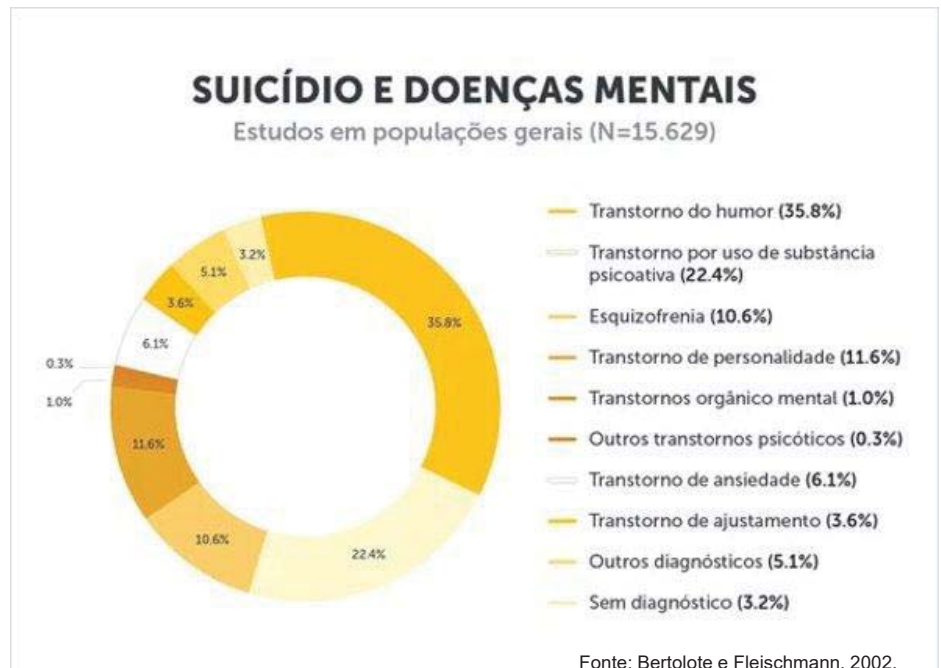
Desamparo

Desespero

D. Química



- IDENTIFICAÇÃO FATORES DE RISCO -



- IDENTIFICAÇÃO FATORES DE RISCO -

QUANDO SUSPEITAR

- ✓ Autonegligência grave;
- ✓ Sentimento de desesperança, baixa autoestima, sofrimento profundo;
- ✓ Humor deprimido e sensação de desespero;
- ✓ Intoxicações exógenas (ingesta de medicações, álcool, drogas, produtos tóxicos);
- ✓ Intenções autodestrutivas na vigência de:
 - Conflitos e estresse conjugal, familiar ou social;
 - Morte recente de um ente;
 - Fim de relacionamento afetivo;
 - História de violência (física, doméstica, sexual);

IDENTIFICAÇÃO FATORES DE PROTEÇÃO

- ✓ Sensação de estar integrado a um grupo ou comunidade – apoio social
- ✓ Religiosidade
- ✓ Proximidade com a família
- ✓ Estar casado ou com companheiro fixo
- ✓ Ter filhos pequenos
- ✓ Mulheres: gravidez e maternidade
- ✓ Homens: ter ocupação/emprego
- ✓ Acesso a serviços e cuidados em saúde mental



RISCO X PROTEÇÃO AVALIAÇÃO

- ✓ Intenção suicida?
- ✓ Método? Plano?
- ✓ Tem o que precisa?
- ✓ Quando vai executar?

“Já pensou em acabar com a sua vida?”

“Está se sentindo tão mal a ponto de pensar em suicídio?”

“Já pensou como vai fazer?”

“Já elaborou o seu plano?”

“Tem o que precisa para fazer?”

“Sabe quando vai fazer (hoje, na próxima semana)?”

“Vai cometer o suicídio?”





- CLASSIFICAÇÃO DO RISCO -

BAIXO RISCO	Pensamentos suicidas ocasionais; Sem planejamento; Sem tentativas prévias; Apoio familiar e social consistente; Ausência de transtorno mental.
MÉDIO RISCO	Tentativas prévias; Pensamentos suicidas, sem planejamento imediato; Ausência de impulsividade ou abuso de álcool e outras drogas; Apoio familiar e social pouco consistente; Transtorno mental (??)
ALTO RISCO	Tentativas prévias; Planejamento e acesso aos métodos; Tomada de providências prévias (cartas, pagamento de contas, testamento) e parece estar se despedindo; Apoio familiar e social inconsistente; Abuso de álcool e outras drogas; Presença de transtorno mental grave.

- ORIENTAÇÕES -

- ✓ Explorar alternativas ao suicídio (focar na ambivalência);
- ✓ Fazer um ~~contrato de vida~~ plano de segurança;
- ✓ Orientar e encaminhar à RAPS - destacar a importância do acompanhamento especializado;
- ✓ Contatar rede de apoio (família, amigos) e reforçar sobre medidas de prevenção ao suicídio:
 - Vigilância 24h
 - Retirada de acesso a métodos
 - Não deixar o paciente ficar só
 - Até a consulta no CAPS
- ✓ Orientar acionar SAMU em caso de emergência (saúde mental 24h no SAMU);
- ✓ Pedir a concordância da pessoa para todas as medidas que foram acordadas.



- ULTIMAÇÃO -

- ✓ Remoção ou contenção?
- ✓ Avaliar o risco p/ alta (suporte? fatores de risco?);
- ✓ Reforçar as orientações;
- ✓ Transmitir perspectiva positiva e realista de melhora (Ex: as pessoas que fazem um tratamento adequado, tendem a ter melhoras significativas nos seus quadros de adoecimento.. Se você fizer o acompanhamento necessário, você também tem potencial para ficar bem).



INTERNAÇÃO: SITUAÇÕES POSSÍVEIS

- ✓ Alto Risco;
- ✓ Baixo suporte social e familiar;
- ✓ Juízo crítico prejudicado;
- ✓ Recusa tratamento;
- ✓ Impulsividade;
- ✓ Necessidade de vigilância contínua.



- CASOS -

CASO 3:

Marcelo liga para o SAMU pedindo atendimento para o amigo (Leandro, 24 anos) que tentou autoextermínio por enforcamento. Diz que ele já estava pendurado, quando ele conseguiu suspendê-lo e tirá-lo de lá.

Quando chega ao local, a equipe encontra o paciente acompanhado da namorada, do pai e amigos. Leandro está alcoolizado, mas explica que teve uma discussão com os pais, que esses conflitos são recorrentes e quer sair de casa para morar com a namorada, porque consegue se entender bem com ela. O pai do jovem diz que ele sempre faz isso, destacando que é a quarta tentativa de suicídio e que Leandro sempre está alcoolizado durante as tentativas. Não faz nenhum tratamento, diz que não tem doença nenhuma.

Durante a abordagem da equipe, os familiares saem do local, Leandro recusa a remoção, diz que está bem, consciente e orientado..

Quais fatores de risco e de proteção vocês identificaram? Quais orientações e encaminhamentos seriam pertinentes?

NOTIFICAÇÃO

- ✓ É a **COMUNICAÇÃO** da ocorrência de determinada doença ou agravo à saúde, feita a autoridade sanitária por profissionais de saúde ou qualquer cidadão para fins de adoção de medidas de intervenção;
- ✓ A notificação é compulsória e imediata (em até 24h): cievsdf@gmail.com;
- ✓ Registro em formulário específico: Ficha de notificação SINAN.

POR QUE NOTIFICAR?

- ✓ Proporcionar visibilidade ao problema;
- ✓ Realizar um diagnóstico da realidade;
- ✓ Contribuir para a formulação de políticas públicas;
- ✓ Construir indicadores de saúde.



ASA NORTE
Última 5ª feira do mês
Das 18h-45 às 20h-45
EQW 303/204 (Salão da Igreja de Sto. Expedito)

TAGUATINGA NORTE
Última 5ª feira do mês
Das 19h30 às 21h30
QNJ Área Especial 06 (Casa do Caminho)

CVV GASS
GRUPO DE APOIO AOS SOBREVIVENTES DO SUICÍDIO

Supere o isolamento e receba apoio emocional

www.cvv.org.br
gassbrasil@gmail.com
Ligue: 188
f/cvvoicial

CVV comunidade

COMO VAI VOCE?

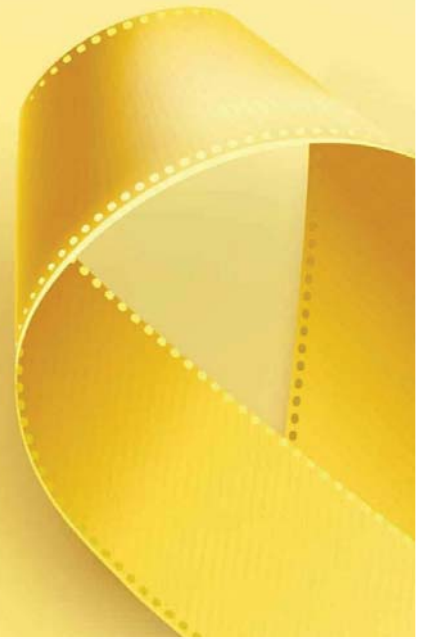
Psicoterapia Grupal

TRATAMENTO CONTRA A DEPRESSÃO E PREVENÇÃO DO SUICÍDIO

Instituto Nacional de Saúde Psíquica

CONTATO PARA ADMISSÃO NO GRUPO
DRª DALZI NERES
61 984424209

INSTITUTO **VITA ALERE**
DE PREVENÇÃO E POSVENÇÃO DO SUICÍDIO



PÓS-VENÇÃO

Você pode ser um agente de prevenção..

Tem alguém próximo a você que precisa de ajuda..

E você? Tá preparado?



Obrigada!!
mentaleria@gmail.com

