

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

JOSIANE DE ALMEIDA AVELINO

**ORIENTAÇÕES DE CONDUTAS AOS ENFERMEIROS DIANTE DE UM CASO DE
IDEAÇÃO SUICIDA: uma revisão narrativa**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

JOSIANE DE ALMEIDA AVELINO

**ORIENTAÇÕES DE CONDUTAS AOS ENFERMEIROS DIANTE DE UM CASO DE
IDEAÇÃO SUICIDA: uma revisão narrativa**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Atenção Psicossocial do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Profa. Orientadora: Kenya Schmidt Reibnitz

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **ORIENTAÇÕES DE CONDUTAS AOS ENFERMEIROS DIANTE DE UM CASO DE IDEAÇÃO SUICIDA: uma revisão narrativa** de autoria da aluna **JOSIANE DE ALMEIDA AVELINO** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Atenção Psicossocial

Profa. Dra. Kenya Schmidt Reibnitz
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	4
2	CONTEXTUALIZAÇÃO DA TEMÁTICA.....	6
3	MÉTODO.....	12
4	RESULTADO E ANÁLISE	13
4.1	IDENTIFICAÇÃO DOS CASOS DE IDEAÇÃO SUICIDA PELOS ENFERMEIROS	13
4.2	CUIDADO/MANEJO DOS CASOS DE IDEAÇÃO SUICIDA PELOS ENFERMEIROS	15
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	20
	REFERÊNCIAS.....	21

RESUMO

Trata-se de uma revisão narrativa, cujo objetivo foi de oferecer suporte teórico aos enfermeiros na identificação e manejo dos casos de ideação suicida através de uma revisão de literatura. A ideação suicida é um fenômeno multicausal resultante da interação de vários fatores como pessoais, ambientais, psicológicos, sociais, culturais, neurobiológicos entre outros. As teorias isoladamente não esclarecem esse fenômeno, antagonizam-se ou complementam-se. O fenômeno oscilou no decorrer dos tempos entre permitido e proibido pelas várias esferas da sociedade. O conhecimento dos fatores de risco ajuda os enfermeiros a agir nas fases preliminares da ideação suicida e contribui na intervenção de maneira adequada nos casos de tentativa de suicídio iminente. Conforme agravamento do caso, será necessária integração com outros pontos da Rede de Atenção Psicossocial. Os principais resultados e discussões foram a descrição dos fatores de risco e características da ideação suicida e a ação de enfermagem diante do problema. Conclui-se que é necessário o melhor entendimento do tema e discussões a respeito de modo a agir nas fases preliminares da ideação suicida

Palavras - chave: História do suicídio. Fatores de risco. Manejo dos casos.

1 INTRODUÇÃO

Existe um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer pessoa que vivencia uma doença, às vezes atuando como limitador à adesão a práticas preventivas ou potencializador de uma vida mais saudável. Poderíamos dizer que todo problema de saúde é também de saúde mental, e que toda saúde mental é também produção de saúde.

Nessa compreensão, defende-se a ideia de que nas políticas de expansão, formulação e avaliação da Rede de Atenção à Saúde, é importante que as diretrizes incluam a dimensão subjetiva dos usuários e os problemas mais graves de saúde mental. Assumir este compromisso é uma forma de responsabilização em relação à produção de saúde, à busca da eficácia das práticas e à promoção da equidade, da integralidade e da cidadania num sentido mais amplo.

O suicídio é um fenômeno complexo que tem atraído à atenção de filósofos, teólogos, profissionais da saúde, sociólogos e artistas através dos séculos, sendo uma séria questão de saúde pública. É complexo explicar porque algumas pessoas decidem cometer suicídio, enquanto outras em situação similar, ou pior, não o fazem. Não existe uma única causa ou um único motivo. Ele resulta de uma complexa interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, culturais e ambientais (OMS, 2000).

Dado a complexidade deste fenômeno, para uma melhor compreensão, será feita uma contextualização histórica sobre a compreensão do suicídio. As transformações sociais da sociedade estão diretamente relacionadas a maneira como as pessoas passaram a encarar o fenômeno através dos tempos. Faz-se uma breve apresentação do fenômeno em números e estatísticas gerais segundo a Organização Mundial de Saúde, 2006, justificando por meio da análise dos números a necessidade do fato ser encarado como questão de saúde pública, visto os números alarmantes e aumento dos casos em todas as faixas etárias e níveis socioeconômicos. Também apresenta o Brasil como um dos dez países com maior número de casos, dada sua vasta extensão territorial.

É necessário identificar os grupos de riscos e fatores socioeconômicos, ambientais e psicológicos associados ao caso, o que é imprescindível, pois ajuda a dissipar o mito de que o suicídio é um ato aleatório que resulta exclusivamente de sofrimento psíquico.

Discorre-se brevemente sobre a dificuldade e despreparo dos enfermeiros em lidar com os casos de ideação suicida e oferece subsídios para identificação e manejo destes. Através de uma entrevista franca com a pessoa e que chegue gradualmente ao ponto

pretendido pode-se classificá-lo em baixo, médio e alto risco de cometer o ato e cada classificação exige graus mais complexos de intervenções que são apresentadas como ponto final do trabalho.

A justificativa pela escolha do tema é devido à sua gravidade. Pouco se fala sobre o fenômeno e quando citado, geralmente é de uma maneira um tanto quanto preconceituosa. O suicida era visto como uma pessoa fraca, que queria chamar a atenção e estaria até ocupando uma vaga de outras pessoas que realmente precisassem. A incompreensão dos enfermeiros, de outros profissionais de saúde e das pessoas em relação ao tema foi o motivo de querer entender um pouco mais o assunto retrospectivamente, através da história, e nos dias atuais, com as estatísticas transbordando e os números aumentando a cada dia. O suicídio é a mais grave emergência psiquiátrica, causando grande risco à vida da pessoa (OMS, 2000). Torna-se imprescindível uma abordagem adequada pelos enfermeiros para evitar que pessoas que buscam atendimento acabem concretizando sua intenção suicida; para tanto não se faz necessário um cenário ideal para tais intervenções, qualquer espaço onde as ações de saúde são produzidas é considerado um lugar de cuidado.

Como pergunta norteadora para este estudo adotou-se: “Como identificar e manejar os casos de ideação suicida?”. Este estudo tem como objetivo geral realizar uma revisão narrativa da literatura para subsidiar os enfermeiros no diagnóstico e manejo dos casos.

2 CONTEXTUALIZAÇÃO DA TEMÁTICA

Para elucidação dos problemas é necessário que se apresente, de forma sucinta, um panorama geral a respeito do fenômeno suicídio através dos tempos, visto que o modo como a sociedade entende o fenômeno sempre esteve atrelado às suas transformações sociais. O suicídio será brevemente contextualizado nos principais períodos da humanidade.

Etimologicamente a palavra suicídio vem do prefixo *sui*, que significa si mesmo e sufixo *caedes*, que significa ação de matar. Portanto, o significado da palavra é ação de matar a si mesmo. O suicídio sempre existiu através dos tempos, mas a maneira como a sociedade o encara teve mudanças com o passar das épocas (FRAZÃO, 2007). As transformações sobre o entendimento acerca do fenômeno suicídio e do suicida vem se alterando através dos tempos e estão relacionadas às diferentes formas que as relações humanas vêm apresentando e podem ser expressas social, política, religiosa, antropológica e filosoficamente.

Na antiguidade a religião tinha relativa influência sobre a vida das pessoas e o papel do Estado preponderava como meio de controle social da população. A vida da comunidade era vinculada ao Estado. Essas culturas chamadas de bárbaras pelos gregos, valorizavam a morte violenta, especialmente nas batalhas e através do suicídio, como maneira de garantir um lugar privilegiado no pós morte e como forma de manter vivo o espírito guerreiro. Há um incentivo ao suicídio por parte da sociedade, já que os suicidas eram vistos como heróis dispostos a sacrificarem suas vidas pela guerra. A transgressão consistia em se deixar morrer e não em se entregar à morte. Neste contexto, o suicídio se torna um dever e quem não se dispusesse a praticá-lo estaria em uma posição marginalizada (BERENCHTEIN NETTO, 2007).

Na Grécia Antiga, apesar de haver uma grande diversidade de opiniões acerca do suicídio, este era um fenômeno tolerado, desde que seguisse determinados critérios políticos e éticos, que variavam conforme o local e a época; houve um tempo em que os gregos abominavam tal ato, por isso os cadáveres dos suicidas tinham as mãos cortadas e enterradas a parte, como algo que não os pertencesse e que tivesse feito algum grande mal. Com o desenvolvimento da filosofia, os gregos passaram a ter uma tolerância quanto ao ato suicida. Entre os filósofos clássicos a discussão era mantida de forma racional e equilibrada; algumas cidades gregas até ofereciam veneno para aqueles que obtivessem permissão oficial do Estado

para se matarem, como mostra o seguinte trecho do discurso de Libânio, citado por Durkheim (1982, p. 284).

Aquele que desejar não mais viver deverá declarar suas razões ao Senado e, após ter recebido permissão, poderá abandonar a vida. Se tua existência te é insuportável, morre; se teu destino o oprime, bebe a cicuta. Se estás esmagado pela dor, abandona a vida. Que os infelizes narrem os seus infortúnios e que o magistrado lhes forneça o remédio para que sua aflição chegue ao fim.

Para Minois (1998) citado por Berenchtein Netto (2007) os filósofos pitagóricos condenavam várias formas de suicídio, destacando aqueles que iam contra seus valores éticos, políticos e crenças.

O suicídio passa a ser um ato inadmissível; uma ofensa aos deuses, os únicos que tinham direito sobre a vida e morte das pessoas. Os Deuses se zangariam tanto com o suicídio humano quanto os homens se zangam com o suicídio de seus escravos. Esse pensamento de vida como direito divino foi incorporado posteriormente pelos cristãos (BERENCHTEIN NETTO, 2007, p.15).

O suicídio passa a ser uma irresponsabilidade social porque enfraquecia o Estado ao permitir que um cidadão útil pusesse fim intencionalmente à sua vida (BERENCHTEIN NETTO, 2007).

Posteriormente, os estóicos consideraram o suicídio como uma saída razoável para uma situação de dor. O importante era viver de acordo com as leis da natureza e caso isso não fosse possível, o suicídio seria uma opção viável. Os documentos estóicos gregos estão saturados de elogios e aclamações ao suicídio. Como estes, os epicuristas também se mostravam indiferentes à vida, tanto quanto à morte; o que importava era o prazer das diversas situações. Logo, se a vida não era prazerosa, se causasse mais lágrimas do que risos, esta não faria sentido e o suicídio era moral e filosoficamente aceito pelos epicuristas. Esses dois grupos davam muita importância ao comportamento consciente indiferente frente à morte; era essa a primeira e mais importante atitude do homem livre, segundo estes (BERENCHTEIN NETTO, 2007).

Para os romanos, o suicídio também não causava repulsa, a questão não era se as pessoas podiam se matar ou não, mas como estas poderiam praticar o ato de maneira digna e brava. Nesta sociedade, qualquer cidadão poderia se matar sem sanções morais, legais ou religiosas, mas desde que tivesse um motivo previamente declarado como dor física, desespero emocional, loucura e desonra. A exceção acontecia com os escravos, que eram

propriedade de seu dono e responsabilidade do vendedor, e com os soldados, que eram propriedade do Estado. Esses dois grupos não eram entendidos como cidadãos e caso a tentativa de suicídio fracassasse estes eram penalizados. O importante não era a morte em si, mas como ela acontecia, em que contexto e de qual forma. A medida do valor de cada um era morrer de forma adequada, com dignidade e no momento apropriado (BERENCHTEIN NETTO, 2007).

Para os cristãos o suicídio passou a ser encarado como um sacrifício que perdoava as transgressões posteriores. A vida na terra era aceita como um lugar de sofrimentos, um vale de lágrimas onde o melhor seria afastar-se dele. Só a morte poderia libertá-los desse tormento e levá-los ao paraíso. Por isso, na época do cristianismo o suicídio era um método utilizado para garantir a felicidade no Reino de Deus (BERENCHTEIN NETTO, 2007).

Adentrando pela Idade Média as características citadas acima se mantinham em grande parte, porém a religião passa a exercer maior influência sobre a forma de encarar o suicídio. A teologia, especialmente representada pela Igreja Católica, controlava o estado e seus cidadãos. Acreditava-se que a qualidade da vida estava intimamente ligada a carga de pecados que a pessoa cometeu antes e após o nascimento. Assim o indivíduo deveria ter uma vida extremamente virtuosa, caso contrário iria sofrer eternamente no inferno. Neste contexto, a vida não pertencia ao indivíduo, esta era propriedade de Deus e só ele poderia dá-la ou retirá-la; matar-se equivalia, então, a um sacrilégio e o suicida era considerado como não merecedor da misericórdia divina, não recebendo a salvação de sua alma. O cadáver do suicida sofria penas religiosas tais como arrastá-lo pelas ruas, cortarem-lhes os pés e queimar-lhe o corpo. Os cadáveres eram expostos nus, o que contribuiu para menor incidência de suicídios, visto que o pudor e vergonha da época eram intensos.

O autoextermínio só passa a ser considerado crime pela Igreja Católica a partir do séc. VI d.C. A instituição, através de Santo Agostinho, estabelece argumentos para a lei que proíbe o suicídio, alegando que no “Não Matarás” dos dez mandamentos está incluído não matar a si mesmo. Assim foi possível controlar a onda de suicídios que ocorria entre os primeiros católicos (BERENCHTEIN NETTO, 2007).

Santo Agostinho frisava que se um indivíduo tirasse sua vida com a intenção de redimir seus pecados, este indivíduo estaria substituindo uma função que cabia ao Estado e à Igreja; se morresse sujaria suas mãos com o próprio sangue, o que tornava o suicídio um

pecado mortal, já que como morto não teria como se arrepender (BERENCHTEIN NETTO, 2007).

Com o decorrer da história se torna proibido prestar honras fúnebres ao suicidado, independentemente do método, motivo ou posição social deste. Os que tentaram se matar e não conseguiram são excomungados da Igreja Católica. O suicídio é totalmente repudiado com São Tomás de Aquino que diz que este é um pecado mortal contra Deus, que nos deu a vida; é também um pecado contra a caridade e a justiça. Com isso o suicídio passa a ser objeto de extrema repulsa moral pela sociedade. Um fenômeno que foi incentivado na Antiguidade, tolerado na Grécia, ato de honra em Roma e redenção dos primeiros cristãos passa a ser institucionalmente proibido, condenado pela religião e pela lei. Então se começa a caça ao suicida; sua memória é praguejada, seus bens confiscados, seus corpos publicamente humilhados. Seus familiares eram perseguidos e respondiam por crimes e dívidas deixadas pelo morto. O suicídio passa a ser considerado um tabu, um crime maior contra Deus e a humanidade, motivo de vergonha e vexame para todos. A punição para esse crime era legalmente respaldada, decidiu-se que os suicidas não seriam “honrados com qualquer comemoração no santo sacrifício da missa e que o canto dos salmos não acompanharia seus corpos ao túmulo.” Durkheim (1982, p. 260-61). Durante todas as épocas quanto mais medo e incompreensão se tem do suicídio mais ele é repudiado e punido (BERENCHTEIN NETTO, 2007).

Com o advento da modernidade, as concepções relativas à vida sofreram mudanças radicais. A religião e o Estado separam-se. Já não eram mais entidades como Deus ou o Estado que regulavam a transição vida-morte dos indivíduos; o indivíduo passa a ter mais autonomia em sua vida pessoal, agora é o homem e as normas sociais da sociedade onde ele está inserido que classificam o ato do suicídio. A Revolução Francesa, embasada nos ideais de igualdade, fraternidade e liberdade, veio excluir as medidas repressivas tomadas contra o indivíduo suicida e sua família e “riscou o suicídio do rol dos crimes legais” (DURKHEIM, 1982, p. 261). Isso se deve não pela compreensão do ato, mas pelo advento do individualismo, que diminui a importância do cidadão perante a comunidade. Pela jurisprudência, o suicida não poderia ser condenado e seu corpo deveria ser respeitado e sepultado com os rituais vigentes na época; mas, moral e religiosamente, o ato ainda era condenado e punido, pois a sociedade em geral, não incorpora automaticamente as mudanças e transformações sociais ocorridas e também pelo caráter praticamente imutável da religião (BERENCHTEIN NETTO, 2007).

No pós Revolução Francesa, o movimento Racionalista e o movimento Romântico exercem influência no modo como se concebe o suicídio hoje. O primeiro grupo declarava que o suicídio era um ato banal e que a sociedade não deveria dar tanta importância a ele. Essa ideia é bem nítida em uma história que circulava pela época de um francês que fora convidado por um amigo para jantar; este a princípio aceitou o convite, mas logo se lembrou de um compromisso inadiável que tinha para consigo, o compromisso de dar-se um tiro na cabeça. Isso era dito com tom de voz normal, sem desespero ou melancolia. O amigo que havia convidado o francês recebeu a notícia com uma indiferença estudada, reação considerada de bom tom na época (BERENCHTEIN NETTO, 2007).

O suicídio para os Românticos era um ato redundantemente “romantizado”. Viam nele um modo de fugir desse mundo de tormentos e dissabores, uma fuga possível, totalmente justificada e aclamada em seu meio. Os poetas e escritores melancólicos desse movimento eram suicidas em potencial e seus leitores influenciavam-se por essa aura caracterizada pelo sentimento de vazio e inutilidade da vida. A morte precoce era muito comum, seja pelos hábitos boêmios que culminavam no óbito por alguma patologia, mais frequentemente a tuberculose, ou pelo autoextermínio antes que se alojasse uma doença ou “pior”, a meia idade, que era considerada uma fase sem charme algum. Cultuavam a juventude, o viver intenso e as manifestações de emoções e gestos extremos (BERENCHTEIN NETTO, 2007).

Atualmente, com o advento do capitalismo e suas influências quanto à vida, produtividade e negação da morte, o suicídio tende a ser aceito como mais um direito do sujeito contemporâneo (DANTAS, 2005), embora falar sobre ele ainda seja um tabu. Entretanto, na maioria das vezes, abreviar a própria vida não se trata de um ato sustentado no livre-arbítrio, mas sim em conflitos entre a consciência e o inconsciente, entre o sujeito e o grupo, a fé e a ciência, etc. O suicídio é visto como um ato dissimulado, sem testemunhas e clandestino, ocorrido em um cenário complexo. O suicida ainda é visto como um transgressor, mas um transgressor de normas sociais; em uma cultura que evita falar da morte, o ato do suicídio causa grande desconforto e incompreensão.

As pesquisas no campo da *Suicidologia*, que é um ramo da ciência que estuda o fenômeno, indicam que a natureza do comportamento suicida é complexa e como tal, constituída pela interação de diversos fatores etiológicos, de natureza biológica psicológica, social, cultural e ambiental. A compreensão de que a extremidade do ato suicida é resultado

de um processo de desestruturação individual multifatorial que culmina com a atitude derradeira do auto-extermínio, é fundamental para que os enfermeiros possam identificar e manejar corretamente os casos (LOUREIRO, 2006).

Várias são as teorias que tentam explicar este fenômeno, algumas antagonizam-se e outras se complementam, mas nenhuma delas explica de forma isolada o drama pessoal de quem decide que a vida não vale mais a pena ser vivida. No entanto, é consenso que o suicida não consegue, se sente impotente em resolver sua dor de viver, seus problemas, e essa história acaba desfechando com seu autoextermínio. Vale lembrar que não é só o suicida que morre neste processo; seu ato, direta ou indiretamente afeta várias pessoas e a sociedade em si, que cultua a vida e nega a morte.

O tema chama a atenção em decorrência dos altos índices de suicídio de uma forma geral. Dados da OMS (2000) classificam o suicídio como uma das dez maiores causas de morte em todos os países e a terceira causa de morte entre a faixa etária de 15 a 35 anos. No ano de 2003 morreram 900.000 pessoas vítimas de suicídio, mundialmente. A cada 40 segundos uma pessoa comete suicídio no mundo. A cada 3 segundos uma pessoa atenta contra a própria vida.

O impacto psicológico, social e financeiro do suicídio em uma família e comunidade é imensurável. Em média, um único suicídio afeta no mínimo diretamente seis pessoas, que podem desenvolver sérios traumas e crises, além de carregar a dor e frustração comum a todos, por se sentirem de certa forma co-responsáveis pelo ato praticado por outrem. Se o suicídio ocorrer em locais como escolas, centenas de pessoas podem ser atingidas pelo ato (OMS, 2000).

No Brasil, a taxa de suicídio é inferior se comparada aos dados estatísticos dos países desenvolvidos, mas devido à grande extensão territorial do país e população numerosa, o número absoluto dos suicídios é grande (7.987 em 2004), o que coloca o Brasil entre os dez países com maior número de casos. A média é de 3,9 a 4,5 por 100.000 habitantes, mas esse número aumenta muito dependendo do Estado, como por exemplo, no Rio Grande do Sul, onde os índices chegam a 9,8 casos em cada 100.000 habitantes, número semelhante ao dos países desenvolvidos. Neste estado, em determinadas faixas etárias, o número chega a 30,2 casos por 100.000. E esse número tende a ser maior, pois há muitos casos de suicídio que são “camuflados” como acidentes de carro, afogamentos, quedas de lugares altos, entre outros. E o problema amplia-se quando consideramos que para cada suicídio consumado existem de 10 a 20 tentativas de suicídio (BRASIL, 2006).

3 MÉTODO

Revisão da literatura científica no campo da *Suicidologia*. Este método foi escolhido por facilitar a análise crítica do objeto sob a ótica de resultados de pesquisas anteriores divulgadas em livros e em artigos científicos, além de textos divulgados por meios magnéticos e eletrônicos, tendo a intenção de recolher os conhecimentos acerca do tema, constituindo-se no processo básico para os estudos monográficos. Para o desenvolvimento deste trabalho foi realizado um levantamento bibliográfico no Google Acadêmico entre os meses de junho a agosto de 2014 utilizando as palavras chave “suicídio”, “suicídio e enfermagem”, “suicídio e profissionais de saúde”, entre outros. Após seleção dos textos, levando-se em conta a natureza do estudo e a questão norteadora da pesquisa, foi realizada uma leitura exaustiva dos mesmos para maior compreensão da dimensão do assunto abordado e posterior elaboração deste trabalho, visto que todo conhecimento constitui simultaneamente de uma tradução e uma reconstrução através dos mais diversos símbolos, signos e sinais representados através de ideias, teorias e discursos.

4 RESULTADO E ANÁLISE

A partir da finalidade desse estudo, ou seja, oferecer suporte teórico aos enfermeiros na identificação e manejo dos casos de tentativa de suicídio através de uma revisão de literatura identificou-se dois temas principais que emergiram das leituras realizadas: Identificação e Cuidado/Manejo dos casos de ideação suicida pelos enfermeiros.

4.1 IDENTIFICAÇÃO DOS CASOS DE IDEAÇÃO SUICIDA PELOS ENFERMEIROS

A partir do ano de 2000 a Organização Mundial de Saúde elaborou uma série de manuais destinados a vários setores da sociedade com o intuito de identificar, prevenir e tratar os casos de suicídio. Conhecer os fatores de risco auxilia a dissipar o mito de que o suicídio seja um ato aleatório ou que resulte unicamente de sofrimento. Segundo os manuais há patologias e grupos específicos que são mais propensos ao ato. São eles, segundo OMS, 2000:

- Depressão (todas as formas, mas especialmente as depressões graves);
- Transtorno de personalidade (anti-social e borderline com traços de impulsividade, agressividade e freqüentes alterações do humor);
- Alcoolismo (e/ou abuso de substâncias psicoativas);
- Esquizofrenia;
- Transtorno mental orgânico;
- Doenças físicas graves como câncer, epilepsia, AIDS, esclerose múltipla, entre outras;
- Tentativas anteriores de suicídio;
- História familiar de suicídio, alcoolismo e/ou outros transtornos psiquiátricos;
- Viver sozinho (isolamento social);
- Desemprego ou aposentadoria;
- Luto na infância ou traumas graves.
- Rejeição por uma pessoa significativa.

O risco de suicídio aumenta muito com essas condições, pois a pessoa fica vulnerável e encontra dificuldades em elaborar seus conflitos, ressignificar sua vida e estabelecer metas que promovam sentido de vida.

A taxa de suicídio também varia em decorrência de fatores sociodemográficos e ambientais. Há um pico entre jovens de 15 a 35 anos e em idosos acima de 75 anos de idade.

As mulheres tentam mais suicídio que os homens, mas os homens concluem mais o ato do que as mulheres, pois usam métodos mais efetivos em sua tentativa (OMS, 2000).

Pessoas solteiras, divorciadas ou viúvas cometem mais suicídio do que as casadas, visto que a solidão deixa a pessoa mais vulnerável (OMS, 2000).

Perdas, mudanças bruscas do padrão de vida e acontecimentos estressantes também estão associados ao comportamento suicida. Por exemplo: perdas econômicas, luto, discussões com pessoas consideradas queridas (amigos, filhos, conjuge, etc.), rejeição, vergonha, humilhação, dificuldade em enfrentar uma situação, desemprego ou perda recente deste, migração, entre outros. Dentre todos esses fatores os mais importantes são: pacientes com transtorno psiquiátrico, que já tenham realizado tentativas de suicídio anteriores e que tenham recebido altas recentemente de uma instituição psiquiátrica (OMS, 2000).

Alguns fatores psicológicos e características da personalidade também predis põem ao ato:

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 (OMS, 2000, p.12).

A maioria das pessoas com ideação suicida dá sinais que poderão cometer o ato. Geralmente elas possuem um padrão de pensamento pessimista, são muito agarradas ao passado, se consideram inúteis, um peso para as demais pessoas, se sentem demasiadamente culpadas por alguma coisa, demonstram seu desgosto pela vida de uma forma direta, dizendo que queriam morrer e que não valem nada, que são um peso para as pessoas e para o mundo ou de uma forma indireta, negligenciando cuidados relativos á saúde, higiene e proteção pessoal. Qualquer que tenha sido o motivo que levou a pessoa ao ato, os pensamentos e sentimentos geralmente são os mesmos. Depressão, desesperança, desamparo e desespero são alguns pensamentos recorrentes nos suicidas, conhecidos como os quatro D. Existem também

os três “is”: intolerável (não suportar), inescapável (sem saída) e interminável (sem fim). Esses gritos de ajuda não podem ser ignorados e deve-se estar sempre atentos às frases de alerta que denunciam a intenção suicida (BRASIL, 2006b).

O Ministério da Saúde (2006b), em seu Manual de Prevenção ao Suicídio dirigido à profissionais de saúde mental, chama a atenção para alguns mitos e tabus referentes ao suicídio que podem impedir o diagnóstico precoce de possíveis casos e propiciar o incorreto manejo de uma tentativa de suicídio:

“Se eu perguntar sobre suicídio, poderei induzir o paciente a isso.” – Questionar sobre ideias 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.

“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.

“Quem quer se matar, se mata mesmo.” – Essa ideia 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.

“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.

“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

“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.” (BRASIL, 2006b, pág 35.)

4.2 CUIDADO/MANEJO DOS CASOS DE IDEIAÇÃO SUICIDA PELOS ENFERMEIROS

Os estudos apontaram que os enfermeiros não estão imunes de trazerem consigo toda uma carga cultural de repulsa e incompreensão do ato suicida. Isso se traduz em um desconforto emocional em lidar com esse tipo de situação. As pessoas com ideação suicida ou que tentaram cometer o ato geralmente são menosprezadas quanto à validade de sua ação. Estes, por vezes, são identificados como pessoas fracas que estariam querendo chamar a atenção e que exageram acontecimentos banais que poderiam facilmente ser resolvidos.

Ainda, a pessoa que atende um suicida em potencial, se sente por vezes agredida, mesmo que inconscientemente, por este ato de “menosprezo à vida”, o que explica a dificuldade em lidar com o caso. Também emerge desse acontecimento reflexões sobre a vida, sua razão e sua finitude e a impotência que todos sentem ao lidar com a morte do outro, especialmente uma morte voluntária (LOUREIRO, 2006).

O manejo dos casos se apresentou nos estudos através de formas de acolhimento, dependendo da gravidade de cada caso.

A melhor maneira de descobrir se a pessoa tem ideação suicida é perguntar para ela; nada melhor do que uma boa entrevista clínica na identificação do caso. Mostrando a vontade de compreender, o profissional da saúde começa a estabelecer um relacionamento positivo com o paciente. Para essa conversa inicial deve-se procurar um lugar tranquilo, reservado e com privacidade e dedicar tempo suficiente ao paciente, para que este possa se abrir adequadamente. Deve-se ouvi-lo efetivamente; essa é a principal ação para reduzir o nível de desespero do paciente podendo ajudá-lo a preencher a lacuna deixada pelo desespero e desesperança.

É aconselhável esperar o momento ideal para perguntar, ou seja, quando a pessoa estiver falando de sentimentos negativos como solidão e desamparo e quando perceber que a pessoa está se sentindo aceita e compreendida. É necessário que não se interrompa muito o paciente quando ele estiver falando; também não se deve tratar o assunto como algo trivial que não mereça importância, dizendo que se está ocupado; deve-se também evitar fazer perguntas indiscretas, colocar o paciente em uma posição de inferioridade ou dizer coisas vagas como um “tudo vai ficar bem” (BRASIL, 2006b)

Questões fechadas e diretas no começo da entrevista não são adequadas. Comentários do tipo “Você parece muito incomodado, fale-me mais sobre isso” podem ser úteis. E escutar com empatia é, em si, o passo mais importante na redução do nível do desespero suicida. Se o profissional de saúde perceber que o paciente se enquadra em algum grupo de risco há perguntas abertas que podem ser feitas para avaliar a ideação suicida do paciente. É necessário que se pergunte à pessoa se ela se sente triste, sem esperança, incapaz de enfrentar os dias, se considera a vida um fardo, se acha que não vale a pena viver e se pensa em cometer suicídio. Durante a conversa dê sinais não verbais de aceitação e respeito (BRASIL, 2006b).

Após a confirmação da ideação suicida através das respostas fornecidas pelo paciente, o profissional da saúde deverá avaliar a frequência, a severidade e a possibilidade real do suicídio. Deve-se perguntar ao paciente se ele tem algum plano e se tem acesso a este. Quanto mais acessível o método maior o risco do paciente cometer suicídio. Perguntar também se o paciente tem uma data que planeja consumir o ato. É preciso tomar alguns cuidados: os pacientes que pensam seriamente em se suicidar negam suas intenções. É preciso ter sensibilidade para captar o implícito, o não-dito no comportamento e respostas do paciente (BRASIL, 2006b).

Após o exame clínico usual, devem ser investigados os recursos do paciente: avaliar a capacidade de elaboração, de resolução de problemas, os recursos materiais (moradia e alimentação), o suporte familiar (família próxima ou confiável), social, profissional e de instituições, e os eventos precipitantes: levantar todas as circunstâncias e motivações que deflagraram o ato. É frequente a presença de vários fatores estressantes, ou problemas psicossociais crônicos, problemas policiais ou pendência judicial, perda de ente querido, luto, doença física crônica, desemprego, eventos de vida adversos na presença de depressão. Os conflitos interpessoais, como brigas, desentendimentos, separações, podem precipitar 50% das tentativas (BRASIL, 2006b).

Segundo MELEIRO (2005), a hospitalização é indicada de acordo com o grau de risco potencial de suicídio, principalmente se o paciente não colabora, apresenta um transtorno mental grave que prejudica a sua crítica frente à situação e não possui uma rede de suporte familiar. Porém, uma hospitalização precipitada pode ser prejudicial ao paciente frente a uma avaliação errônea do risco de suicídio. Grande vigilância faz-se necessária no início do tratamento com antidepressivos, pois eles demoram dias a semanas para alcançarem efeito terapêutico. A psicoterapia também é imprescindível para o paciente e seus familiares. A família e o paciente devem ser exaustivamente orientados e esclarecidos quanto à proposta terapêutica. Uma internação domiciliar pode ser uma alternativa razoável. Isso é possível quando há baixo risco de suicídio, supervisão disponível e suporte adequado em casa. Os familiares e amigos devem revezar-se na tarefa de vigilância. Sentimentos e comportamentos como choque, confusão, negação, inquietação, regressão, desesperança e estado de alerta são comuns nos familiares.

Após análise do histórico do paciente dentro de seu contexto social e respostas fornecidas por este, pode-se classificá-lo em baixo, médio ou alto risco de cometer suicídio.

No baixo risco a pessoa demonstra sua aversão em continuar a vida e seu desejo de morrer, mas não tem nenhum plano de cometer suicídio. Deve-se oferecer apoio emocional e incentivar a pessoa a falar sobre si, sobre os aspectos sociais, emocionais que estão o desestabilizando. É necessário fazer com que o paciente entenda suas emoções dentro do contexto onde está inserido, fazendo com que ele trabalhe os pensamentos suicidas. Pergunte sobre problemas anteriores e como o paciente conseguiu resolvê-los sem tomar uma atitude extrema como o suicídio. Isso é uma forma de mostrar ao paciente que ele tem poder de decisão e capacidade em resolução de problemas, podendo recuperar sua autoconfiança. Se a pessoa não conseguir refletir que sua condição pode ser revertida e não demonstrar melhora encaminhe-a para um profissional de saúde mental, se julgar necessário. Demonstrar preocupação com a pessoa, encontra-la em intervalos, manter contato externo é uma boa ação preventiva (BRASIL, 2006b).

No caso da pessoa apresentar médio risco de cometer suicídio, ou seja, se ela tiver pensamentos e planos suicidas, mas que não serão postos em prática imediatamente, deve-se oferecer apoio emocional a esta, sempre se preocupando em demonstrar empatia e focalizando os aspectos positivos do paciente e seu entorno. Deve-se também focalizar o aspecto de ambivalência do paciente, fazendo com que gradualmente o desejo de viver se sobreponha ao desejo de morrer. Deve-se explorar as alternativas ao suicídio, fazendo com que o paciente perceba métodos e ações que possam resolver seus problemas e fortalecer seu desejo de viver. Ganhe tempo estabelecendo um contrato com o paciente onde este não cometerá suicídio por um determinado tempo e sem comunicar com um membro da equipe de saúde. Assim pode-se procurar ajuda especializada de um psiquiatra ou esperar as medidas tomadas darem resultados. Mobilize a rede de apoio ao paciente (parentes, amigos, religiosos, entre outros.), mas com a prévia autorização do mesmo para que seu direito à privacidade e sigilo das informações seja respeitado. Estimule a rede de apoio do paciente a fornecer carinho, entendimento e apoio emocional a este e orientando a manter vigilância quanto às atitudes e estado psicológico do paciente e manter afastados instrumentos que possam servir como meio de suicídio, como facas, cordas, arma de fogo, medicamentos, entre outros. Deve-se pedir autorização ao paciente para que essas medidas sejam tomadas e explicando que são métodos temporários utilizados até que ele se restabeleça de seu quadro suicida e possa novamente tomar o controle da situação e de sua vida (BRASIL, 2006b).

Quando a pessoa apresenta alto risco de suicídio, esta tem pensamentos suicidas, um plano do qual tem acesso e deseja cometê-lo imediatamente. Um forte indício disto é quando o paciente despede-se de todos, organiza suas coisas, paga dívidas, faz testamentos, escreve

cartas de adeus, faz planejamento detalhado do ato e preocupa-se para que não seja descoberto, entre outros. Deve-se então estar junto da pessoa, nunca a deixando sozinha, oferecendo aceitação, trabalhando os sentimentos e incentivando vontade de viver do paciente. Enquanto isso, se deve inspecionar o ambiente e remover gentilmente instrumentos e meios que possam ser usados, além de tomar o cuidado de fechar janelas altas e perigosas. . Faça um contrato como o descrito anteriormente para ganhar tempo. Deve-se ainda informar a família sobre os acontecimentos, entrar o mais rápido possível em contato com um profissional de saúde mental ou chamar uma ambulância encaminhando a pessoa a um pronto socorro psiquiátrico, de preferência. Trata-se de uma emergência psiquiátrica e esta deve ser tratada como tal. Explique ao profissional que irá recebê-la o resultado da sua avaliação, pois é indispensável que ele entenda o motivo do encaminhamento. Tente convencer a pessoa a permanecer no serviço para receber ajuda e os cuidados necessários. 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 (BRASIL 2006b).

Se o paciente recusar a internar-se voluntariamente, uma internação involuntária será necessária para garantir a este todo o amparo possível, tratamento adequado e posterior reintegração a sociedade (BRASIL, 2006b).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma vez que as estatísticas do suicídio têm crescido de maneira significativa e os enfermeiros podem durante a sua carreira se defrontar com um paciente que passe por essa tragédia, o conhecimento dos fatores de risco, comportamentos e ações perante os casos é de importância fundamental para que se possa dar o tratamento ou o encaminhamento mais eficaz àquelas pessoas que se apresentam com tal problema. Assim, o estudo e conhecimento dos fatores de risco, dos processos desencadeadores da ação extrema e os procedimentos preventivos ou emergenciais, são de primordial importância para os enfermeiros bem assim como a supervisão clínica dos casos e o processo de terapia pessoal que os ajudam a lidar com possíveis perdas, frustrações e lutos do produzir ações de saúde.

REFERÊNCIAS

BERENCHTEIN NETTO, N.- **Suicídio: Uma análise psicossocial a partir do materialismo histórico dialético.** (Dissertação de Mestrado) Programa de Estudos Pós Graduated em Psicologia Social. Pontifícia Universidade Católica- São Paulo, 2007. 168p. Disponível em: <http://www.sapientia.pucsp.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=5134> Acesso em: 02 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes brasileiras para um plano nacional de prevenção do suicídio.** Portaria nº 1.876 de 14 de agosto de 2006a. Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html> Acesso em: 14 mai. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Prevenção ao Suicídio: Um manual dirigido a profissionais de saúde mental.** Ministério da Saúde, 2006b, 76p.

DANTAS, D. S. A significação da morte voluntária: estudo sobre o papel da mídia em suicídios contemporâneos. **LUMINA - Revista da Faculdade de Comunicação / UFJF**, v.8, n. 1/2, jan./dez. 2005. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/facom/files/2013/03/Lumina14-15-DeniseSouzaDantas.pdf>> Acesso em: 02 mai. 2014.

DURKHEIM E. **O suicídio: estudo sociológico.** Rio de Janeiro: Zahar; 1982.

FRAZÃO, P. História do suicídio e Teorias Sobre o suicídio. **Revista de Saúde Mental**, v.6, p. 28-33, nov./dez. 2007. Disponível em: <<http://revista.saude-mental.net/index.php?article=454&visual=17>> Acesso em: 13 mai. 2014.

LOUREIRO, R. M. Um possível olhar do comportamento suicida pelos profissionais da saúde. **Scientia Medica**, Porto Alegre: PUCRS, v.16, n.2, abr./jun. 2006. Disponível em: <<file:///C:/Users/jessica.natalia/Downloads/1622-42515-1-PB.pdf>> Acesso em: 13 mai. 2014

MELEIRO, A.M.S. **Suicídio: identificar, tratar e prevenir.** Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São, 2005. Disponível em: <http://www.fenix.org.br/suicidio_texto.pdf> Acesso em: 15 mai. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Prevenção do suicídio: Um manual para profissionais da saúde em atenção primária.** Tradução de Janaína Phillipe Cecconi, Sabrina Steffanelo e Neury José Botega. Campinas: Unicamp, 2000.

REFERENCIAS COMPLEMENTARES

- BOTEGA, N.J. *et al.* Prevenção do comportamento suicida. **Revista Psico** v. 37, n.3, p.213-220, set./dez. 2006. Disponível em:
<<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/viewFile/1442/110>>
Acesso em: 05 jun. 2013
- BOTEGA, N.J *et al.* Atitudes do pessoal de enfermagem em relação ao suicídio: a criação de uma escala de avaliação. **Rev Bras Psiquiatr**, n.27, v.4, p.315-8, 2005. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v27n4/a11v27n4.pdf> > Acesso em: 05 jun. 2013
- FRAZÃO, Pedro. De Dido a Dédalo: Reflexões sobre o Mito do Suicídio Romântico na Adolescência. **Análise Psicológica**, v.4, n.2, p. 453-464, 2003.
- LINS, C. E; OLIVEIRA, V.M; COUTINHO, M.F.C. Acompanhamento terapêutico: intervenção sobre a depressão e o suicídio. **Psychê**, São Paulo, n.18, p.151-166, set. 2006. Disponível em:< <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/307/30701815.pdf>> Acesso em: 14 jan. 2013.
- MACEDO, M.M.K; WERLANG, B.S.G. **Trauma, dor e ato: o olhar da psicanálise sobre uma tentativa de suicídio.** *Ágora*, Rio de Janeiro, jun. 2007, v.10, n.1, p.86-106. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982007000100006&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 15 jan. 2013.
- MAGALDI, E. S.D. SUICÍDIO: Identificar, tratar e prevenir. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Texto. Disponível em:
<<http://conhecerparaprevenir.blogspot.com.br/2009/06/texto-simples-e-classico-sobre-o.html>
> Acesso em: 13 jan. 2013.
- MELLO, M.H.P.J. Mortalidade por causas violentas no município de São Paulo, Brasil. III — Mortes intencionais. **Rev Saúde públ.**, S. Paulo, v.15, p.165-93, 1981. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v14n3/07.pdf>> Acesso em: 14 jan. 2013.
- MORAES, M.H. *et al.* Depressão e suicídio no filme “As Horas”. **Rev Psiquiatr**, Rio Grande do Sul. n.28, v.1, p. 83-92 jan./abr. 2007. Disponível em:
<http://www.revistapsiqrs.org.br/administracao/arquivos/depressao_suicidio_filme_28_01_06.pdf > Acesso em: 23 jan. 2013.
- PALHETA, A.L.S; LEAL, M.S.L. **As implicações do suicídio de adolescentes no funcionamento e estrutura familiar.** Disponível em:
<http://www.nead.unama.br/site/bibdigital/monografias/as_implicacoes_do_suicidio.pdf>
Acesso em: 15 jan. 2013.
- RIOS, D. P. *et al.* Tentativa de suicídio com o uso de medicamentos registrados pelo cit-go nos anos de 2003 e 2004. **Revista Eletrônica de Farmácia.** v.2, n.1, p. 6-14, 2005.
- SAMPAIO, M.A.; BOEMER, M.R. Suicídio - um ensaio em busca de um des-velamento do tema. **Rev.Esc.Enf.USP**, v.34, n.4, p. 325-31, dez. 2000. Disponível em:
<<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/544.pdf>> Acesso em: 13 jan. 2013.
- SILVA, V.P.; BOEMER, M.R. O suicídio em seu mostrar-se a profissionais de saúde. **Rev. Eletrônica de Enfermagem**, v. 06, n. 02, p. 143-152, 2004. Disponível em:
<http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_2/pdf/Orig1_suicidio.pdf> Acesso em: 13 jan. 2014.

TURECKI, G. O suicídio e sua relação com o comportamento impulsivo - agressivo. **Rev Bras Psiquiatr.** Genética, v. 21, out. 1999. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v21s2/v21s2a06.pdf> > Acesso em: 26 mai. 2014.