



Guia de prevenção ao suicídio para FSR



**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
BRIGADA MILITAR
DEPARTAMENTO DE SAÚDE**

GUIA DE PREVENÇÃO AO SUICÍDIO PARA A FSR

Junho, 2018

SUMÁRIO

1.	Introdução.....	pág. 4
2.	O papel da FSR na prevenção ao suicídio.....	pág. 4
3.	Sobre o suicídio.....	pág. 5
4.	Avaliação do risco de suicídio.....	pág. 7
5.	Manejo inicial.....	pág.8
6.	Classificação de risco e conduta	pág. 9
7.	Para onde encaminhar o Militar Estadual com risco de suicídio?.....	pág. 11
8.	Referências bibliográficas.....	pág. 12
9.	ANEXO 1 – Inspeção Bienal de Saúde (IBS).....	pág. 13
10.	Créditos.....	pág. 15

GUIA DE DEPREVENÇÃO AO SUICÍDIO PARA FSR

1. Introdução

Este manual tem como objetivo apresentar informações e orientações às equipes de saúde das Formações Sanitárias Regimentais (FSR) em relação à **prevenção ao suicídio dos policiais militares**.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) o suicídio é um fenômeno complexo, classificado como um grave problema de saúde pública e requer atenção máxima das equipes de saúde. É responsável anualmente por um milhão de óbitos (o que corresponde a 1,4% do total de mortes), e a cada 45 segundos ocorre um suicídio em algum lugar do planeta. Essa cifra supera, ao final de um ano, a soma de todas as mortes causadas por homicídios, acidentes de transporte, guerras e conflitos civis (World Health Organization [WHO], 2014; Värnik, 2012).

A prevenção do suicídio é possível e envolve um conjunto de ações, incluindo ampla divulgação de informações sobre o tema, redução do estigma em relação aos transtornos mentais e adequado manejo dos casos de risco.

Este material abordará aspectos relativos aos fatores de risco para suicídio, mitos acerca do tema e orientações sobre identificação dos níveis de risco e adequado encaminhamento dos casos.

A pessoa que pensa em tirar a própria vida, antes de fazê-lo, com frequência expõe suas ideias a quem está mais próximo, tais como familiares, colegas, amigos ou profissionais de serviços de saúde de Atenção Primária.

Nesse sentido as informações contidas neste guia adquirem relevância tanto para a capacitação dos profissionais, como para que se implementem ações e estratégias de prevenção ao suicídio.

2. O Papel da FSR na Prevenção ao Suicídio

Para o Militar Estadual (ME), a FSR é o primeiro contato para acessar a rede de saúde da Corporação, tornando-se um local privilegiado para identificar pessoas em risco de suicídio e possibilitar sua prevenção. Tal serviço mantém um vínculo estreito com os policiais militares, sendo que até mesmo conversas informais com o efetivo podem auxiliar a identificar sofrimento psíquico e intenções suicidas. A escuta sensível das questões de saúde mental possibilita que as primeiras abordagens sobre o assunto sejam mais bem aceitas.

As FSRs têm, sob seus cuidados, um grande número de servidores, alcançando extensa abrangência territorial. Os membros da equipe tornam-se multiplicadores de informações, promovendo a divulgação do sistema de saúde da Corporação. Além disso, as inspeções de saúde regulares são importantes oportunidades para as equipes de saúde abordarem as questões emocionais dos Militares Estaduais. Sugerimos a aplicação de questionários breves, utilizados como rastreamento de sintomas depressivos e abuso de substâncias. Esta avaliação inicial possibilitará o adequado encaminhamento dos casos selecionados para atendimento especializado (ANEXO 1).

A equipe de saúde da FSR apresenta, de um modo geral, proximidade também com os Comandantes de Unidades. Essa proximidade permite a troca de informações, inclusive para planejamento de ações. É importante que a equipe de saúde tenha conhecimento das demandas do efetivo, assim como de situações especiais que ocorram. Situações como mortes em serviço, suicídios de colegas, ocorrências de grande vulto ou com repercussões na mídia, entre outros casos que gerem mobilização no efetivo podem ser manejadas através de abordagens psicológicas. A FSR pode acionar a Seção Biopsicossocial para realizar a intervenção mais adequada de acordo com a situação.

A prevenção ao suicídio inclui o adequado controle das doenças mentais da tropa. Neste sentido, propomos que as FSRs tenham cadastrados os casos de MEs com doença mental grave, especialmente aqueles com história de internação psiquiátrica. Idealmente, os casos deveriam ser acompanhados de forma periódica, verificando-se a adesão às intervenções terapêuticas. Sabe-se que o abandono do tratamento frequentemente leva à recorrência dos sintomas, portanto o monitoramento pode auxiliar de forma preventiva.

3. Sobre o Suicídio

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

No Brasil, estima-se que ocorram 24 mortes diárias por suicídio, configurando uma taxa de 5,3 casos para cada 100 mil habitantes. No Rio Grande do Sul, essa taxa eleva-se para cerca de 10 a cada 100 habitantes. Os policiais militares estão entre as profissões de maior risco para o suicídio. Em levantamento realizado em 2015 na Brigada Militar, identificou-se uma taxa de 21,4 suicídios de MEs a cada 100 mil.

A OMS aponta três características psicopatológicas comuns no estado mental dos suicidas. São elas:

1. **AMBIVALÊNCIA:** O desejo de viver e de morrer se confundem. Há uma urgência em sair da dor e do sofrimento com a morte, entretanto há o desejo de sobreviver a esta tormenta. Muitos não aspiravam realmente morrer, apenas queriam sair do sentimento momentâneo de infelicidade, encontrando um fim mais rápido para seus sofrimentos. Se for dado oportunamente o apoio emocional necessário para reforçar o desejo de viver, logo a intenção e o risco de suicídio diminuirão.
2. **IMPULSIVIDADE:** Suicídio, por mais planejado que seja, parte de um ato que é usualmente motivado por eventos negativos. O impulso para cometer suicídio é transitório e pode ser desencadeado por situações como rejeição, fracasso, falência, perdas, entre outros. Acolher a pessoa durante a crise com ajuda empática adequada pode interromper o impulso suicida.
3. **RIGIDEZ:** Quando uma pessoa decide terminar com a sua vida, os pensamentos, sentimentos e ações apresentam-se restritivos, ou seja, ela pensa constantemente sobre o suicídio e é incapaz de perceber outras maneiras de enfrentar ou sair do problema. Compartilhar esses sentimentos e pensamentos com alguém possibilitará a busca por alternativas saudáveis.

3.1.Mitos e Verdades sobre o Suicídio

Mito 1: As pessoas que falam sobre o suicídio não farão mal a si próprias, pois querem apenas chamar a atenção.

Verdade: A maioria das pessoas que se mataram deram avisos de sua intenção

Mito 2. Quem quer se matar, se mata mesmo.

Verdade: A maioria dos que pensam em se matar têm sentimentos ambivalentes.

Mito 3. Suicídios ocorrem sem avisos.

Verdade: Suicidas frequentemente dão ampla indicação de sua intenção.

Mito 4. Melhora após a crise significa que o risco de suicídio acabou.

Verdade. Muitos suicídios ocorrem num período de melhora, quando a pessoa tem a energia e a vontade de transformar pensamentos desesperados em ação auto-destrutiva.

Mito 5. Nem todos os suicídios podem ser prevenidos.

Verdade: Verdade, mas a maioria pode-se prevenir.

Mito 6. Uma vez suicida, sempre suicida.

Verdade: Pensamentos suicidas podem retornar, mas eles não são permanentes e em algumas pessoas eles podem nunca mais retornar.

4. Avaliação do Risco de Suicídio:

A maioria das pessoas que pensa em suicídio comunica seus pensamentos e intenções suicidas. Elas frequentemente dão sinais e fazem comentários sobre: “querer morrer”, “sentimento de não valer pra nada”. Todos estes pedidos de ajuda não podem ser ignorados.

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 incentiva a pessoa a fazê-lo. De fato, elas ficarão aliviadas de poder falar abertamente sobre os assuntos e questões com as quais estão se debatendo.

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

4.1. O que avaliar?

- ✓ Presença de pensamento de morte
- ✓ Plano de como efetuar
- ✓ Tentativa de suicídio prévia (própria ou de familiar)
- ✓ História de transtorno mental
- ✓ Uso de álcool
- ✓ Impulsividade
- ✓ Evento traumático
- ✓ Falta de suporte familiar

4.2. Principais Fatores de Risco:

- **Tentativa de Suicídio Prévia**
- **Presença de Transtorno Mental**

4.3. Outros Fatores de Risco:

Fatores Psicológicos	Circunstâncias
<ul style="list-style-type: none">• Comportamento retraído, inabilidade para se relacionar com a família e amigos, pouca rede social.• Sentimentos de solidão, impotência, desesperança.• Impulsividade.• Agressividade, humor instável.• Menção repetida de morte ou suicídio.	<ul style="list-style-type: none">• Crise financeira grave.• Conflito grave com superior hierárquico.• Envolvimento em ocorrência policial com resultado de morte ou lesão grave.• Perdas recentes.• Dinâmica familiar conturbada.

4.4. Transtornos Mentais

Patologias	Dados
Depressão	<ul style="list-style-type: none">• Acomete, ao longo da vida, entre 10% e 25% das mulheres e entre 5% e 12% dos homens.• Quanto mais precoce o tratamento, mais rápido o desaparecimento dos sintomas e menor a chance de se tornar crônico.• Entre os gravemente deprimidos, 15% se suicidam.
Transtorno de Estresse Pós-traumático	Pode ser secundário à ocorrência de evento. É o transtorno de ansiedade mais relacionado ao suicídio.
Alcoolismo e transtornos mentais decorrentes de outras drogas	<ul style="list-style-type: none">• A dependência do álcool está relacionada a faltas no trabalho e à diminuição da capacidade de trabalhar.• O álcool aumenta a impulsividade e, com isso, o risco de suicídio.

FATORES DE PROTEÇÃO

- Suporte familiar com vínculos saudáveis,
- Boa capacidade de adaptação e resolução de problemas,
- Religiosidade/Espiritualidade,
- Ter filhos,
- Tratamento regular nos casos de transtorno mentais.

5. Manejo inicial:

ORIENTAÇÕES GERAIS: O que fazer diante de uma pessoa com risco de suicídio?

- Ouça, mostre empatia, e fique calmo;
- 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 de não-suicídio;
- Remova os meios letais;
- Comunique familiares;
- Se o risco é grande, fique com a pessoa!

6. Classificação de Risco e Conduta:

AVALIAÇÃO DE RISCO	RISCO BAIXO	RISCO MÉDIO	RISCO ALTO
Caracterizar	<ul style="list-style-type: none"> A pessoa teve pensamentos suicidas, mas não fez nenhum plano. 	<ul style="list-style-type: none"> A pessoa tem pensamentos e planos suicidas, mas não pretende cometê-lo imediatamente. 	<ul style="list-style-type: none"> A pessoa tem um plano definido, tem os meios para fazê-lo e planeja fazê-lo prontamente; Tentou suicídio recentemente e apresenta rigidez quanto à nova tentativa; Fez várias tentativas em curto espaço de tempo.
Manejar	<ul style="list-style-type: none"> Escuta acolhedora para compreensão e amenização de sofrimento; Facilitação da vinculação do sujeito ao suporte e ajuda possível ao seu redor – social e institucional; Tratamento de possível transtorno psiquiátrico. 	<ul style="list-style-type: none"> Cuidado com possíveis meios de cometer suicídio que possam estar no próprio espaço de atendimento; Escuta terapêutica que o possibilite falar e clarificar para si sua situação de crise e sofrimento; Realização de contrato terapêutico de não suicídio; Investimento nos possíveis fatores protetivos do suicídio; Faça da família e amigos os verdadeiros parceiros no acompanhamento do mesmo. 	<ul style="list-style-type: none"> Estar junto da pessoa. Nunca deixá-la sozinha; Total cuidado com possíveis meios de cometer suicídio que possam estar no próprio espaço de atendimento; Realização de contrato de “não suicídio”; Informar a família da forma já sugerida.
Encaminhar	<ul style="list-style-type: none"> Encaminhe para profissional especializado; Esclareça ao paciente os motivos do encaminhamento; Certifique-se do atendimento e agilize ao máximo, tendo em vista a excepcionalidade do caso; Tente obter uma contra-referência do atendimento. 	<ul style="list-style-type: none"> Encaminhe para o serviço de psiquiatria para avaliação e conduta ou agende uma consulta o mais breve possível; Peça autorização para entrar em contato com a família, os amigos e/ou colegas e explique a situação sem alarmar ou colocar panos quentes, informando o necessário e preservando o sigilo de outras informações sobre particularidades do indivíduo; Recolha do armamento. 	<ul style="list-style-type: none"> Encaminhe para o serviço de psiquiatria para avaliação, conduta e, se necessário, internação. Caso não seja possível, considere o caso como emergência e entre em contato com um profissional da saúde mental ou do serviço de emergência mais próximo. Providencie uma ambulância e encaminhe a pessoa ao pronto atendimento psiquiátrico, de preferência.

Abordar adequadamente esse indivíduo pode garantir que sua vida esteja salva.

Como perguntar?

Não é fácil perguntar para uma pessoa sobre sua ideação suicida. Você deverá 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?

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 ideia 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 planeja acabar com sua vida?
 - Quando você está planejando fazê-lo?
4. Descobrir se a pessoa tem um plano definido para cometer suicídio:
 - Você fez algum plano para acabar com a sua vida?
 - Você tem ideia de como vai fazê-lo?

7. PARA ONDE ENCAMINHAR O MILITAR ESTADUAL COM RISCO DE SUICÍDIO?

Locais para encaminhamento dentro da Corporação:

7.1. Seção Biopsicossocial do Departamento de Saúde:

Porto Alegre: Rua Cel André Belo, 416. Bairro: Menino Deus.

Contato: Tel (51) 3288-3327. WhatsApp (51) 8443 5332

Canoas: FSR CPM - Av. Santos Ferreira, 4321. Bairro: Estância Velha. Tel (51) 3477-8804

Novo Hamburgo: FSR CRPO VRS - Av. Cel. Travassos, 1111. Bairro: Rondônia. Tel (51) 3584-6812

Santa Maria: HBMSM - Rua Euclides da Cunha, 1800. Bairro: Nossa Senhora das Dores. Tel (55) 3220-5763

7.2. Hospital da Brigada Militar de Porto Alegre:

Endereço: Rua Dr. Castro de Menezes, 155. Bairro Tristeza.

Marcação de consultas com psiquiatras e psicólogos: Tel (51) 3288-3556 e (51) 3288-3565

Unidade de Internação Psiquiátrica: em caso de necessidade de internação, esta ocorre após avaliação inicial no Pronto Atendimento do HBM/PA.

Referências Bibliográficas

1. Suicídio: Informando para prevenir, Conselho Federal de Medicina, Brasília: 2014
2. Prevenção do Suicídio: Um Manual para profissionais da Saúde em Atenção Primária; Organização Mundial da Saúde: Departamento de Saúde Mental, Genebra: 2000
3. GOMES, Denise Alves Riambau. INCIDÊNCIA E PERFIL DE SUICÍDIOS NA BRIGADA MILITAR DE 2005 A 2014. Trabalho de conclusão do Curso Avançado em Administração Policial Militar, da Academia de Polícia Militar da Brigada Militar do Rio Grande do Sul: 2015.
4. Avaliação do Risco de Suicídio e sua Prevenção: Coleção Guia de Referência Rápida, Rio de Janeiro: 2016
5. Manual de Prevenção do Suicídio, Manual dirigido a Policiais Militares: Diretoria de Saúde e Promoção a Saúde; Polícia Militar de Santa Catarina: 2015
6. Värnik, P.. Suicide in the world. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9, 760- 771, 2012.
7. World Health Organization. Country reports and charts available. Recuperado de www.who.int/mental_health/prevention/suicide.html, 2014.
8. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. *Med Care*, 41(11):1284-1292, 2003.
9. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, de la Fuente JR, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption - II. *Addiction*, 88:791-804, 1993.
10. WHO ASSIST Working Group. The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reliability and feasibility. *Addictio*. 2002; 97 (9): 1183-1194, 2002.

ANEXO 1

INSPEÇÃO BIENAL DE SAÚDE (IBS) – QUESTIONÁRIOS PSIQUIATRIA

1. Triagem de Transtorno Depressivo Maior

Patient Health Questionnaire (PHQ – 2)

(Kroenke et al., 2003)

<i>Ao longo das <u>últimas 2 (duas)</u> semanas, com que frequência você foi incomodado por algum dos seguintes problemas?</i>				
	Nenhuma vez	Vários dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
1. Pouco interesse ou prazer em fazer as coisas	0	1	2	3
2. Sentindo-se triste, deprimido ou sem esperança	0	1	2	3

Ponto de corte: se somatório de respostas **maior ou igual a 3 (três) INDICA RISCO PARA DEPRESSÃO**, encaminhar para avaliação psiquiátrica.

2. Triagem de Transtorno de Uso de Álcool

AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) – C

(Saunders et al., 1993)

1- Qual a frequência do seu consumo de bebidas alcoólicas?

- (0) Nenhuma
- (1) Uma ou menos de uma vez por mês
- (2) 2 a 4 vezes por mês
- (3) 2 a 3 vezes por semana
- (4) 4 ou mais vezes por semana

2- Quantas doses contendo álcool você consome num dia típico quando você está bebendo?

- (0) 1 a 2
- (1) 3 a 4
- (2) 5 a 6
- (3) 7 a 9
- (4) 10 ou mais

3- Qual a frequência que você consome 6 ou mais doses de bebidas alcoólica em uma ocasião?

- (0) Nunca
- (1) Menos que mensalmente
- (2) Mensalmente
- (3) Diariamente ou quase diariamente
- (4) Semanalmente

Ponto de corte: se somatório de respostas em **HOMENS maior ou igual a 5 (cinco)** ou em **MULHERES maior ou igual a 4 (quatro) INDICA RISCO PARA TRANSTORNO DE USO DE ÁLCOOL**; encaminhar para avaliação psiquiátrica.

Observações:

01 DRINQUE/DOSE EQUIVALE A: 1 dose de cachaça, vodca ou uísque (37ml) ou 1 taça pequena de vinho (140ml) ou 1 latinha de cerveja (350ml) ou 1 cálice de Martini ou vermute (50ml).

3. Triagem de Transtorno de Uso de Drogas Ilícitas

National Institute on Drug Abuse Modified Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (NIDA-Modified ASSIST)
(WHO ASSIST, 2002)

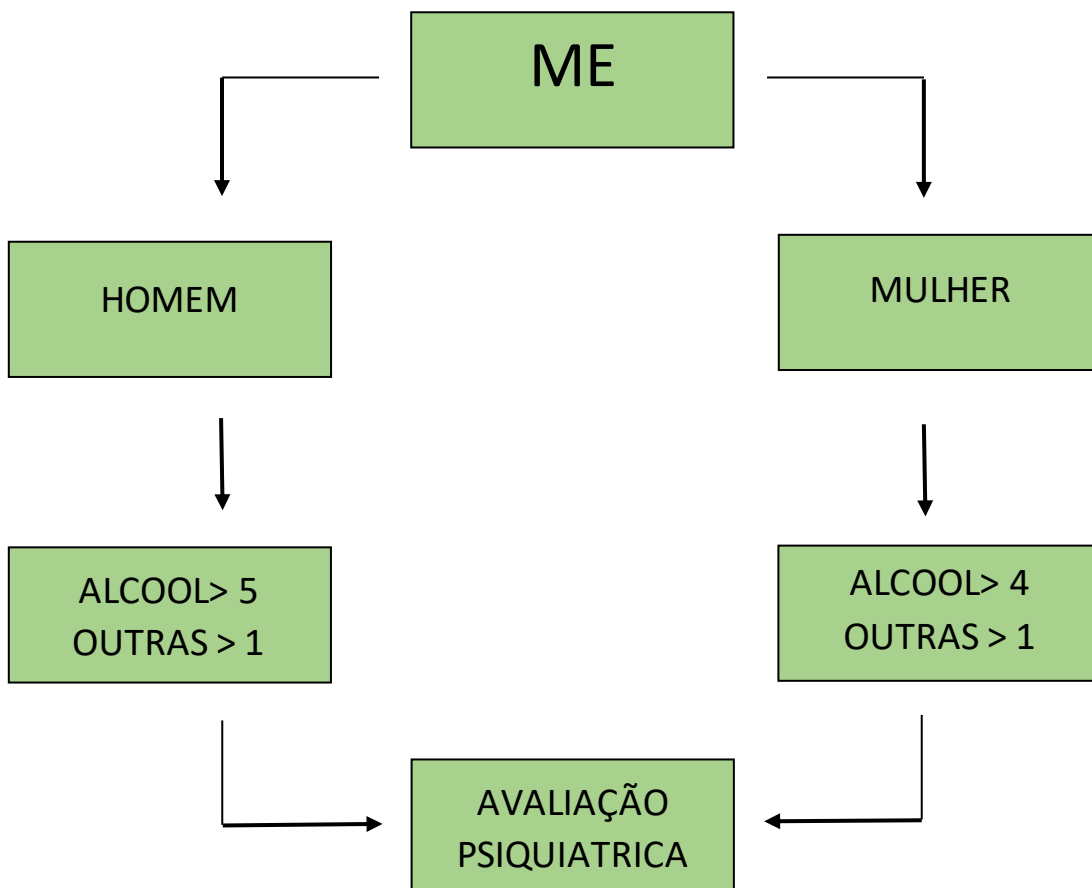
Quick Screen for Illegal Drugs

No último ano, com que frequência você fez uso de drogas ilícitas?

- (0) Nunca
- (1) Uma ou duas vezes
- (2) Mensalmente
- (3) Semanalmente
- (4) Diariamente ou quase diariamente

Ponto de corte: qualquer somatório igual ou maior que 1 (um) **INDICA RISCO PARA TRANSTORNO DE USO DE DROGAS ILÍCITAS**; encaminhar para avaliação psiquiátrica.

Ou seja:



Confeccionado pelo Departamento de Saúde da BM

-Major **Denise** Alves Riambau Gomes

- Major **Cláudia** Ferrão Vargas

- Capitão Thiago Fernando Vasconcelos **Freire**

- Capitã **Rachel** Montgner

Revisão

1º Sargento **Sabrina** Ribas



BrigadaMilitarRS



@brigadamilitar_



brigada_militaroficial



comunicacaosocialbm