

PNPS

Plano Nacional de Prevenção do Suicídio

AUDIÇÃO PARLAMENTAR

17/04/2013

1899-2012
112 anos

Direção-Geral da Saúde
www.dgs.pt

Ministério da Saúde


Programa Nacional
para a Saúde Mental

1. SÍNTESE DO QUADRO CONCEPTUAL

- O suicídio é um fenómeno complexo e multifacetado fruto da interação de fatores de ordem filosófica, antropológica, psicológica, biológica e social.
- As estratégias de prevenção da ideação suicida, comportamentos autolesivos e atos suicidas (tentativas de suicídio e suicídio consumado) implicam interações e sinergias:
 - multissectoriais
 - multiculturais
 - multiprofissionais,

onde **a vertente da saúde deverá funcionar como o núcleo central** no planeamento, organização, operacionalização e avaliação, mas **nunca de forma isolada**

SUICÍDIO CONTEXTUALIZAÇÃO

“ Os suicídios são apenas a ponta do iceberg em termos de problemas de saúde mental. O suicídio em si é um evento relativamente raro, mas sempre que há um aumento no número de suicídios há também um aumento de tentativas de suicídio fracassadas e de novos casos de depressão ”

(Stuckler, Martin McKee, Sanjay Basu, 2011)

2. VALORES E PRINCÍPIOS

- Acessibilidade e equidade
- Multiculturalidade e multidisciplinaridade
- Proximidade
- Sustentabilidade
- Baseados na evidência científica e boas práticas

3. OBJETIVOS:

1ª fase – 2013/2014

- Uniformizar a terminologia e os registos dos **comportamentos autolesivos e atos suicidas**
- Iniciar a caracterização rigorosa da situação, nomeadamente a correta identificação comportamentos autolesivos e atos suicidas
- Aumentar os níveis de bem-estar psicológico
- Aumentar a acessibilidade aos cuidados de saúde
- Reduzir o acesso a meios letais
- Melhorar o acompanhamento após alta de internamento
- Melhorar a informação e educação em saúde mental
- Diminuir o estigma em torno da depressão, ideação suicida, comportamentos autolesivos e atos suicidas
- Sensibilizar os média para a necessidade de aplicação dos princípios definidos para a informação/descrição
- Monitorizar e avaliar o PNPS.

3. OBJETIVOS:

2ª fase – 2014/2017

- Aumentar níveis de bem-estar psicológico;
- Diminuir os comportamentos autolesivos e atos suicidas;
- Aumentar a informação e educação em saúde mental;
- Aumentar o acompanhamento de pessoas com ideação suicida, comportamentos autolesivos e atos suicidas ao nível dos cuidados de saúde primários;
- Aumentar o acesso a cuidados diferenciados através da criação de consultas especializadas em todos os distritos;
- Aumentar a investigação neste domínio com ênfase nos aspetos socioculturais e outros correlacionados com comportamentos autolesivos e atos suicidas;
- Monitorizar e avaliar o PNPS.

4. AÇÕES PRIORITÁRIAS

- Adaptação das medidas indicadas, que poderão justificar a elaboração e implementação de planos próprios:
 - em áreas geodemográficas prioritárias, nomeadamente zonas de maior incidência de ideação suicida, comportamentos autolesivos e atos suicidas (Alentejo)
 - a contextos específicos (Serviços Prisionais ou Forças de Segurança)

4.1. População Geral

- a) Campanhas de informação/educação visando a **redução do estigma em saúde mental**, com ênfase na depressão, ideação suicida, comportamentos autolesivos e atos suicidas
- b) Informação sobre serviços, redes e associações de apoio na **prevenção e pósvenção** de comportamentos autolesivos e atos suicidas
- c) Aumento da rede de cobertura ao nível dos cuidados de saúde primários e da articulação com serviços especializados, através de **equipas de saúde mental comunitária**
- d) Sensibilização das Autarquias e instituições públicas para a criação de barreiras físicas protetoras em locais (p. ex. pontes) identificados como potencialmente perigosos para a prática de **atos suicidas, por precipitação**;
- e) Maior restrição ao consumo de bebidas alcoólicas
- f) Campanha de sensibilização da comunicação social sobre recomendações internacionais de boas práticas sobre o **modo de noticiar** comportamentos autolesivos e atos suicidas
- g) Formar e desenvolver redes de porteiros sociais na comunidade/autarquia e em contextos específicos (escolas, forças de segurança, prisões)
- h) Aumentar o horário de atendimento de linhas de telefones SOS, através da criação de **sinergias e complementaridade** entre as existentes
- i) Contribuir para uma maior racionalização da política do medicamento, particularmente na prescrição de psicofármacos, sobretudo **benzodiazepinas e antidepressivos**.

4.2 Profissionais de saúde

- a) Campanha de informação/sensibilização sobre ideação suicida, comportamentos autolesivos e atos suicidas → CSP
- b) Uniformização da terminologia diagnóstica
- c) Reforço de redes de articulação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados de saúde mental comunitária
- d) Aumento da cobertura nacional de consultas de prevenção de suicídio, promovendo a existência de, pelo menos, uma resposta especializada e acessível em cada hospital com valência de psiquiatria e saúde mental

4.3 Grupos populacionais mais vulneráveis

- a) Adolescentes
- b) População idosa
- c) População prisional
- d) Forças de segurança
- e) Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais/Transgéneros
- f) Pessoas com deficiência intelectual

5. COMPROMISSO POLÍTICO

“Public health action for the prevention of suicide: a Framework”. WHO, 2012:

1. Ações de líderes nacionais e regionais
2. Publicação frequente de boas práticas políticas internacionais e de tomadas de posição sobre a prevenção do suicídio
3. Identificação de líderes políticos e/ou de um embaixador que apresente especial empatia com a questão
4. Referências frequentes e adequadas ao suicídio nos meios de comunicação social como **questão de política de saúde pública**
5. Informação atualizada aos parlamentares e representantes do governo e autarquias, aos vários níveis

5. COMPROMISSO POLÍTICO

Poderá assumir várias formas:

1. Reformulação de políticas e legislação mais consentânea com a problemática de comportamentos autolesivos e atos suicidas;
2. Alocação de recursos em função das necessidades diagnosticadas;
3. Criação ou reforço de mecanismos eficazes para efeitos de recolha e monitorização de dados relativos a comportamentos autolesivos e atos suicidas;
4. Formação/treino estruturado e continuado de porteiros sociais sobre o papel que lhes cabe na prevenção do suicídio;
5. Informações sobre os comportamentos autolesivos e atos suicidas integradas nos currículos de profissionais de saúde e do setor social;
6. Aumento dos esforços governamentais no combate para a redução de fatores de risco ambiental, socioeconómico e outros, bem como na melhoria de acesso aos serviços;
7. Referências a este problema de saúde pública em datas comemorativas

Contextualização

- a) A presença de problemas graves de saúde mental na esmagadora maioria das pessoas que se suicidam ou tentam suicidar-se:
 - 90/98%
 - 45/80% Depressão/Perturbação bipolar
- b) Recurso frequente aos CSP no **mês anterior à consumação do suicídio**
- c) Contacto de de cerca de 80% das pessoas que cometem suicídio com o médico assistente um ano antes da sua morte e mais de 66% durante o mês anterior

Contextualização

- d) As crises económicas ao provocarem desemprego, empobrecimento e insegurança, desencadeiam ou agravam os problemas de saúde mental dos envolvidos, particularmente através de evoluções depressivas e risco acrescido de suicídio, em especial quando estão em causa endividamento significativo e perda de habitação
- e) Esses resultados "revelam a rapidez das consequências das crises financeiras".

(Stuckler, Martin McKee, Sanjay Basu, 2011)

Contextualização

- f) Na UE o aumento do desemprego está associado, no curto-prazo, a aumento de:
- mortes prematuras por violência intencional, incluindo suicídio
 - consumo de álcool
- g) As análises de crises nos vários continentes referenciam também aumento de mortalidade por infeções respiratórias, doenças hepáticas e em crianças, com decréscimo por acidentes rodoviários
- h) Estas consequências são menos relevantes nos países com redes de segurança social eficazes e onde sejam tomadas medidas políticas adequadas

DEPRESSÃO E RISCO SUICIDÁRIO

Na UE, através de regressão multivariável, no período de 1970-2007 cada 1% de aumento na taxa de desemprego associa-se, em menores de 65 anos, sobretudo homens (Berk et al, 2006), a acréscimo de:

- 0,79% de suicídio;

- 0,79% de homicídios (Stuckler et al, 2009; Uuter, 2010).

→ aumentos de desemprego superiores a 3% têm consequências mais gravosas nos suicídios e mortes por álcool.

PREVENÇÃO EM TEMPO DE CRISE

- Na Suécia e Finlândia, medidas implementadas num forte período de recessão económica (década de 90) permitiram reduzir, sustentadamente, as taxas de suicídio, através de reforços de:
 - Cuidados de saúde de proximidade;
 - Apoios sociais às famílias mais carenciadas;
 - Programas ativos de mercado de trabalho.

(Ostamo e Lonqvist 2001; Hintikka et al 1999):

- Nos EUA, a redução no apoio governamental associou-se a acréscimo nas taxas de suicídio (Zimmerman, 2002).

Figure 2. Unemployment and Suicide in Sweden and Spain, 1980-2005
(Source: Stuckler 2009)

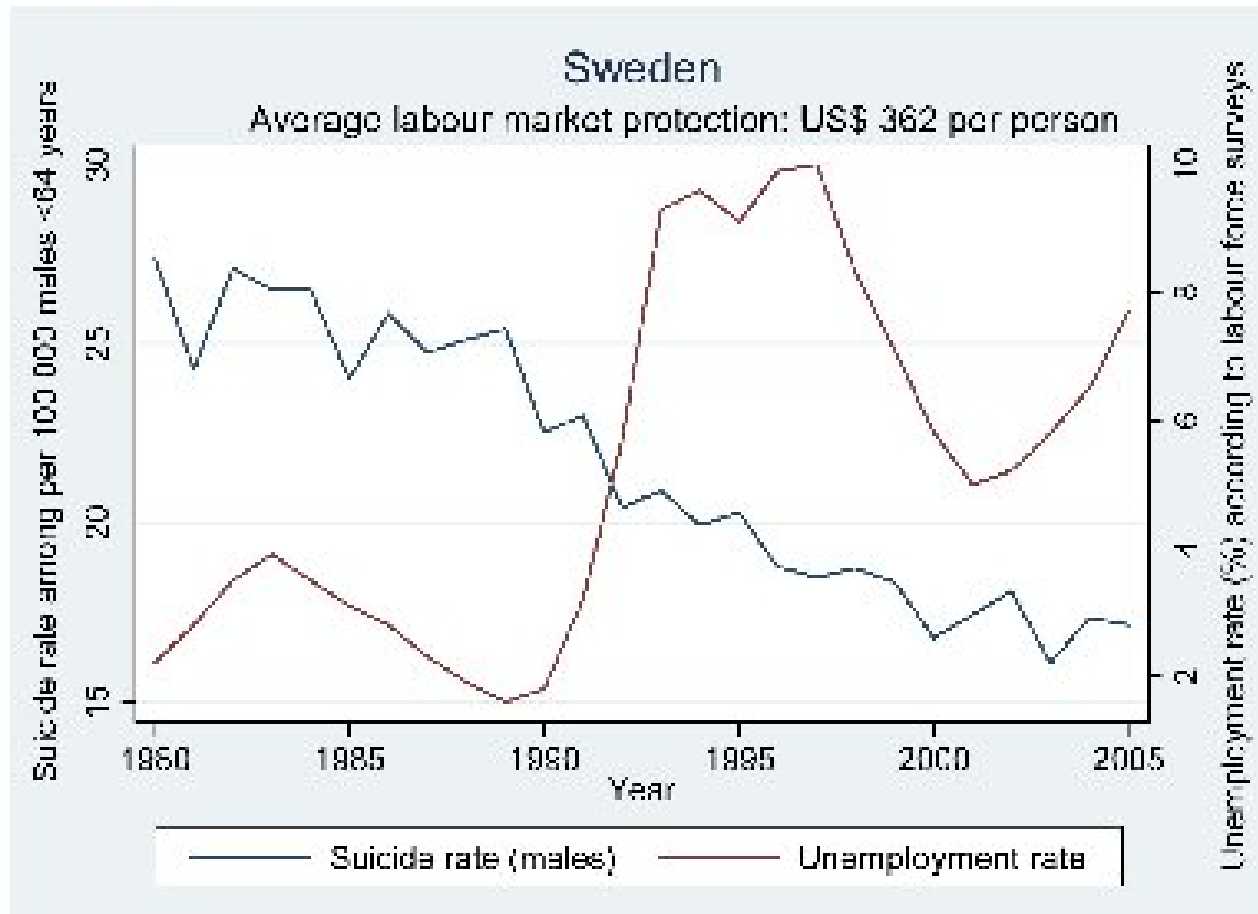


Figure 2. Unemployment and Suicide in Sweden and Spain, 1980-2005
(Source: Stuckler 2009)

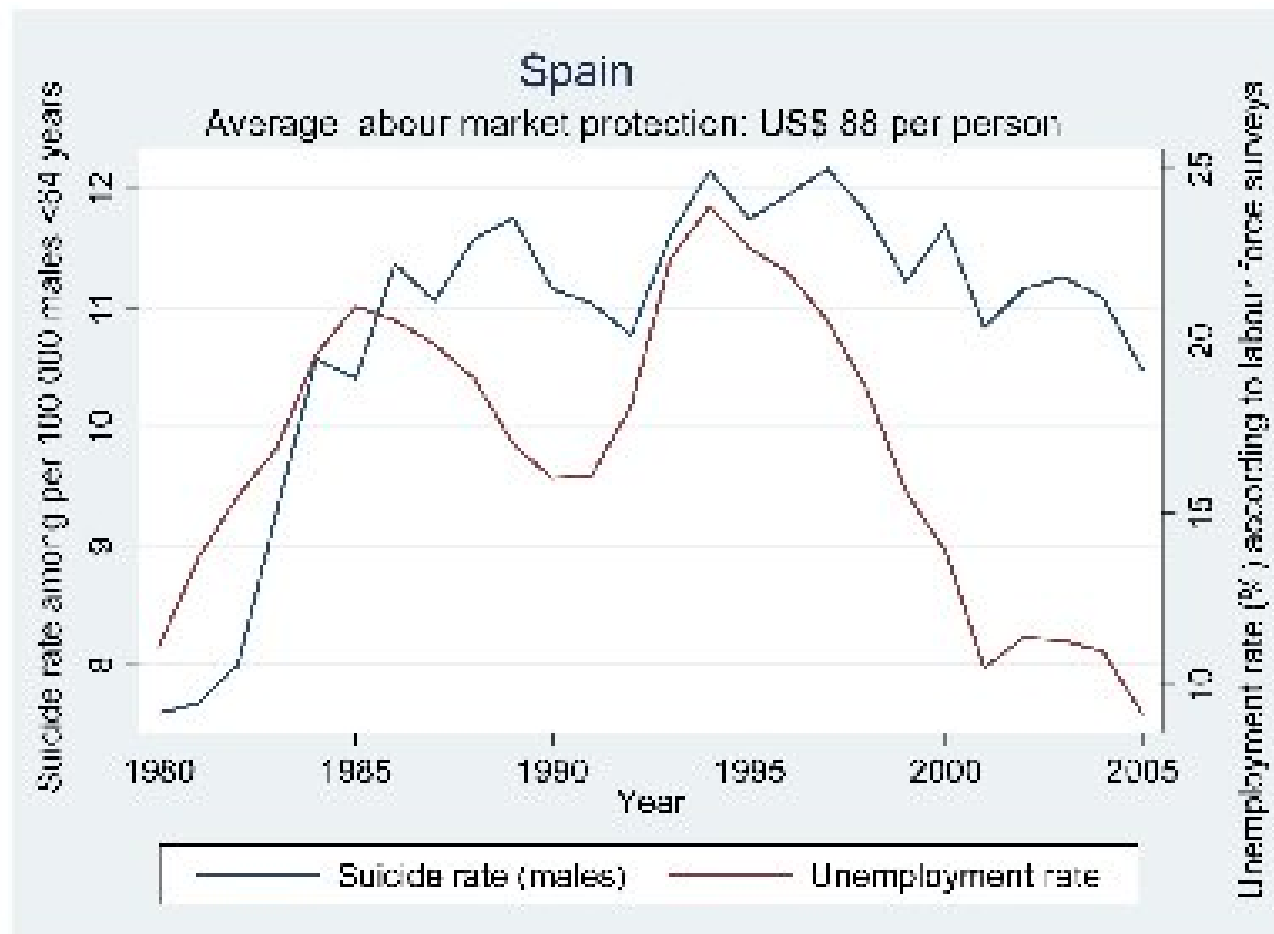
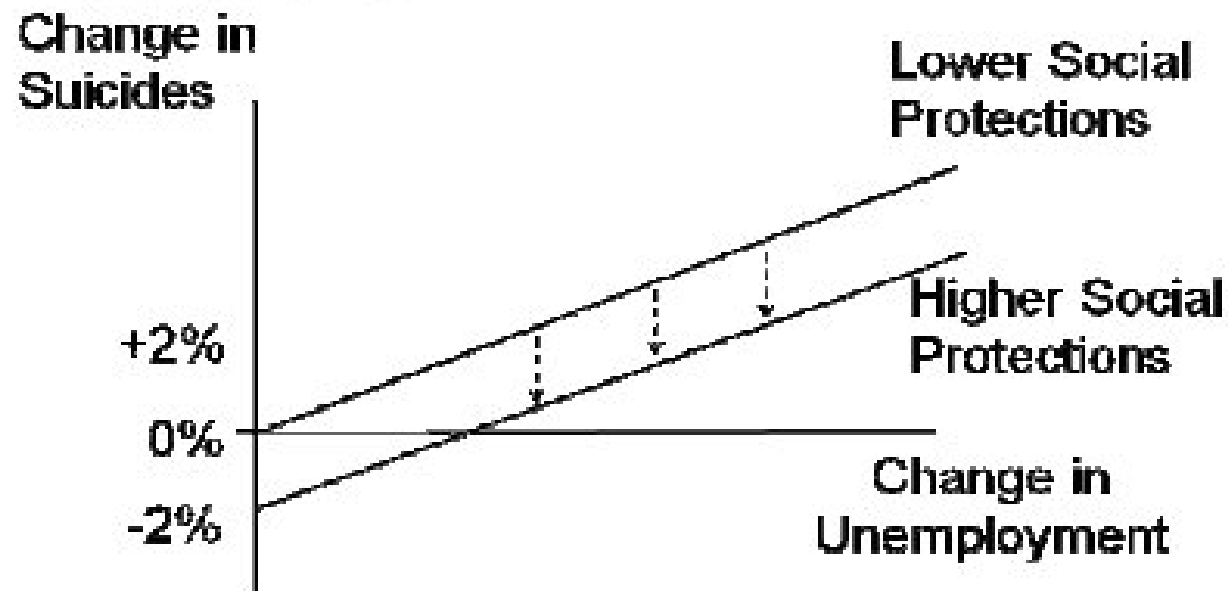


Figure 3. Social protection and suicides, theory
Source: Stuckler 2009



INVESTIMENTO EM SAÚDE MENTAL NAS CRISES

- A meta-análise das consequências da perda de emprego mostrou:
 - 34% de perturbações emocionais em desempregados
 - 16% em empregados
 - sobretudo homens e operários
 - a gravidade é proporcional à duração
- O investimento é custo-efetivo, sobretudo nos períodos de crise, oportunidade que deve ser aproveitada para melhorar a eficácia no setor

CRISE DE SAÚDE MENTAL CONSEQUENTE À CRISE ECONÓMICA

3. Os investimentos em serviços de SM nos períodos de crise económica parecem ser potencialmente compensados:
- pela redução dos custos médicos
 - a participação na força de trabalho
 - a melhoria da produtividade e da subsequente receita fiscal
 - a redução da dependência social

INVESTIMENTO EM SAÚDE MENTAL NAS CRISES

- Programas ativos de mercado de trabalho:
 - são custo-efetivos,
 - podem contrariar os efeitos do desemprego na SM , através da promoção da resiliência em desempregados
- Programas de apoio familiar em vítimas de crise – na UE, por cada 10 dólares (USD) investidos por pessoa afetada dá-se uma redução de 0,038% na taxa de suicídio.
-

BEBIDAS ALCOÓLICAS E CRISE

- O aumento potencial de consumo nas situações de crise económica e de desemprego, com aumento direto de mortalidade na UE, recomenda:
 - aumento do preço
 - definição de preço mínimo
 - reconhecimento precoce de consumos, bem como de depressão e risco de suicídio
 - desenvolvimento de competências que protejam da depressão, comportamentos autolesivos e atos suicidas
- Em termos genéricos, as medidas recomendadas enfatizam a importância da existência de serviços comunitários de saúde mental e da sua articulação com os CSP

PROPOSTA DE OPERACIONALIZAÇÃO DA INTERVENÇÃO – PNSM/DGS

- Articulação das redes de saúde, sociais e autarquias com coordenação regional
- Sinalização das pessoas mais vulneráveis/Saúde 24:
 - idosos,
 - desempregados,
 - crianças, adolescentes,
 - grávidas,
 - famílias endividadas,
 - pessoas isoladas
 - doentes crónicos com graves incapacidades
 - pessoas sem-abrigo
 - dependentes de bebidas alcoólicas e de outras substâncias psicoativas
- Plano Individual de Intervenção

EEA GRANTS



REDUCING DISPARITIES | STRENGTHENING COOPERATION

EEA GRANTS

1. Melhorar a acessibilidade de grupos vulneráveis aos serviços de SM, com base em dados sobre os efeitos da crise económica – aproveitando os dados da pesquisa nacional de SM de 2009, há a oportunidade, com custo limitado, de **coletar informações sobre os efeitos da crise sobre a SM da população, relacionados com fatores de risco e proteção, viabilizando o desenvolvimento de um plano com base nas necessidades de intervenções psicossociais para as pessoas mais seriamente afetadas.**

EEA GRANTS

2. Desenvolver a capacidade de agir sobre a depressão e suicídio, ligando serviços especializados com serviços comunitários locais e a integração da SM nos cuidados primários, através da implementação de novos modelos de intervenção para a depressão, contribuindo para uma utilização mais racional dos recursos humanos e uma melhor integração de meios em relação aos problemas de saúde mental mais frequentes;
3. Desenvolver programas de intervenção dedicados à SM no trabalho e para os grupos vulneráveis que enfrentam o desemprego, através do reforço da resiliência.

PROPOSTA DE INDICADORES A MONITORIZAR

- Taxa de suicídio (deverá tender a incluir as tentativas e os suicídios consumados. A sua fiabilidade aumentará com a implementação do SICO);
- Abandono de consultas
- Procura de cuidados: (i) referenciação (Alert P1), (ii) recurso aos SU, (iii) taxa de readmissões no internamento (< 3M)
- Evolução da sinalização aos Núcleos de Apoio a Crianças/Jovens em Risco
- Recurso a apoios sociais
- Índice de prescrição de psicofármacos (por grupos)
- Índice de violência doméstica/parceiros íntimos
- População sem-abrigo

GRUPO DE TRABALHO

- Álvaro de Carvalho (Coordenador/Diretor do Programa Nacional para a Saúde Mental/DGS)
 - Bessa Peixoto
 - Carlos Braz Saraiva
 - Daniel Sampaio
 - Fausto Amaro
 - Jorge Costa Santos
 - José Carlos Santos (Relator)
 - José Henrique Santos
 - Nazaré Santos
- Com a colaboração de: Diogo Guerreiro, Horácio Firmino, Isabel Santos, Marco Paulino, Miguel Xavier, Pedro Frazão, Sérgio Gomes