

PREVENÇÃO DO SUICÍDIO: UM MANUAL PARA PROFISSIONAIS DA SAÚDE EM ATENÇÃO PRIMÁRIA

Este documento pertence a uma série de recursos destinados a grupos sociais e profissionais específicos, especialmente relevantes para a prevenção do suicídio.

Ele foi preparado como parte do SUPRE, a iniciação mundial da OMS para a prevenção do suicídio.

Palavras-chave: suicídio/prevenção/recursos/
profissionais da atenção primária.

TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS
DEPARTAMENTO DE SAÚDE MENTAL
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

GENEVA

2000

SUMÁRIO

Prefácio	iv
Suicídio – a dimensão do problema	1
Por que o enfoque na equipe de atenção primária?	2
Suicídio e doenças mentais	2
Doenças físicas e suicídio	6
Suicídio – Fatores sociodemográficos e ambientais	8
O estado mental e o suicídio	10
Como abordar a pessoa sob risco de suicídio	11
Suicídio – fato ou ficção	13
Como identificar uma pessoa com risco de suicídio.....	14
Como abordar o paciente	15
Como lidar com o paciente	16
Encaminhando o paciente com risco de suicídio	18
Recursos da comunidade.....	19
O que fazer e o que não fazer	20
Conclusão	21

Prefácio

O suicídio é um fenômeno complexo que tem atraído a atenção de filósofos, teólogos, médicos, sociólogos e artistas através dos séculos; de acordo com um filósofo francês Albert Camus, em *O Mito de Sísifo*, esta é a única séria questão filosófica.

Como um sério problema de saúde pública, este demanda nossa atenção, mas sua prevenção e controle, infelizmente, não são uma tarefa fácil. As melhores pesquisas indicam que a prevenção do suicídio, enquanto factível, envolve uma série completa de atividades, abrangendo desde a provisão das melhores condições possíveis para congregar nossas crianças e jovens através de um tratamento efetivo dos distúrbios mentais até um controle ambiental dos fatores de risco. Elementos essenciais para os programas prevenção do suicídio são o aumento da percepção e a disseminação de informação apropriada. Em 1999 a OMS lançou o SUPRE, sua iniciativa mundial para a prevenção do suicídio. Este livreto é um de uma série de fontes preparadas como parte do SUPRE e destinado a grupos profissionais e sociais particularmente relevantes na prevenção do suicídio. Isto representa um elo numa longa e diversificada corrente envolvendo um largo espectro de pessoas e grupos, incluindo profissionais de saúde, educadores, agentes sociais, governantes, legisladores, comunicadores sociais, forças da lei, famílias e comunidades.

Somos especialmente devedores à Dra. Lakshmi Vijayakumar, SNEHA, Chennai, Índia, que preparou uma versão preliminar desse livreto. O texto foi posteriormente revisado pelos seguintes membros da Rede Internacional de Prevenção ao Suicídio da OMS, aos quais somos gratos:

- Dr. Øivind Ekeberg, Ullevål Hospital, Universidade de Oslo, Oslo, Noruega
- Professor Jouko Lonnqvist, National Public Health Institute, Helsinki, Finlândia
- Professor Lourens Schlebush, Universidade de Natal, Durban, África do Sul
- Dr. Airi Värnik, Universidade de Tartu, Tallinn, Estônia
- Dr. Shutao Zhai, Nanjing Medical University Brain Hospital, Nanjing, China.

Livretos como este estão agora sendo amplamente disseminados, na esperança de que eles serão traduzidos e adaptados às condições locais – um pré-requisito para sua eficácia. Comentários e requisições para permissão de tradução e adaptação serão então bem vindos.

Dr. J. M. Bertolote
Coordenador, Transtornos Mentais e Comportamentais
Departamento de Saúde Mental
Organização Mundial da Saúde

Tradução para o Português:

Janaína Phillipe Cecconi, Sabrina Stefanello e Neury José Botega, do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, Brasil. Centro Brasileiro do Estudo Multicêntrico de Intervenção no Comportamento Suicida – SUPRE-MISS, da Organização Mundial da Saúde.

PREVENÇÃO DO SUICÍDIO

UM MANUAL PARA PROFISSIONAIS DA SAÚDE PRIMÁRIA

SUICÍDIO – A DIMENSÃO DO PROBLEMA

- Estima-se que um milhão de pessoas cometeram suicídio no ano de 2000 no mundo.
- A cada 40 segundos uma pessoa comete suicídio no mundo.
- A cada 3 segundos uma pessoa atenta contra a própria vida.
- O suicídio está entre as três maiores causas de morte entre pessoas com idade entre 15-35 anos.
- Cada suicídio tem um sério impacto em pelo menos outras seis pessoas.
- O impacto psicológico, social e financeiro do suicídio em uma família e comunidade é imensurável.

Suicídio é um problema complexo para o qual não existe uma única causa ou uma única razão. Ele resulta de uma complexa interação de fatores biológicos, genéticos, psicológicos, sociais, culturais e ambientais.

É difícil explicar porque algumas pessoas decidem cometer suicídio, enquanto outras em situação similar ou pior não o fazem. Contudo a maioria dos suicídios pode ser prevenida.

Suicídio é agora uma grande questão de Saúde Pública em todos os países. Capacitar a equipe de atenção primária à saúde para identificar, abordar, manejar e encaminhar um suicida na comunidade é um passo importante na prevenção do suicídio.

POR QUE O ENFOQUE NA EQUIPE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE?

- A equipe de atenção primária tem um longo e próximo contato com a comunidade e são bem aceitos pela população local.
- A equipe provê um elo vital entre a comunidade e o sistema de saúde.
- Em muitos países em desenvolvimento, onde os serviços de saúde mental não estão bem estruturados, o profissional de atenção primária é freqüentemente o primeiro recurso de atenção à saúde.
- O seu conhecimento da comunidade permite-lhe reunir o apoio dos familiares, amigos e organizações.
- Esse profissional está em posição de oferecer cuidado continuado.
- É também a porta de entrada aos serviços de saúde para os que deles necessitam.

Em resumo, os profissionais de saúde da atenção primária são disponíveis, acessíveis, detentores de conhecimento e comprometidos com a promoção de saúde.

SUICÍDIO E TRANSTORNOS MENTAIS

Estudos tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento revelam dois importantes fatores relacionados ao suicídio. Primeiro, a maioria das pessoas que cometeu suicídio tem um transtorno mental diagnosticável. Segundo, suicídio e comportamento suicida são mais freqüentes em pacientes psiquiátricos. Esses são os grupos diagnósticos, em ordem decrescente de risco de:

- depressão (todas as formas);
- transtorno de personalidade (anti-social e borderline com traços de impulsividade, agressividade e freqüentes alterações do humor);
- alcoolismo (e/ou abuso de substância em adolescentes);
- esquizofrenia;
- transtorno mental orgânico;

Apesar de a maioria das pessoas com risco de suicídio apresentarem transtorno mental, a maioria não procura um profissional de saúde mental, mesmo em países desenvolvidos. Assim, o papel da equipe de atenção primária à saúde torna-se vital.

DEPRESSÃO

Depressão é o diagnóstico mais comum em suicídios consumados. Todos sentem-se deprimidos, tristes, solitários e instáveis de tempos em tempos, mas marcadamente esses sentimentos passam. Contudo, quando os sentimentos são persistentes e interferem na vida normal, usual da pessoa, eles tornam-se sentimentos depressivos e levam a um de transtorno depressivo.

Alguns dos sintomas comuns de depressão são:

- sentir-se triste durante a maior parte do dia, diariamente;
- perder o interesse em atividades rotineiras;
- perder peso (quando não em dieta) ou ganhar peso;
- dormir demais ou de menos ou acordar muito cedo;
- sentir-se cansado e fraco o tempo todo;
- sentir-se inútil, culpado e sem esperança;
- sentir-se irritado e cansado o tempo todo;
- sentir dificuldade em concentrar-se, tomar decisões ou lembrar-se das coisas;
- ter pensamentos freqüentes de morte e suicídio.

PORQUE A DEPRESSÃO É IGNORADA

Apesar de uma grande variedade de tratamentos estarem disponíveis para depressão, existem muitas razões para que esta doença seja freqüentemente não diagnosticada:

- As pessoas freqüentemente ficam constrangidas em admitir que estão deprimidas, porque vêem os sintomas como um “sinal de fraqueza”.
- As pessoas estão familiarizadas com os sentimentos associados à depressão e, então, não são capazes de reconhecê-los como doença.
- A depressão é mais difícil de diagnosticar quando a pessoas tem outra doença física.
- Pacientes com depressão podem apresentar-se com uma ampla variedade de dores e queixas vagas.

Depressão é tratável
Suicídio pode ser prevenido

ALCOOLISMO

- Cerca de um terço dos casos de suicídio estão ligados à dependência do álcool;
- 5 – 10% das pessoas dependentes de álcool terminam sua vida pelo suicídio;
- No momento do ato suicida muitos se apresentam sob a influência do álcool.

Caracteristicamente, pessoas com problemas relacionados ao álcool que cometem suicídio são preferencialmente as que:

- iniciaram o consumo de álcool em idade bem jovem;
- vêm consumindo álcool por um longo período;
- bebem em grandes quantidades;
- têm uma saúde física pobre;
- sentem-se deprimidas;
- têm vidas pessoais perturbadas e caóticas;

- sofreram uma grande perda interpessoal recente, como separação da mulher e/ou família, divórcio ou perda da pessoa amada;
- têm um desempenho limitado no trabalho.

Pessoas dependentes de álcool que cometem suicídio não só começam a beber em idade precoce e bebem intensamente, como também vêm de famílias de alcoolistas.

Abuso de substâncias químicas tem sido encontrado cada vez mais em adolescentes que começam a ter com comportamentos suicidas.

A presença conjunta de alcoolismo e depressão em um indivíduo aumenta enormemente o risco de suicídio

ESQUIZOFRENIA

Aproximadamente 10% dos esquizofrênicos acabam cometendo suicídio. Esquizofrenia é caracterizada por distúrbios na fala, pensamento, audição ou visão, higiene pessoal e comportamento social. Em resumo, por uma mudança drástica no comportamento e/ou sentimentos, ou por idéias estranhas.

Esquizofrênicos têm um aumento no risco de suicídio se eles:

- são jovens, solteiros, homens desempregados;
- estão nos estágios iniciais da doença;
- encontram-se deprimidos;
- propensos a recaídas freqüentes;
- altamente instruídos;
- paranóides (cismados).

Esquizofrênicos são mais propensos ao suicídio nos seguintes períodos:

- nos estágios iniciais da doença, quando estão confusos e/ou perplexos;

- no início da recuperação, quando externamente seus sintomas estão melhores mas internamente eles sentem-se vulneráveis;
- no início de uma recaída, quando achavam que tinham superado o problema, mas os sintomas retornaram;
- logo que recebem alta hospitalar.

DOENÇAS FÍSICAS E SUICÍDIO

Alguns tipos de doenças físicas são associadas a um aumento das taxas de suicídio

Doenças Neurológicas

Epilepsia

A impulsividade crescente, agressividade e incapacidade física crônica freqüentemente vistas em epiléticos são razões mais fortes para o aumento de comportamento suicida nestes pacientes. Alcoolismo e abuso de drogas contribuem para isto.

Trauma medular ou craniano e acidente vascular cerebral

Quanto mais graves as lesões, maior o risco de suicídio.

Câncer

Há indicações de que doença terminal (câncer) associa-se ao aumento das taxas de suicídio. O risco de suicídio é maior em:

- homens;
- no início do diagnóstico (dentro dos primeiros cinco anos);
- quando o paciente está em quimioterapia.

HIV e AIDS

O estigma, pobre prognóstico e a natureza da doença aumentam o risco de suicídio em pessoas infectadas pelo HIV. Na época do diagnóstico, quando o paciente não tem aconselhamento pós-teste, o risco de suicídio é alto.

Condições Crônicas

As seguintes condições crônicas têm possível associação com risco aumentado de suicídio:

- diabetes;
- esclerose múltipla;
- condições crônicas renais, hepáticas ou gastrointestinais;
- doenças nos ossos ou articulações, com dor crônica;
- doenças cerebrovasculares ou neurovasculares;
- doenças sexuais.

Aqueles que têm dificuldade em andar, ver ou ouvir estão também em risco.

**O risco de suicídio aumenta
em doenças crônicas e dolorosas**

SUICÍDIO – FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E AMBIENTAIS

Sexo

Homens cometem mais suicídio que mulheres, mas mais mulheres tentam suicídio.

Idade

A taxa de suicídio tem dois picos:

- em jovens (15 – 35 anos);
- em idosos (acima de 75 anos).

Estado Civil

Pessoas divorciadas, viúvas e solteiras têm maior risco do que pessoas casadas. As que vivem sozinhas ou são separadas são mais vulneráveis.

Profissão

Médicos, veterinários, farmacêuticos, químicos e agricultores têm taxas de suicídio maiores que a média.

Desemprego

Perda do emprego, mais do que o fato de estar desempregado, foi associado com suicídio.

Migração

Pessoas que se mudaram de uma área rural para urbana, ou diferentes regiões, ou países, são mais vulneráveis a comportamento suicida.

Fatores Ambientais

Estressores da Vida

A maioria dos que cometem suicídio passaram por acontecimentos estressantes nos três meses anteriores ao suicídio, como:

- Problemas interpessoais: ex. discussões com esposas, família, amigos, namorados;
- Rejeição – ex.: separação da família e amigos;
- Eventos de perda – ex.: perda financeira, luto;
- Problemas financeiros e no trabalho – ex.: perda do emprego, aposentadoria, dificuldades financeiras;
- Mudanças na sociedade – ex.: rápidas mudanças políticas e econômicas;
- Vários outros estressores como vergonha e ameaça de serem considerados culpados.

Facilidade de acesso

O imediato acesso a um método para cometer suicídio é um importante fator determinante para um indivíduo cometer ou não suicídio. Reduzir o acesso a métodos de cometer suicídio é uma estratégia efetiva de prevenção.

Exposição ao suicídio

Uma pequena parcela dos suicídios consiste em adolescentes vulneráveis que são expostos ao suicídio na vida real, ou através dos meios de comunicação, e podem ser influenciados a se envolver em comportamento suicida.

O ESTADO MENTAL E O SUICÍDIO

Três características em particular são próprias do estado das mentes suicidas:

1. Ambivalência: A maioria das pessoas já teve sentimentos confusos de cometer suicídio. O desejo de viver e o desejo de morrer batalham numa gangorra nos indivíduos suicidas. Há uma urgência de sair da dor de viver e um desejo de viver. Muitas pessoas suicidas não querem realmente morrer – é somente porque elas estão infelizes com a vida. Se for dado apoio emocional e o desejo de viver aumentar, o risco de suicídio diminui.
2. Impulsividade: Suicídio é também um ato impulsivo. Como qualquer outro impulso, o impulso para cometer suicídio é transitório e dura alguns minutos ou horas. É usualmente desencadeado por eventos negativos do dia-a-dia. Acalmando tal crise e ganhando tempo, o profissional da saúde pode ajudar a diminuir o desejo suicida.
3. Rigidez: Quando pessoas são suicidas, seus pensamentos, sentimentos e ações estão constrictos, quer dizer: elas constantemente pensam sobre suicídio e não são capazes de perceber outras maneiras de sair do problema. Elas pensam rígida e drasticamente.

A maioria das pessoas suicidas comunica seus pensamentos e intenções suicidas. Elas freqüentemente dão sinais e fazem comentários sobre “querer

morrer”, “sentimento de não valer pra nada”, e assim por diante. Todos estes pedidos de ajuda não podem ser ignorados.

Quaisquer que sejam os problemas, os sentimentos e pensamentos da pessoa suicida tendem a ser os mesmos em todo o mundo.

Sentimentos	Pensamentos
Tristeza, depressão	“Eu preferia estar morto”
Solidão	“Eu não posso fazer nada”
Desamparo	“Eu não agüento mais”
Desesperança	“Eu sou um perdedor e um peso pros outros.”
Auto-desvalorização	“Os outros vão ser mais felizes sem mim.”

COMO AJUDAR A PESSOA COM RISCO DE SUICÍDIO?

Quando as pessoas dizem “Eu estou cansado da vida” ou “Não há mais razão para eu viver”, elas geralmente são rejeitadas, ou, então são obrigadas a ouvir sobre outras pessoas que estiveram em dificuldades piores. Nenhuma dessas atitudes ajuda a pessoa com risco de suicídio.

O contato inicial com o suicida é muito importante. Frequentemente o contato ocorre numa clínica, casa ou espaço público, onde pode ser difícil ter uma conversa particular.

1. O primeiro passo é achar um lugar adequado onde uma conversa tranquila possa ser mantida com privacidade razoável.
2. O próximo passo é reservar o tempo necessário. Pessoas com ideação suicida usualmente necessitam de mais tempo para deixarem de se achar um fardo e precisa-se estar preparado mentalmente para lhes dar atenção.
3. A tarefa mais importante é ouvi-las efetivamente. “Conseguir esse contato e ouvir é por si só o maior passo para reduzir o nível de desespero suicida.”

O objetivo é preencher uma lacuna criada pela desconfiança, desespero e perda de esperança e dar à pessoa a esperança de que as coisas podem mudar para melhor.

Como se comunicar

- Ouvir atentamente, ficar calmo.
- Entender os sentimentos da pessoa (empatia).
- Dar mensagens não-verbais de aceitação e respeito.
- Expressar respeito pelas opiniões e valores da pessoa.
- Conversar honestamente e com autenticidade.
- Mostrar sua preocupação, cuidado e afeição.
- Focalizar nos sentimentos da pessoa.

Como não se comunicar

- Interromper muito freqüentemente.
- Ficar chocado ou muito emocionado.
- Dizer que você está ocupado.
- Tratar o paciente de maneira que o coloca numa posição de inferioridade.
- Fazer comentários invasivos e pouco claros.
- Fazer perguntas indiscretas.

Uma abordagem calma, aberta, de aceitação e de não-julgamento é fundamental para facilitar a comunicação.

**Ouçã com cordialidade.
Trate com respeito.
Empatia com as emoções.
Cuidado com o sigilo.**

SUICIDIO – FATO E FICÇÃO

FICÇÃO	FATO
1. Pessoas que ficam ameaçando suicídio não se matam.	1. A maioria das pessoas que se matam deram avisos de sua intenção.
2. Quem quer se matar, se mata mesmo.	2. A maioria dos que pensam em se matar, têm sentimentos ambivalentes.
3. Suicídios ocorrem sem avisos.	3. Suicidas freqüentemente dão ampla indicação de sua intenção.
4. Melhora após a crise significa que o risco de suicídio acabou.	4. Muitos suicídios ocorrem num período de melhora, quando a pessoa tem a energia e a vontade de transformar pensamentos desesperados em ação auto-destrutiva.
5. Nem todos os suicídios podem ser prevenidos.	5. Verdade, mas a maioria pode-se prevenir.
6. Uma vez suicida, sempre suicida.	6. Pensamentos suicidas podem retornar, mas eles não são permanentes e em algumas pessoas eles podem nunca mais retornar.

COMO IDENTIFICAR UMA PESSOA SOB RISCO DE SUICÍDIO

Sinais para procurar na história de vida e no comportamento das pessoas:

1. Comportamento retraído, inabilidade para se relacionar com a família e amigos
2. Doença psiquiátrica
3. Alcoolismo
4. Ansiedade ou pânico
5. Mudança na personalidade, irritabilidade, pessimismo, depressão ou apatia
6. Mudança no hábito alimentar e de sono
7. Tentativa de suicídio anterior
8. Odiar-se, sentimento de culpa, de se sentir sem valor ou com vergonha
9. Uma perda recente importante – morte, divórcio, separação, etc.
10. História familiar de suicídio
11. Desejo súbito de concluir os afazeres pessoais, organizar documentos, escrever um testamento, etc.
12. Sentimentos de solidão, impotência, desesperança.
13. Cartas de despedida
14. Doença física
15. Menção repetida de morte ou suicídio

COMO ABORDAR O PACIENTE

Quando a equipe de saúde primária suspeita que exista a possibilidade de um comportamento suicida, os seguintes aspectos necessitam ser avaliados:

- Estado mental atual e pensamentos sobre morte e suicídio;
- Plano suicida atual – quão preparada a pessoa está, e quão cedo o ato está para ser realizado;
- Sistema de apoio social da pessoa (família, amigos, etc.).

A melhor maneira de descobrir se uma pessoa tem pensamentos de suicídio é perguntar para ela. Ao contrário da crença popular, falar a respeito de suicídio não coloca a idéia na cabeça das pessoas. De fato, elas ficarão muito agradecidas e aliviadas de poder falar abertamente sobre os assuntos e questões com as quais estão se debatendo.

Como perguntar?

Não é fácil perguntar para uma pessoa sobre sua ideação suicida. Ajuda se você chegar no tópico gradualmente. Algumas questões úteis são:

- Você se sente triste?
- Você sente que ninguém se preocupa com você?
- Você sente que a vida não vale mais a pena ser vivida?
- Você sente como se estivesse cometendo suicídio?

Quando perguntar?

- Quando a pessoa tem o sentimento de estar sendo compreendida;
- Quando a pessoa está confortável falando sobre seus sentimentos;
- Quando a pessoa está falando sobre sentimentos negativos de solidão, desamparo, etc.

O que perguntar?

1. Descobrir se a pessoa tem um plano definido para cometer suicídio:
 - Você fez algum plano para acabar com sua vida?
 - Você tem uma idéia de como você vai fazê-lo?
2. Descobrir se a pessoa tem os meios para se matar:
 - Você tem pílulas, uma arma, inseticida, ou outros meios?
 - Os meios são facilmente disponíveis para você?
3. Descobrir se a pessoa fixou uma data:
 - Você decidiu quando você planeja acabar com sua vida?
 - Quando você está planejando fazê-lo?

Todas estas questões precisam ser perguntadas com cuidado, preocupação e compaixão

COMO LIDAR COM O PACIENTE

BAIXO RISCO

A pessoa teve alguns pensamentos suicidas, como “Eu não consigo continuar”, “Eu gostaria de estar morto”, mas não fez nenhum plano.

Ação Necessária

- Oferecer apoio emocional.
- Trabalhar sobre os sentimentos suicidas. Quanto mais abertamente a pessoa fala sobre perda, isolamento e desvalorização, menos turbulentas suas emoções se tornam. Quando a turbulência emocional cede, a pessoa pode se tornar reflexiva. Este processo de reflexão é crucial, ninguém senão o indivíduo pode revogar a decisão de morrer e tomar a decisão de viver.
- Focalize na força positiva da pessoa, fazendo-a falar como problemas anteriores foram resolvidos sem recorrer ao suicídio.
- Encaminhe a pessoa para um profissional de saúde mental ou a um médico.
- Encontre-a em intervalos regulares e mantenha contato externo.

MÉDIO RISCO

A pessoa tem pensamentos e planos, mas não tem planos de cometer suicídio imediatamente.

Ação Necessária

- Ofereça apoio emocional, trabalhe com os sentimentos suicidas da pessoa e focalize em forças positivas. Em adição, continue com os passos abaixo.
- Focalize os sentimentos de ambivalência. O profissional da saúde deve focalizar na ambivalência sentida pela pessoa suicida, entre viver e morrer, até que gradualmente o desejo de viver se fortaleça.
- Explore alternativas ao suicídio. O profissional da saúde deve tentar explorar as várias alternativas ao suicídio, até aquelas que podem não ser soluções ideais, na esperança de que a pessoa vá considerar ao menos uma delas.
- Faça um contrato. Extraia uma promessa do indivíduo suicida de que ele ou ela não vai cometer suicídio
 - Sem que se comunique com a equipe de saúde;
 - Por um período específico.
- Encaminhe a pessoa a um psiquiatra, ou médico, e marque uma consulta o mais breve possível.
- Entre em contato com a família, amigos e colegas, e reforce seu apoio.

ALTO RISCO

A pessoa tem um plano definido, tem os meios para fazê-lo, e planeja fazê-lo imediatamente.

Ação Necessária

- Estar junto da pessoa. Nunca deixá-la sozinha.
- Gentilmente falar com a pessoa e remover as pílulas, faca, arma, inseticida, etc. (distância dos meios de cometer suicídio).
- Fazer um contrato.
- Entrar em contato com um profissional da saúde mental ou médico imediatamente e providenciar uma ambulância e hospitalização.
- Informar a família e reafirmar seu apoio.

ENCAMINHANDO O PACIENTE COM RISCO DE SUICÍDIO

Quando encaminhar

Quando a pessoa tem:

- Doença psiquiátrica;
- Uma história de tentativa de suicídio anterior;
- Uma história familiar de suicídio, alcoolismo ou doença mental;
- Doença física;
- Nenhum apoio social.

Como encaminhar:

- O trabalhador da saúde primária deve ter tempo para explicar à pessoa a razão do encaminhamento.
- Marcar a consulta.
- Esclareça à pessoa que o encaminhamento não significa que o profissional da saúde está lavando as mãos em relação ao problema.
- Veja a pessoa depois da consulta.
- Mantenha contato periódico.

RECURSOS DA COMUNIDADE

As fontes de apoio usualmente disponíveis são:

- Família;
- Amigos;
- Colegas;
- Clérigo;
- Centros de crise;
- Profissionais de saúde.

Como obter estes recursos?

- Tente conseguir permissão do paciente para recrutar quem possa ajudá-la, e depois entre em contato com essas pessoas.
- Mesmo que a permissão não seja dada, tente localizar alguém que seria particularmente compreensivo com o paciente.
- Fale com o paciente e explique que algumas vezes é mais fácil falar com um estranho do que com uma pessoa amada, para que ele ou ela não se sinta negligenciado ou ferido.
- Fale com as pessoas de apoio sem acusá-las ou fazê-las sentirem-se culpadas.
- Assegure novamente seu apoio nas ações que serão tomadas.
- Fique atento, também, às necessidades dos que sepropuseram a ajudar.

O QUE FAZER E O QUE NÃO FAZER

O que fazer

- Ouvir, mostrar empatia, e ficar calmo;
- Ser afetuoso e dar apoio;
- Leve a situação a sério e verifique o grau de risco;
- Pergunte sobre tentativas anteriores;
- Explore as outras saídas, além do suicídio;
- Pergunte sobre o plano de suicídio;
- Ganhe tempo – faça um contrato;
- Identifique outras formas de dar apoio emocional;
- Remova os meios, se possível;
- Tome atitudes, conte a outros, consiga ajuda;
- Se o risco é grande, fique com a pessoa.

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.

CONCLUSÃO

Compromisso, sensibilidade, conhecimento, preocupação com outro ser humano e a crença de que a vida é um aprendizado que vale a pena - são os principais recursos que os profissionais de saúde primária têm; apoiados nisso eles podem ajudar a prevenir o suicídio.