

ABORDAGEM DA IDEIAÇÃO SUICIDA

Paola Mansur

Tiago Silva e Carvalho

ORIENTADOR: Prof. Alexandre de Araújo Pereira

Caso Clínico

- **Admissão: 08/04/2012**
- **Id.: E.F.R., 21 anos, solteira, ensino médio incompleto, natural e procedente de Belo Horizonte, cabeleireira.**
- **QP: Não informa o motivo da consulta.**
- **HMA: Paciente encaminhada do hospital Risoleta Neves, com história de ideação suicida. A paciente relata que perdeu sua única filha há dois meses. No dia 06/04/12, quando estava organizando as roupas da criança para doar, apresentou uma alucinação visual em que sua filha falecida pedia-a que fosse acompanhá-la do “outro lado”. Ficou bastante emocionada e decidiu que realmente seria melhor “dar fim à sua vida e reencontrar sua filha”.**

Caso Clínico

- **HMA**: Então ingeriu todos os medicamentos presente em sua casa e na casa da vizinha, sendo os seguintes: um vidro de xarope de Salbutamol (aprox. 100 mL) e uma cartela de Amitriplina 25mg.

Foi admitida naquele hospital duas horas após a ingestão dos medicamentos supracitados, levada por vizinhos do bairro, apresentando poucos efeitos anticolinérgicos (taquicardia, pupilas pouco midriáticas, hipotensão arterial), nervosismo importante, discreta letargia, mantendo o desejo do auto-extermínio. ECG: 15.

Foi realizado lavagem gástrica, seguida da administração de carvão ativado (30 gramas, por três vezes), além de monitorização contínua, inclusive laboratorialmente (principalmente o nível sérico de potássio). Iniciou-se também soroterapia.

Caso Clínico

- **HFS**: Estrutura familiar desorganizada. Pai falecido quando paciente tinha 6 anos. Apresentou uma infância traumática, em que sofreu abusos sexuais do padrasto desde os 12 anos até os 14, sendo criada pela vizinha após estes episódios. Hoje mora com um amigo. Tem 4 irmãos, mas apresenta afinidade maior apenas com um deles. Não tem boa relação com a mãe.

Faz uso de álcool (cervejas quase que diariamente) e tabaco (um maço por dia). Nega uso de drogas ilícitas prévias e atuais.

- **HPP**: Engravidou aos 19 anos do então namorado, que duvidou da paternidade e não quis assumi-la. Durante a gestação descobriu uma má-formação do feto incompatível com a vida. Iniciou, neste momento, um tratamento com um psicólogo. Após o parto, permaneceu no hospital da Clínicas da UFMG como acompanhante do bebê até os 8 meses de vida. Após a morte da criança, a paciente relata aumento dos sintomas depressivos. Ainda estava em acompanhamento com a psicóloga do Centro de Saúde.

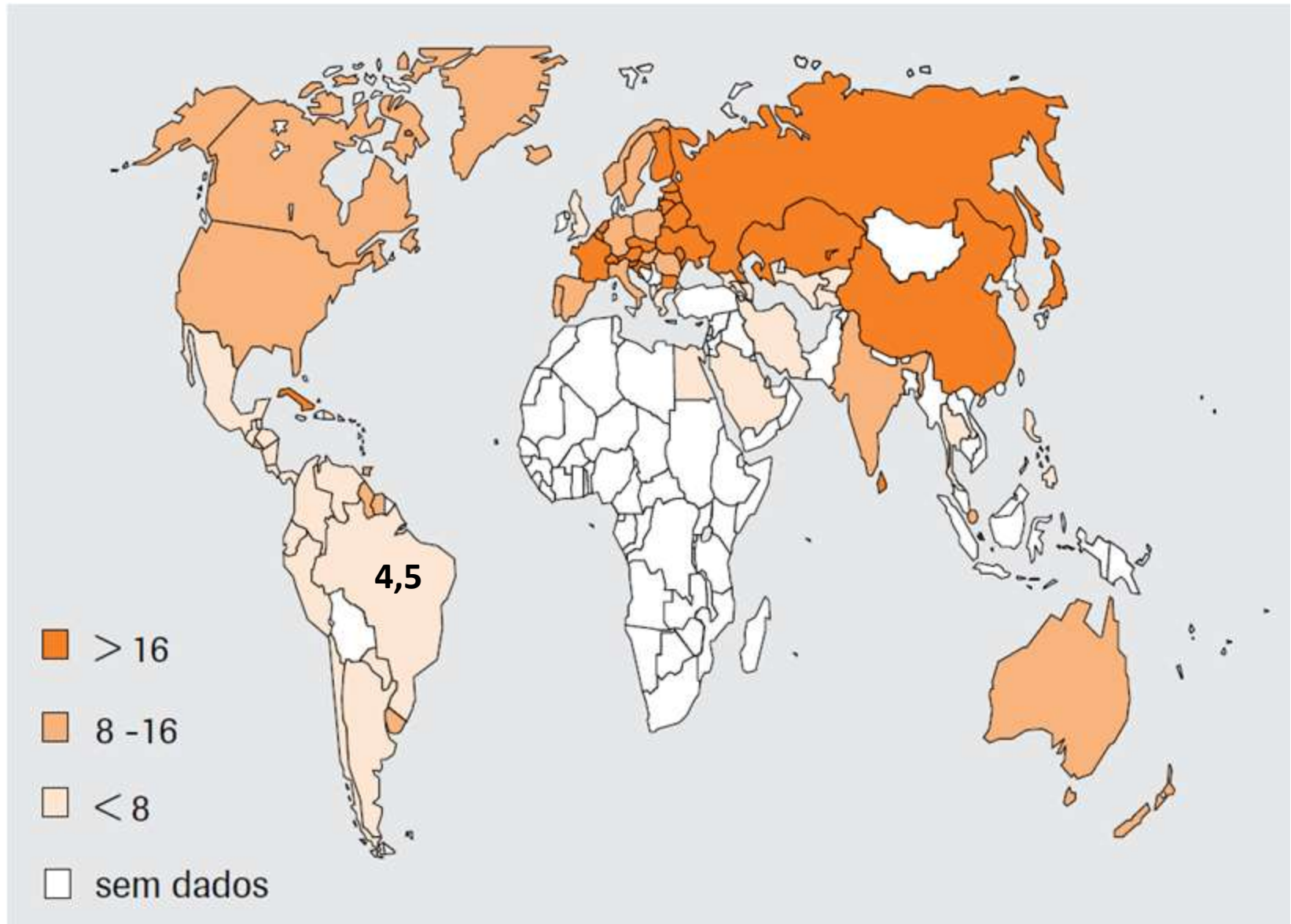
Caso Clínico

- **EXAME DO ESTADO MENTAL:** Paciente sonolenta, apresentando abertura ocular ao chamado e sustentando o contato com o outro, organizada, orientada em tempo e espaço, crítica preservada, hipotenaz, fala e pensamento lentificados, angustiada, chorosa, hipotímica e ideação suicida frequente.
- . **A partir das informações fornecidas, defina uma proposta de abordagem do caso.....**

A dimensão do problema

- O número de mortes por suicídio, em termos globais, para o ano de 2003 girou em torno de 900 mil pessoas.
- Na faixa etária entre 15 e 35 anos, o suicídio está entre as três maiores causas de morte.
- Nos últimos 45 anos, a mortalidade global por suicídio vem migrando em participação percentual do grupo dos mais idosos para o de indivíduos mais jovens (15 a 45 anos).
- Para cada suicídio há, em média, 5 ou 6 pessoas próximas ao falecido que sofrem conseqüências emocionais, sociais e econômicas.
- 1,4% do ônus global ocasionado por doenças no ano 2002 foi devido a tentativas de suicídio, e estima-se que chegará a 2,4% em 2020.

Coeficientes de suicídio por 100.000 hab./ano



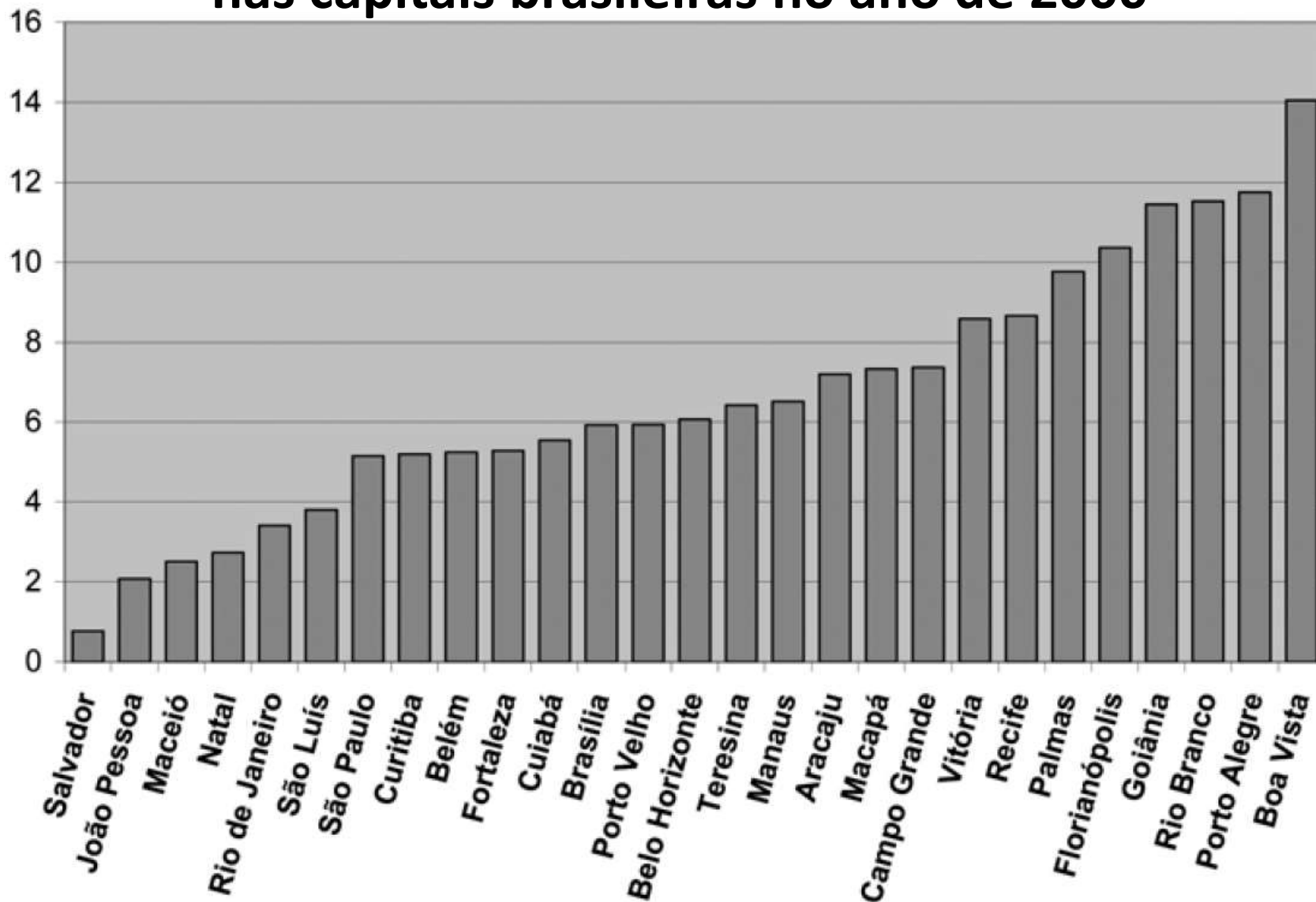
Fonte: WERLANG, B.G.; BOTEGA, N. J. 2004

Taxas de suicídio, por faixa etária, para estados brasileiros no ano de 2004

	10 a 14	15 - 19	20 - 29	30 - 39	40 - 49	50 - 59	60 - 69	70- 79	80 e+	Total
BRASIL	0,56	3,38	6,14	6,41	7,18	7,55	7,00	8,14	7,84	4,46
Sudeste	0,35	2,49	5,35	5,49	5,81	6,63	5,40	6,58	5,12	3,89
Minas Gerais	0,59	3,32	7,37	7,81	7,21	8,11	5,49	5,80	2,38	4,82
Espírito Santo	0,59	3,40	5,04	7,04	8,06	8,72	6,58	9,84	3,12	4,58
Rio de Janeiro	0,24	1,53	2,87	3,31	3,74	4,32	4,47	5,46	4,62	2,56
São Paulo	0,25	2,33	5,34	5,12	5,83	6,78	5,69	7,24	6,95	3,89
Sul	0,84	5,56	9,94	10,78	12,96	13,51	13,42	16,84	21,46	8,16
Centro-Oeste	1,58	6,31	9,00	7,88	9,39	8,50	12,62	12,92	12,61	6,25
Nordeste	0,41	2,75	4,64	5,53	6,01	5,60	5,14	5,10	5,46	3,30
Norte	0,76	3,91	6,13	4,07	4,42	5,30	4,44	7,69	4,31	3,17

Fonte: Ministério da Saúde/SVS, 2006

Taxa de mortalidade por suicídio (por 100 mil hab.) nas capitais brasileiras no ano de 2000



Fatores de Risco

- **Transtornos mentais;**
- **Sociodemográficos;**
- **Psicológicos;**
- **Condições clínicas incapacitantes.**

1 - Transtornos mentais (em participação decrescente)

- **Transtornos do humor (ex.: depressão);**
- **Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas (ex.: alcoolismo);**
- **Transtornos de personalidade (principalmente borderline, narcisista e anti-social);**
- **Esquizofrenia;**
- **Transtornos de ansiedade;**
- **Comorbidade potencializa riscos (ex.: alcoolismo + depressão).**

2 - Sociodemográficos

- **Sexo masculino;**
- **Faixas etárias entre 15 e 35 anos e acima de 75 anos;**
- **Estratos econômicos extremos;**
- **Residentes em áreas urbanas;**
- **Desempregados (principalmente perda recente do emprego);**
- **Aposentados;**
- **Isolamento social;**
- **Solteiros ou separados;**
- **Migrantes.**

3 - Psicológicos

- **Perdas recentes;**
- **Perdas de figuras parentais na infância;**
- **Dinâmica familiar conturbada;**
- **Datas importantes;**
- **Reações de aniversário;**
- **Personalidade com traços significativos de impulsividade, agressividade, humor lábil.**

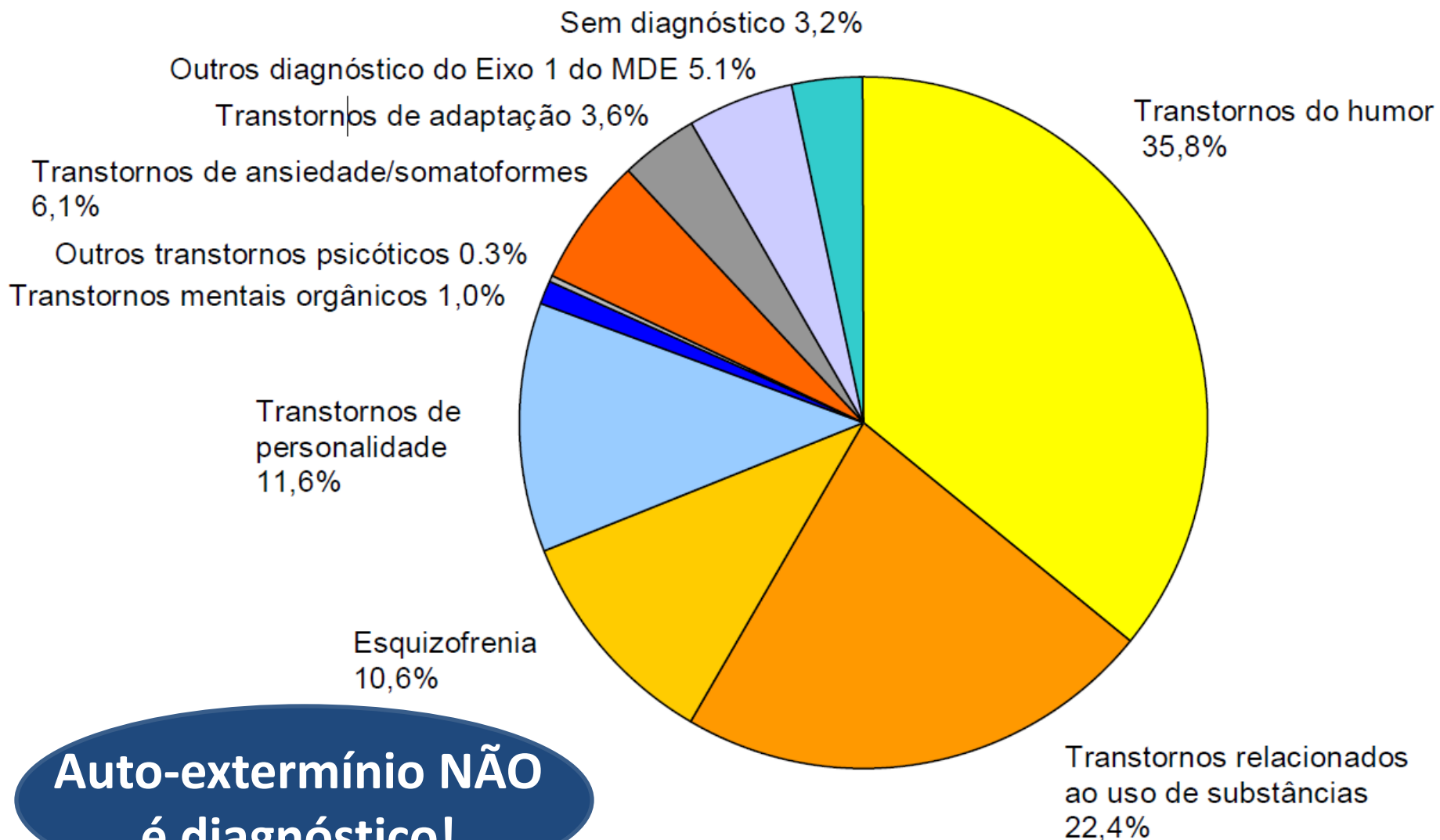
4 - Condições clínicas incapacitantes

- **Doenças orgânicas incapacitantes;**
- **Dor crônica;**
- **Lesões desfigurantes perenes;**
- **Epilepsia;**
- **Trauma medular;**
- **Neoplasias malignas;**
- **Aids.**

Atenção!

- Os principais fatores de risco para o suicídio são:
 - história de tentativa de suicídio;
 - transtorno mental.

Suicídio e transtornos mentais



Auto-extermínio NÃO é diagnóstico!

Atitudes que conduzem a erro no diagnóstico e no tratamento do paciente deprimido

- **“No lugar dele eu também estaria deprimido.”**
- **“Esta depressão é compreensível; não vou tratar.”**
- **“Depressão só dá em quem tem fraqueza de caráter.”**
- **“Você só está estressado...”**
- **“Depressão é uma consequência natural do envelhecimento.”**
- **“Só depende de você: força de vontade cura a depressão!”**
- **“Antidepressivos são perigosos; só vou passar um comprimido por dia.”**
- **“Primeiro vamos tentar algumas vitaminas para *stress*...”**
- **“Retorne daqui a um ou dois meses, e então conversaremos mais longamente...”**

ATENÇÃO

- A maioria das pessoas com idéias de morte 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 esses pedidos de ajuda não podem ser ignorados.

“Tirinha”: carta de suicídio



Quatro sentimentos principais

- Todos começam com “D” (regra dos 4Ds):
 - Depressão,
 - Desesperança,
 - Desamparo,
 - Desespero
- Nestes casos, frases de alerta + 4Ds, é preciso investigar cuidadosamente o risco de suicídio.

Frases de alerta

- **“Eu preferia estar morto”.**
- **“Eu não posso fazer nada”.**
- **“Eu não agüento mais”.**
- **“Eu sou um perdedor e um peso pros outros”.**
- **“Os outros vão ser mais felizes sem mim”.**

Idéias Equivocadas sobre suicídio

1º) “Se eu perguntar sobre suicídio, poderei induzir o paciente a isso.”

– Questionar sobre idéias de suicídio, fazendo-o de modo sensato e franco, aumenta o vínculo com o paciente. Este se sente acolhido por um profissional cuidadoso, que se interessa pela extensão de seu sofrimento.

Idéias Equivocadas sobre suicídio

2º) “Ele está ameaçando suicídio apenas para manipular.”

– A ameaça de suicídio sempre deve ser levada a sério. Chegar a esse tipo de recurso indica que a pessoa está sofrendo e necessita de ajuda.

Idéias Equivocadas sobre suicídio

3º) “Quem quer se matar, se mata mesmo.”

- Essa idéia pode conduzir ao imobilismo terapêutico, ou ao descuido no manejo das pessoas sob risco. Não se trata de evitar todos os suicídios, mas sim os que podem ser evitados.

Idéias Equivocadas sobre suicídio

4º) “Quem quer se matar não avisa.”

- Pelo menos dois terços das pessoas que tentam ou que se matam haviam comunicado de alguma maneira sua intenção para amigos, familiares ou conhecidos.

Idéias Equivocadas sobre suicídio

5º) “O suicídio é um ato de covardia (ou de coragem)”.

– O que dirige a ação auto-inflingida é uma dor psíquica insuportável e não uma atitude de covardia ou coragem.

Idéias Equivocadas sobre suicídio

6º) “No lugar dele, eu também me mataria.”

– Há sempre o risco de o profissional identificar-se profundamente com aspectos de desamparo, depressão e desesperança de seus pacientes, sentindo-se impotente para a tarefa assistencial. Há também o perigo de se valer de um julgamento pessoal subjetivo para decidir as ações que fará ou deixará de fazer.

Como ajudar a pessoa sob risco de suicídio?

- Muitas vezes os pacientes são obrigados a ouvir sobre outras pessoas que estiveram em dificuldades piores ou que existem “coisas piores”.
- Realizar um bom contato inicial é muito importante:
 - 1º passo: lugar adequado
 - 2º passo: reservar o tempo necessário
 - 3º passo: ouvi-las efetivamente (maior passo para reduzir o nível de desespero suicida)

Como se comunicar

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

Como não se comunicar

- Interromper muito freqüentemente.
- Ficar chocado ou muito emocionado.
- Dizer que você está ocupado.
- Fazer o problema parecer trivial.
- Tratar o paciente de uma maneira que possa colocá-lo numa posição de inferioridade.
- Dizer simplesmente que tudo vai ficar bem.
- Fazer perguntas indiscretas.
- Emitir julgamentos (certo x errado), tentar doutrinar.

Avaliar os seguintes aspectos

- **Estado mental atual** – Parece estar sob efeito de alguma substância? Apresenta discurso coerente, porém com pensamentos sobre morte e suicídio?
- **Plano suicida atual** – Quão preparada a pessoa está, grau de planejamento e quão cedo o ato está para ser realizado.
- **Sistema de apoio social da pessoa** (família, amigos, etc.).
- **História familiar, contexto social, trabalho, etc.**

A melhor maneira de descobrir se uma pessoa tem pensamentos de suicídio é perguntar para ela.

Como perguntar

- Estabelecer um vínculo que garanta a confiança e a colaboração do paciente.
- Respeite a condição emocional e a situação de vida que o levou a pensar sobre suicídio.
- 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?”
 - “Já pensou que seria melhor estar morto ou tem vontade de morrer?”

Quando perguntar

- Quando você percebe que 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.

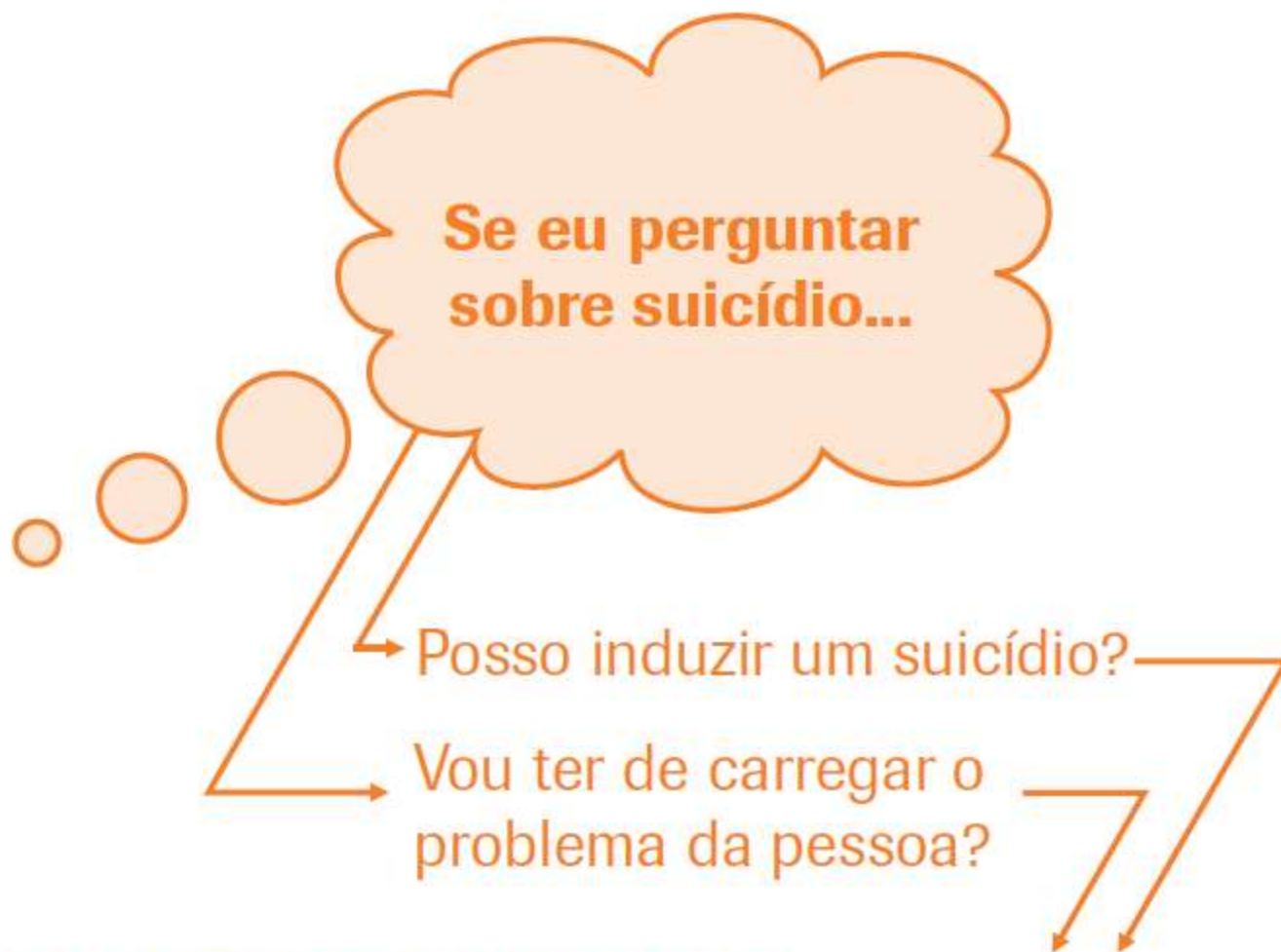
O que perguntar (quantificar o risco)

- Plano
 - Você fez algum plano para acabar com sua vida?
 - Você tem uma idéia de como vai fazê-lo?
- Meio
 - Você tem pílulas, uma arma, veneno ou outros meios?
 - Os meios são facilmente disponíveis para você?
- Data
 - Você decidiu quando planeja acabar com sua vida?
 - Quando você está planejando fazê-lo?

Entender...

- **Motivação: ordem delirante, alucinatória, outras?**
- **Método: “acredita que iria morrer?”**
- **Gravidade**
- **Tentativas anteriores ou a primeira?**
- **Permanece ideação suicida? Se SIM, se já tem outros métodos e/ou planos?**

Resumindo:



NÃO! CONTINUE A AVALIAÇÃO.

VOCÊ PODERÁ CONTAR COM A AJUDA DE OUTRAS PESSOAS.

Classificação do risco de suicídio

- **Baixo risco**

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

- **Médio risco**

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

- **Alto risco**

A pessoa tem um plano definido, tem os meios para fazê-lo e planeja fazê-lo prontamente. Muitas vezes já tomou algumas providências prévias e parece estar se despedindo.

Ação necessária no **baixo risco**

- Oferecer apoio emocional.
- Trabalhar sobre os sentimentos suicidas.
- Focalize nos aspectos positivos da pessoa, fazendo-a falar sobre como problemas anteriores foram resolvidos.
- Se você não conseguir identificar uma condição tratável e/ou a pessoa não demonstrar melhora, não conseguir refletir sobre sua condição, encaminhe-a para um profissional de saúde mental.
- Encontre-a em intervalos regulares e mantenha contato externo.
- Encaminhados aos serviços especializados?

Ação necessária no **médio risco**

- Ofereça apoio emocional, trabalhe com os sentimentos e focalize nos aspectos positivos.
- Explore alternativas ao suicídio.
- Faça um contrato, negocie. Extraia uma promessa sincera do indivíduo de que ele ou ela não vai cometer suicídio:
- O objetivo é ganhar tempo até conseguir ajuda especializada ou até que as medidas tomadas comecem a dar resultado.
- Encaminhe a pessoa ao psiquiatra da equipe ou agende uma consulta o mais breve possível
- Entre em contato com a família, os amigos e/ou colegas e reforce seu apoio. Peça autorização ao paciente, para deixá-lo ciente sobre quais informações serão dadas, preservando seu direito ao sigilo. Oriente sobre medidas de prevenção ao suicídio que poderão ser realizadas pelos familiares/amigos/colegas, como: impedir o acesso aos meios para cometer suicídio.

Ação necessária no **alto risco**

- Estar junto da pessoa. Nunca deixá-la sozinha.
- Gentilmente falar com a pessoa e remover pílulas, faca, arma, venenos, etc. Explicar que você está ali para ajudá-la, protegê-la e que no momento ela parece estar com muita dificuldade para comandar a própria vida.
- Fazer um contrato e tentar ganhar tempo.
- Informar a família e reafirmar seu apoio.
- **Sem psiquiatra e/ou hospitalidade:** é uma situação de emergência. 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-socorro psiquiátrico, de preferência (com o motivo as devidas informações).
- **Com psiquiatra e/ou hospitalidade:** convencer a pessoa a permanecer no serviço para receber ajuda e os cuidados necessários.

OBS.: Mesmo em um ambiente protegido, ela deverá ficar sob maior observação, pois ainda existe o risco de ela tentar o suicídio utilizando os meios que estiverem ao seu alcance.

Como lidar com o paciente

- Se você esgotou todas as tentativas de convencimento do paciente para uma internação voluntária e percebe um risco de suicídio iminente, peça ajuda da família, pois uma internação involuntária poderá ser necessária.

Encaminhando o paciente com risco de suicídio

- Quando encaminhar o paciente para equipe de saúde mental?
 - Em geral, situações de maior risco e gravidade
- Como encaminhar:
 - Você deve ter tempo para explicar à pessoa a razão do encaminhamento.
 - Marcar a consulta.
 - Esclareça a pessoa de que o encaminhamento não significa que o profissional da saúde está lavando as mãos em relação ao problema.
 - Veja a pessoa depois da consulta.
 - Tente obter uma contra-referência do atendimento.
 - Mantenha contato periódico.

Recursos da comunidade

- As fontes de apoio usualmente disponíveis são:
 - família;
 - companheiros/namorados;
 - amigos;
 - colegas;
 - clérigo;
 - profissionais de saúde;
 - grupos de apoio.

Ex.: Centro de Valorização da Vida (CVV):
www.cvv.org.br / tel.: 141

Finalizando...

O que fazer

- Ouvir, mostrar empatia, e ficar calmo.
- Ser afetuoso e dar apoio.
- Levar a situação a sério e verificar o grau de risco.
- Perguntar sobre tentativas anteriores.
- Explorar as outras saídas, além do suicídio.
- Perguntar sobre o plano de suicídio.
- Ganhar tempo – faça um contrato.
- Identificar outras formas de dar apoio emocional.
- Remover os meios pelos quais a pessoa possa se matar.
- Tomar atitudes, conseguir ajuda.
- Se o risco é grande, ficar com a pessoa.

O que não fazer

- Ignorar a situação.
- Ficar chocado ou envergonhado e em pânico.
- Tentar se livrar do problema acionando outro serviço e considerar-se livre de qualquer ação.
- Falar que tudo vai ficar bem, sem agir para que isso aconteça.
- Desafiar a pessoa a continuar em frente.
- Fazer o problema parecer trivial.
- Dar falsas garantias.
- Jurar segredo.
- Deixar a pessoa sozinha.

Tratamento medicamentoso

- **Tratar a causa de base.**
- **Por vezes, deve ser iniciado tratamento involuntário do paciente naquele momento.**
- **Alternativa para pacientes com doença psiquiátria:**
 - **Carbonato de Lítio;**
 - **Eletroconvulsoterapia (ECT).**

Dúvidas?



Obrigado!

Referências bibliográficas

- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Prevenção do suicídio**: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde, OPAS, UNICAMP, 2006.
- BOTEGA, N. J.; RAPELI, C. B.; CAIS, C. F. S. Comportamento suicida. In: BOTEGA, N. J. **Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2006.
- BOTEGA, N. J.; BARROS, M. A. B.; OLIVEIRA, H. B.; DALGALARRONDO, P.; MARIN-LEÓN, L. Comportamento suicida na comunidade: fatores associados à ideação suicida. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. 27(1), p. 2-5, 2005.
- BERTOLETE, J. M.; FLEISCHMANN, A. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. **World Psychiatry**. 1 (3), p. 181-185, 2002.
- BOTEGA, N. J. et al. Prevenção do comportamento suicida. **PSICO**. Porto Alegre, PUCRS, v. 37, n. 3, pp. 213-220, set./dez. 2006.
- SCHNITMANA, G. et al. Taxa de mortalidade por suicídio e indicadores socioeconômicos nas capitais brasileiras. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v.34, n.1, p.44-59, jan./mar. 2010.