



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

MIRIAM REGINA CALEZULATO

TITULO INTERVENÇÃO E PREVENÇÃO DO SUICÍDIO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A
SAÚDE.

SÃO PAULO
2017

MIRIAM REGINA CALEZULATO

TÍTULO INTERVENÇÃO E PREVENÇÃO DO SUICÍDIO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A
SAÚDE.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde da
Família da Universidade Federal de São Paulo
para obtenção do título de Especialista em
Saúde da Família

Orientação: BRUNA PEDROSO CANEVER

SÃO PAULO
2017

Resumo

Ao falamos de suicídio, apesar da identificação de diversos fatores de risco, podemos partir do pressuposto de perguntas essenciais do ser humano: por que se vive, e por que se morre. Esse é uma pergunta que todas as pessoas, em algum momento da vida se faz: o que devo fazer, qual o sentido da vida, pelo que devo lutar, o que fazer para ser feliz? Mesmo que nunca se encontre respostas para essas questões, o ser humano possui algo que prevalece e racionalmente pode-se chamar de instinto de sobrevivência, que se impõe a estes questionamentos: nem sempre é preciso ter um motivo claro e definido para querer viver. No entanto, quando falamos em provocar a própria morte, temos na grande maioria das vezes uma raiz comum: o sofrimento. Tentando minimizar esses índices na Cidade de Adamantina, o projeto de união de poderes públicos será apresentado

Palavra-chave

Suicídio. Saúde. Prevenção.

Introdução

De acordo com a OMS - Organização Mundial de Saúde e OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde, 2012, para cada suicídio, há muito mais pessoas que tentam a cada ano. A tentativa prévia é o fator de risco mais importante para o suicídio na população em geral.

O número de suicídios e/ou tentativas são tão alarmantes que o CVV - Centro de Valorização da Vida, fundado em São Paulo em 1962, é uma associação civil sem fins lucrativos, filantrópica, reconhecida como de Utilidade Pública Federal em 1973, recebe mais de um milhão de atendimentos anuais. Presta serviço voluntário e gratuito de apoio emocional e prevenção do suicídio para todas as pessoas que querem e precisam conversar, sob total sigilo.

O CVV além do apoio emocional, desenvolve outras atividades relacionadas a apoio emocional, do atendimento, com ações abertas à comunidade que estimulam o autoconhecimento e melhor convivência em grupo e consigo mesmo em todo o Brasil.

Sabemos que a associação entre distúrbios mentais e suicídio é muito bem estabelecida no mundo, mas também existem outros fatores que levam a pessoa à esse extremo, tais como término de relacionamentos, incapacidade de lidar com perdas, crises financeiras, doenças e qualquer ponto que faça com que a pessoa entre em colapso e não veja saída a não ser a morte.

"Quando uma pessoa pensa em suicídio, ela quer matar a dor, mas nunca a vida". Augusto Cury

Sabemos que não existe idade, gênero, cor, classe, etnia ou raça que pode ser vista como uma exceção para cometer esse suicídio, mesmo as estatísticas mostrarem que o maior índice está entre jovens como citado acima. O assunto aqui proposto visa potencializar uma tentativa de prevenir esses atos impensados e despertar sobre as inquietações que assombram a psique humana.

Vários fatores podem impedir a identificação precoce do problema e, como consequência, a prevenção do suicídio. O estigma e o tabu relacionados ao assunto são aspectos essenciais.

Durante séculos de nossa história, por razões religiosas, morais e culturais o suicídio foi e ainda é considerado um grande "pecado", talvez o pior deles, de acordo com o cristianismo "não matar" - Sexto mandamento dos dez mandamentos pela igreja católica. (Usamos o cristianismo como exemplo pois é a maior religião do mundo, com média de 2.106.962.000 de seguidores).

Por esta razão, ainda temos medo e vergonha de falar abertamente sobre esse importante problema que se tornou um dos maiores na saúde pública. Acostumados a essa cultura, por séculos, não conseguimos que desapareça sem um grande esforço de todos. Tal crença,

assim como a dificuldade em buscar ajuda, a falta de conhecimento e de atenção sobre o assunto por parte dos profissionais de saúde, da pessoas em geral e a ideia errônea de que o comportamento suicida não é um evento frequente condicionam barreiras para a prevenção. Lutar contra esse tabu é fundamental para que a prevenção seja bem-sucedida.

Objetivos (Geral e Específicos)

OBJETIVOS GERAIS:

Capacitar os agentes de saúde no intuito de identificar, acompanhar e encaminhar o paciente a UBS para tratamento adequado e Unir os poderes públicos, municipais, estaduais e federais com finalidade de poder identificar com maior rapidez pacientes vulneráveis.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Organizar reuniões periódicas com finalidade de promover conhecimento de todos os poderes públicos envolvidos na prevenção do suicídio.

Ter conhecimento e repassar o maior número de casos de risco possível, fazendo com que todos os órgãos públicos façam sua parte na prevenção.

Orientação para as secretarias com finalidade de atentar aos primeiros sintomas de risco.

Criação de grupos de terapias ocupacionais, fazendo com que pacientes consigam interagir entre si, com monitoramento adequado.

Método

Sinais podem salvar uma vida, queixas podem salvar o paciente de cometer suicídio, estar atento é prevenir um dano irreparável. Alguns sinais são bem claros e se a família estiver tenta e orientada, podemos afirmar que em mais da metade dos casos o ato do suicídio pode ser evitado.

De acordo com a Revista Galileu, alguns sinais de alerta podem ser observados não só em relação ao fato da pessoa tirar sua vida, mas também sinalizam a possível existência de algum transtorno mental. Alguns desses sintomas estão listados abaixo:

- Mudança de personalidade e hábitos; comportamento ansioso, deprimido e agitado;
- Piora de desempenho, seja escolares, atividades de rotina ou trabalho; Afastamento social;
- Perda ou ganho de peso repentino;
- Variação de sono como dormir pouco ou dormir muito;
- Auto depreciação ou baixa estima;
- Muito interesse pela temática morte - são alguns sintomas que necessitam atenção.

As causas de um suicídio são mais complexas que um acontecimento recente, como a perda do emprego, luto ou um término de uma relação. A existência de uma doença ou transtorno mental encontra-se presente na maioria dos casos. Uma revisão de vários artigos científicos publicados nos últimos 50 anos, envolvendo mais de 15 mil suicídios ocorridos, mostrou que em mais de 90% dos casos caberia um diagnóstico de transtorno ou uma doença mental e sendo assim haveria tratamento.

O desafio da Saúde Pública nesse assunto é evitar as mortes. Simples é diagnosticar um problema psiquiátrico e qualquer sinal, sintoma ou queixa do paciente, fica confortável aos médicos usar o termo “psicossomático” isto é, tudo culpa do seu problema.

Este projeto está sendo proposto na cidade de Adamantina - Interior de São Paulo na UBS - Posto de Atendimento Sanitário - Vila Jardim. A cidade tem em média 33.797 habitantes (censo IBGE 2010).

Tendo em vista os pacientes da UBS - Unidade Básica de Saúde o alarmante, é o pequeno número de pessoas da cidade e o crescente número de suicídios e/ou tentativas, fazem se necessários um Projeto de Intervenção onde possamos identificar alertar, instruir e prevenir tais acontecimentos. Vamos dar enfoque na união dos órgãos públicos: CAPS - (Centro de Apoio Psicossocial), NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), Conselho Tutelar, CRAS (Centro de Referência de Assistência Social), Educação e Saúde utilizando diversos recursos para que familiares, comunidade e o próprio indivíduo tenham condições para enfrentar a situação com amparo poderes públicos da cidade.

PACIENTES E AVALIAÇÃO

Paciente 1: M.R.C - 39 anos, feminino, Ambulatorial.

Paciente psiquiátrico desde 2008. Diagnóstico: Transtorno Afetivo Bipolar, CID F31. Paciente agitada, com tendência a se auto mutilar, variações constantes de depressão e euforia. Em fases depressivas menciona pensamentos suicidas. Medicação: Depakote 500 mg - 2x ao dia, rivoltril 2mg - 1 comp. a noite, zolpidem 10mg - 1 comp. a noite, quetiapina 50 mg - 1 x ao dia.

A avaliação é feita mediante consultas semestrais, tendo como objetivo a observação no comportamento, falas e indícios de piora ou melhora. No caso de patologia descompensada, encaminhamento ao psiquiatra para reavaliação e conduta. Visitas de agentes de saúde não são realizadas, devido a área descoberta.

Paciente 2: V.F.T - 28 anos, masculino, Tratamento CAPS

Paciente psiquiátrico desde 2016. Diagnóstico: Transtorno Afetivo Bipolar, CID F31. Paciente com crises de agressividade. Encaminhado ao CAPS ao procurar a UBS. Sem contra referência.

Paciente 3: C.S - 13 anos - masculino

Primeiro contato, sem atecedendes. Após contato da escola, mãe a atendimento em UBS com lesões perfuro cortantes multiplas no antebraço auto infligidas. Assepsia e avaliação realizadas na UBS - encaminhado a psicologia infantil e CAPS de urgência. Sem contra referência.

Paciente 4: M.D.R - 7 anos - masculino

Primeiro contato sem atecedendes. Mãe levou para consulta espontanea, porém durante avaliação o paciente apresentou distúrbio de comportamento, agressividade e vozes de comando - encaminhado a psicologia infantil e Psiquiatria infantil (CAPS local não tem psiquiatria infantil). Sem contra referência.

É de extrema importância entender que cada paciente é único, e que cada caso tem suas particularidades, logo não podemos pensar em saúde mental com risco de suicídio no geral, mas nas especificidades de cada distúrbio/transtorno/doença diagnosticada.

Resultados Esperados

Caso criança e adolescente.

Sabemos que o primeiro contato da pessoa com a sociedade de fato, é o ingresso a escola, onde os professores ficam em média 4 (quatro) horas com essas crianças. Esses professores não são especialistas na área da saúde, mas em grande parte dos casos, consegue identificar transtornos, deficiências e doenças mentais ou até mesmo problemas familiares.

Pela falta de preparo especializado, o poder público EDUCAÇÃO encaminha essa criança a outros poderes públicos como Conselho Tutelar (julgando indisciplina) que por muitas vezes está associado a outros distúrbios, ou ao CAPS (Centro de Apoio Psicossocial).

Após o encaminhamento desse aluno seja para qualquer órgão, a Unidade Escolar se isenta da responsabilidade. Esse aluno chega volta a Secretaria da Educação com laudo expedido por especialista do CAPS (se constatado problemas mentais) ou se encaminhado ao Conselho Tutelar que também encaminha ao CAPS, e de acordo com as leis vigentes no Estado de São Paulo, essa criança volta para sala de aula regular.

Os pais ou responsáveis dessa criança, por sua vez a levam para UBS esperando um tratamento, porém o médico não tem em mãos, e nem conhecimento do que se passou na Escola, CAPS ou Conselho Tutelar.

Após avaliação, o poder público SAÚDE, encaminha essa criança/adolescente ao CAPS, Psicólogos ou ao NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família).

O CAPS ou NASF por sua vez, conduzem esses pacientes a outros órgãos de assistência a família, como CRAS (Centro de Referência de Assistência Social) ou ONGs (Organização não Governamental).

Se a criança/adolescente volta a UBS, não há referência alguma do que aconteceu em outros órgãos, não há relatório, ofício ou ao menos uma ligação telefonica para saber o que se passou com esse paciente.

Por não ter ligação direta, esse paciente/família, gira em círculos, com orientação de ir aqui, direcionado ali quando na verdade está sem direção exata, sem problemas solucionados e essa é a realidade.

Caso Adulto

O círculo também é vicioso, pois primeiramente o paciente/família procura a UBS para avaliação, é encaminhado ao CAPS. E da mesma maneira da criança, é direcionado à outros poderes.

A necessidade está na ligação de todos os poderes públicos, no diálogo entre eles. A ideia é que cada órgão realize uma reunião mensal, e que um representante de cada órgão designado, participe dessas reuniões com a finalidade de repassar casos e situações a outros poderes. A conversação entre esses poderes tem com maior finalidade quebrar o círculo, fazendo com que o paciente siga na direção correta e que todos os profissionais pela qual ele passar, já tenha especificidades do problema.

A ajuda mútua dos especialistas, ajudará no processo e prevenção ao suicídio e intervir quando a situação está avançada, sabendo que o foco de todos os poderes públicos é sempre o mesmo: o ser humano.

Referências

Organização das Nações Unidas. ONUBR, disponível em : <https://nacoesunidas.org> - Acesso em 13/03/2017

Centro de Valorização a Vida. CVV, disponível em <http://www.cvv.org.br/> - Acesso em 16/03/2017

Associação Brasileira de Estudos e Prevenção do Suicídio, disponível em <http://www.abeps.org.br> - Acesso em 16/03/2017

Brasil Escola. UOL, disponível em <http://brasilecola.uol.com.br/religiao/as-cinco-maiores-religoes.htm> - Acesso em 23/03/2017

Revista Brasileira de Psicologia, Salvador, Bahia, 2015, pag. 02(01)

Botega, N. J., Marin-León, L., Oliveira, H. B., Barros, M. B., Silva, V. F., & Dalgarrondo, P. Prevalência de ideação, plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil.(2009).

Grupo Anchieta, disponível em: <http://www.anchieta.br/suicidio-os-sinais-nao-podem-ser-banalizados/> - Acesso em 08/08/2017

Bertolote, J. M., & Fleischmann, A. Suicide and psychiatric diagnosis: A worldwide

perspective, (2002).

Bertolote, J. M. . O suicídio e sua prevenção. São Paulo, SP: Ed. Unesp, (2012)

Revista Galileu - Editora Globo, disponível em:

<http://revistagalileu.globo.com/Sociedade/noticia/2014/10/6-sinais-de-comportamento-suicida.html> - Acesso em 19/04/2017

BERTOLOTE, J.M. O suicídio e sua prevenção. São Paulo: editora Unesp, 2012.

BOTEGA, N.J. Crise suicida: avaliação e manejo. Porto Alegre: Artmed, 2015.

Nações Unidas, <https://nacoesunidas.org/saude-mental-depende-de-bem-estar-fisico-e-social-diz-oms-em-dia-mundial/>

Ana Mercês Bahia Bock, Odair Furtado e Maria de Lourdes Trassi Teixeira. PSICOLOGIAS UMA INTRODUÇÃO AO ESTUDO DE PSICOLOGIA. 13a Ed. Editora Saraiva. 1999.