

Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica

Detecting suicide risk at psychiatric emergency services

José Manoel Bertolote¹, Carolina de Mello-Santos², Neury José Botega³

¹ Departamento de Neurologia, Psicologia e Psiquiatria da Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista (UNESP), Botucatu, SP, Brasil

² Instituto de Psiquiatria, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (Ipq-FMUSP), São Paulo, SP, Brasil

³ Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, SP, Brasil

Resumo

Objetivo: Auxiliar o profissional de saúde na identificação dos fatores de risco e de proteção, e no manejo de pacientes com risco de suicídio, por meio de entrevista clínica, no contexto de emergência médica. **Método:** Revisão seletiva da literatura para identificar achados clínicos relevantes e ilustrativos. **Resultado:** A entrevista clínica é o melhor método para avaliar o risco suicida e tem dois objetivos: 1) apoio emocional e de estabelecimento de vínculo; 2) coleta de informações. Existe um número considerável de informações a serem coletadas durante a entrevista: fatores de risco e proteção (predisponentes e precipitantes), dados epidemiológicos, caracterização do ato, aspectos psicodinâmicos, antecedentes pessoais e familiares, modelos de identificação, dados sobre saúde física e rede de apoio social. Dificuldades ao longo da entrevista serão encontradas, mas com conhecimento e treinamento adequado, o profissional poderá abordar e ajudar adequadamente o paciente. Embora várias escalas tenham sido propostas, nenhuma delas demonstrou eficiência para a detecção de risco de suicídio. **Conclusão:** Não há como prever quem cometerá suicídio, mas é possível avaliar o risco individual que cada paciente apresenta, tendo em vista a investigação detalhada e empática da entrevista clínica. Impedir que o paciente venha a se matar é regra preliminar e fundamental.

Descritores: Suicídio; Serviço de emergência psiquiátrica; Entrevista; Fatores de risco; Proteção

Abstract

Objective: Guide the health professional to identify risk factors and forms of protection, together with handling such patient throughout a clinical interview within the emergency service context. **Method:** Selected literature revision so as to identify relevant and illustrative key cases. **Results:** The clinical interview is the best method to evaluate the suicidal risk and has two different aims: 1) emotional support and creation of a bond; 2) collecting information. There is a substantial amount of information to be collected during the clinical interview, such as: risk factors and protection, epidemiologic data, act characterization, psychical dynamics aspects, personal and familial historic patterns, identification models, data on physical wealth and social net support. Difficulties are to emerge throughout the clinical interview, but a trained and informed professional will be able to approach and adequately add the patient. Although several scales have been proposed, none of them have been efficient to deter the suicidal risk. **Conclusion:** There is no method to predict who is to commit suicide, nevertheless, it is possible to evaluate the individual risk of each patient with regards to a detailed and empathic clinical interview. Prevent the patient to commit suicide is the preliminary and fundamental rule.

Descriptors: Suicide; Emergency services, psychiatric; Interview; Risk factors; Protection

Introdução

Comportamento suicida é uma expressão que cobre uma série de fenômenos ligados ao suicídio, dos quais os mais relevantes são o suicídio propriamente dito (óbito) e a tentativa de suicídio.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o suicídio é um óbito que resulta de uma ação ou omissão iniciada com a intenção de causar a morte e com a expectativa desse desfecho¹.

Correspondência

José Manoel Bertolote
Departamento de Neurologia, Psicologia e Psiquiatria da
Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual
Paulista (UNESP)
Distrito de Rubião Júnior S/N
Botucatu, SP, Brasil
Tel.: (+55 14) 3811-6260 Fax: (+55 14) 3815-5965
E-mail: bertolote@gmail.com

A tentativa de suicídio tem as mesmas características fenomenológicas do suicídio, diferindo deste apenas quanto ao desfecho, que não é fatal; neste sentido, deve-se diferenciá-la de outros comportamentos autodestrutivos, nos quais não existe uma intenção de pôr fim à vida, embora elementos exteriores possam ser comuns a ambos.

Deve-se destacar que um comportamento não é, necessariamente, uma doença; assim, os comportamentos suicidas não constituem uma doença, embora na maioria estejam associados a diversos transtornos mentais, dos quais os transtornos do humor (particularmente a depressão), os transtornos por uso de substâncias (especialmente a dependência de álcool), as esquizofrenias e os transtornos de personalidade são os mais frequentes². Ademais, determinadas doenças físicas apresentam também significativa associação com os comportamentos suicidas, entre as quais a síndrome de dor crônica, doenças neurológicas (como a epilepsia, lesões neurológicas medulares e centrais e sequelas de acidentes vasculares cerebrais), infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), a síndrome da imunodeficiência adquirida e certas neoplasias³. No fim das contas, todos esses transtornos e essas doenças representam um risco potencial de comportamentos suicidas.

No entanto, deve-se ressaltar que uma doença clínica grave, por si só, não é potencialmente suicida. A exemplo do que se observa na população geral, a maioria dos suicídios dá-se em pessoas que, além de sofrerem de uma doença clínica, encontram-se sob influência de transtornos psiquiátricos, como depressão e agitação, esta última frequentemente em decorrência de estados confusionais (*delirium*). Uma história de tentativa de suicídio é outro fator que aumenta muito o risco de suicídio⁴.

Embora haja registros locais e nacionais razoavelmente confiáveis quanto aos óbitos por suicídio⁵, inexistem registros sistemáticos das tentativas de suicídio. Obviamente a falta desse dado é um óbice para um melhor conhecimento da situação e das características dos sujeitos, bem como para o planejamento de serviços; contudo, para fins de prevenção dos comportamentos suicidas, esses registros são menos úteis do que informações clínicas e sociodemográficas sobre indivíduos.

As três principais funções do psiquiatra, em particular, e de todo o pessoal de saúde, no geral, em relação ao comportamento suicida, são: identificar o risco, proteger o paciente e remover ou tratar os fatores de risco.

Numa emergência psiquiátrica, as principais situações clínicas associadas ao comportamento suicida são os pacientes que apresentam grave ideação suicida e os sobreviventes de tentativas de suicídio, que já estão com os possíveis comprometimentos clínicos e cirúrgicos estabilizados. Em ambos os casos, o papel do psiquiatra seria o de determinar os procedimentos de curto e longo prazos para diminuir o risco de suicídio, incluindo uma possível decisão de internação psiquiátrica. Este artigo se concentra na discussão das principais funções do psiquiatra diante do comportamento suicida, com foco específico nos serviços de emergência psiquiátrica.

Magnitude dos comportamentos suicidas

A mortalidade por suicídio tem aumentado progressivamente, em números absolutos, embora as variações das taxas de suicídio aumentem ou diminuam, conforme a região geográfica. Atualmente, registram-se mais de 870.000 óbitos por suicídio em todo o mundo, o que representa 49% de todas as mortes por causas externas⁶. Infelizmente, não dispomos de registros mundiais equivalentes para as tentativas de suicídio; sabe-se, no entanto, a partir de estudos localizados, que as taxas de tentativas de suicídio podem ser de 10 a 40 vezes mais elevadas que as de suicídio⁷.

No geral, o suicídio predomina em homens, numa proporção aproximada de 3:1, embora seja observada uma relação inversa quanto às tentativas de suicídio; deve-se notar, no entanto, que essas diferenças vêm diminuindo⁷.

Em termos de idade, as maiores taxas de suicídio são habitualmente encontradas entre pessoas idosas (pico atual entre os acima de 75 anos de idade), porém, em determinados países a situação é radicalmente diversa, como, por exemplo, na Nova Zelândia, onde o pico fica entre 25 e 34 anos, e no Japão, entre 55 e 64 anos⁸.

No Brasil, a taxa de suicídio também aumenta progressivamente, 21% em um intervalo de 20 anos. As taxas aumentaram com a idade, principalmente para o sexo masculino. A proporção de homens que se suicidaram é sempre maior que a das mulheres, em todas as faixas etárias. Considerando-se as taxas totais, os homens brasileiros se suicidaram de duas a quatro vezes mais que as mulheres. Segundo a faixa etária, as pessoas com mais de 65 anos constituem o estrato com as maiores taxas de suicídio. O efeito da idade é uma tendência crescente a partir da faixa dos 45-54 anos, aumentando rapidamente até o estrato dos indivíduos com mais de 75 anos. O suicídio de indivíduos entre 5-14 anos é uma condição pouco frequente; entretanto, houve um aumento de 10 vezes na faixa etária de 15-24 anos nos últimos anos⁹.

Fatores de risco para os comportamentos suicidas

Usualmente, o risco de um comportamento suicida é dado por indicadores de natureza sociodemográfica e de natureza clínica; há também fatores genéticos cuja precisão direta é ainda objeto de especulações, mas que pode ser inferida a partir da história familiar do indivíduo. Especula-se que o histórico de suicídio (particularmente em parentes de primeiro grau) e histórico de doença psiquiátrica na família confere risco aumentado para o comportamento suicida. Contudo, devemos distinguir entre fatores predisponentes, ou seja, aqueles remotos, distais, que criam o terreno no qual eclodem os comportamentos suicidas, e os fatores precipitantes, proximais, que os desencadeiam, os quais são chamados também de estressores associados ao risco de comportamentos suicidas¹⁰. Os fatores precipitantes (estressores) de comportamentos suicidas estão associados uma série de situações que implicam perdas, reais ou simbólicas, ou mudanças de status, no geral, para pior. Os fatores predisponentes e precipitantes estão descritos na Tabela 1.

Tabela 1- Fatores predisponentes e precipitantes para o comportamento suicida

Fatores predisponentes	Fatores precipitantes
Sexo (masculino: suicídio; feminino: tentativas)	Separação conjugal
Idade (mais jovens: tentativa; mais idosos: suicídio)	Ruptura de relação amorosa
História familiar de comportamentos suicidas, alcoolismo ou outros transtornos mentais	Rejeição afetiva e/ou social
Tentativa(s) prévia(s)	Alta recente de hospitalização psiquiátrica
Presença de transtornos mentais	Graves perturbações familiares
Presença de doenças físicas	Perda do emprego
Presença de desesperança	Modificação da situação econômica ou financeira
Estado civil divorciado, viúvo ou solteiro	Gravidez indesejada (principalmente para solteiras)
Abuso físico, emocional ou sexual na infância	Vergonha
Estar desempregado ou aposentado	Temor de ser descoberto (por algo socialmente indesejável)
Isolamento social	
Pertencer a uma minoria étnica	
Pertencer a uma minoria sexual (homossexuais e transexuais)	
Baixo nível de inteligência ⁶	

A presença de um transtorno mental é um dos mais importantes fatores de risco para o suicídio. Em geral, admite-se que de 90% a 98% das pessoas que se suicidam têm um transtorno mental por ocasião do suicídio (Tabela 2). Os transtornos do humor, em especial os estados depressivos, representam o diagnóstico mais frequente entre os portadores de doença mental que cometeram suicídio. Segundo a OMS, o diagnóstico de transtorno do humor pode ser feito entre 20,8% e 35,8% dos suicídios fatais. A comorbidade de transtornos do humor com transtornos por uso de substância (na prática, depressão e alcoolismo) é a mais frequente¹¹.

Fatores de proteção para os comportamentos suicidas

A maioria das propostas preventivas baseia-se na identificação de fatores de risco, pois há uma escassez de dados referente aos fatores protetores. O pouco que se sabe, ou que se supõe, é derivado do conhecimento obtido em outras áreas, como a saúde em geral ou a saúde mental em particular. É legítimo supor que fatores como alojamento seguro, segurança em geral, boa alimentação e períodos adequados de repouso possam não só contribuir para a consolidação da saúde, mas também reduzir o impacto de fatores adversos, como situações de estresse ou a presença de doenças mentais. Entretanto, desconhece-se o papel específico desses fatores em relação aos comportamentos suicidas¹².

Por outro lado, considera-se que, em termos individuais, a resiliência emocional, a capacidade para resolver problemas e certas habilidades sociais que possam reduzir o impacto de fatores ambientais adversos ou intrapsíquicos e, dessa forma, contrabalançar o peso de certos fatores de risco. Acredita-se que os fatores citados na Tabela 3 possam proteger o indivíduo de um comportamento suicida, embora não haja trabalhos científicos que sustentem tal suposição¹³.

Uma observação mais cuidadosa desses fatores, tanto dos de risco quanto dos de proteção, deixa evidente que alguns deles são úteis mesmo na comunidade onde vive ou trabalha o indivíduo,

ao passo que outros adquirem relevância ou apenas são discerníveis no ambiente clínico.

É importante destacar que nenhum desses fatores isolados possui força suficiente para provocar ou prevenir um comportamento suicida, e que, na realidade, é sua combinação que leva à crise que resulta nesse comportamento. Com efeito, Mann e Arango descreveram o processo suicida como uma diátese, ou predisposição, a partir de uma complexa interrelação de fatores socioculturais, vivências traumáticas, história psiquiátrica e vulnerabilidade genética¹⁴.

Ambivalência do paciente com comportamento suicida

Não podemos esquecer que há uma coexistência de desejos e atitudes antagônicas que capturam a indecisão do indivíduo frente à vida. Ele deseja morrer e, simultaneamente, deseja ser resgatado ou salvo. Atos estereotipados de tomar psicotrópicos e telefonar em seguida para conhecidos solicitando ajuda expressam ambas as faces do ato¹⁴. A maioria dos pacientes suicidas é ambivalente, incorpora uma batalha interna entre o desejo de viver e o desejo de morrer.

Em considerável proporção dos casos de tentativa de suicídio a intencionalidade suicida é baixa. Apenas um quarto dos pacientes

Tabela 2 - Diagnósticos encontrados em pacientes suicidas pela ordem de frequência

Transtornos do humor	30,2%
Transtornos por uso de substância (álcool)	17,6%
Esquizofrenia	14,1%
Transtornos da personalidade	13%
Transtornos mentais orgânicos	6,3%
Transtornos de ansiedade/somatoformes	4,8%
Outros transtornos psicóticos	4,1%
Transtornos de ajustamento	2,3%
Todos os demais diagnósticos	5,5%
Sem diagnóstico	2%

admite que deseja a morte; os demais dizem que querem apenas dormir, afastar-se dos problemas¹⁵. Embora isso possa não ser conscientemente admitido, pode-se inferir que, numa parcela dos casos, o comportamento suicida pretendia alterar uma situação de desadaptação e sofrimento, influenciando pessoas significativas. Um grito de socorro que pode dar certo, ao provocar um movimento de apoio e de reestruturação, ou que, ao contrário, pode provocar mais agressões, vindas de pessoas próximas ou de uma equipe assistencial despreparada para atender tentativas de suicídio.

Identificação do risco de comportamentos suicidas no contexto clínico

Não há como prever quem cometerá ou não suicídio, mas é possível avaliar o risco individual que cada paciente apresenta, baseado nos fatores de risco e de proteção investigados na entrevista clínica. Uma boa entrevista permanece o melhor meio de se avaliar o risco de comportamentos suicidas. Numa situação clínica, sempre há oportunidade para explorar esses riscos, embora muitíssimas vezes essa oportunidade seja perdida, com a consequente perda de inúmeras vidas. Por isso, o profissional deve estar preparado e bem treinado para a abordagem destes pacientes.

1. A entrevista

Em casos de tentativa de suicídio, a entrevista inicial tem dois objetivos: um é semiológico, com coleta de várias informações; outro é de apoio emocional e de estabelecimento de um vínculo. O primeiro contato pode ocorrer em condições pouco favoráveis, muitas vezes no pronto-socorro, estando o paciente reticente, sonolento ou ainda recebendo cuidados médicos intensivos. O paciente pode mesmo negar que tenha tentado morrer, embora familiares e equipe médica refram-se a uma tentativa de suicídio. Desde o início é preciso tentar o estabelecimento de um vínculo que garanta a confiança e a colaboração, em um momento em que a pessoa pode se encontrar enfraquecida, hostil e nem sempre disposta a colaborar.

A entrevista visa à obtenção de um número considerável de informações: caracterização do ato suicida (método, circunstâncias,

intencionalidade), dados de cunho epidemiológico (fatores de risco, acontecimentos marcantes), fatores predisponentes e precipitantes, aspectos psicodinâmicos (conflitos, motivações, fantasias a respeito da morte), antecedentes pessoais e familiares, modelos de identificação, dados sobre a saúde física, rede de apoio social (com quem o paciente se relaciona e pode contar: em casa, no trabalho, em igreja e associações). É necessário formar uma ideia a respeito da personalidade do indivíduo, principalmente no que diz respeito a mecanismos de defesa e de adaptação (“*coping*”) em situações de crise. Ao final, deve-se chegar a um diagnóstico global da situação do paciente e à estimativa do risco suicida.

Inicialmente, é importante tomar como foco o conteúdo (frustração, conflito, necessidade) expressado pela pessoa. O atendimento de crise exige isso. Mas também é importante atentar para o conteúdo latente do que se ouve, aos sentimentos indiscriminados e conflituosos, às falsas crenças, aos pensamentos automáticos que impedem visão mais ampla ou alternativa, como se dão os relacionamentos mais importantes. Tudo isso, se for o caso, poderá ser abordado mais tarde, com calma, quando houver maior capacidade para a reflexão.

O profissional sente-se, frequentemente, entre dois pólos: de um lado, deve respeitar os sentimentos da pessoa, incluindo seu desejo de morte, ou sua ambivalência entre viver e morrer; de outro, já ao final de um primeiro atendimento, deve tomar medidas concretas para evitar que um paciente atormentado se mate, o que inclui uma possível decisão de uma internação involuntária.

É inegável que diante da urgência e da angústia que a tentativa ou a ideação suicida nos impõe, cuidadores e profissionais de saúde podem ser levados a tentar conduzir o paciente para algo em que realmente acreditam (uma ideologia, uma fé). No entanto, separar estas crenças, sentimentos ou desejos, sem as negar, faz parte do treinamento, complexo e geralmente sofrido, dos profissionais de saúde.

Com exceção das eventuais medidas de proteção à vida, é preciso ponderar sobre a urgência de fazer algo concreto pela pessoa que estamos atendendo. Lembrar que o essencial é ouvir atentamente, estar ao lado dela. Isso significa não tentar mudar a qualquer custo os sentimentos e ideias de nossos pacientes. Se uma pessoa sentir que estamos ao seu lado, poderá se acalmar, e conseqüentemente, pensar, em vez de agir - falar sobre sua vontade de morrer é diferente de, concretamente, colocar a vida em risco. A partir de então, a própria pessoa poderá nos ajudar a continuar a ajudá-la.

2. As crenças

Observamos que os profissionais de saúde têm falsas crenças a respeito do comportamento suicida. As duas mais comuns são:

“Se eu perguntar sobre ideias de suicídio, não estarei induzindo um suicídio?”;

“E se a pessoa me responder que sim, que ela pensa em se matar, eu vou ter que carregar essa responsabilidade?”.

É necessário desmistificar que não se pode abordar a questão diretamente, pois se trata de uma concepção equivocada frequente

Tabela 3 - Fatores protetores para o comportamento suicida

Fatores protetores
Ausência de transtorno mental
Gravidez
Senso de responsabilidade para com a família
Suporte social positivo
Religiosidade
Estar empregado
Satisfação elevada com a vida
Presença de criança na família
Capacidade de resolução de problema positiva
Capacidade de adaptação positiva
Teste de realidade intacto
Relação terapêutica positiva

mesmo entre profissionais. Ao invés disso, é importante considerar que os pacientes com pensamentos suicidas, na maioria dos casos, sentem-se aliviados e acolhidos por terem tido a oportunidade de expor seus pensamentos e sentimentos relacionados ao suicídio.

Esses receios bloqueiam a capacidade de avaliação clínica, e o primeiro passo para a prevenção do suicídio - a própria existência de risco de suicídio - não é aventado. Influenciado por atitudes negativas e por crenças errôneas, o profissional encontrará dificuldade para compreender empaticamente o paciente, para avaliar bem o risco de suicídio e, caso este se encontre presente, iniciar ações terapêuticas. Entre profissional e paciente, em vez de empatia, surgirá uma dissonância afetiva que dificultará a tarefa clínica.

3. A abordagem inicial do paciente

Deve-se abordar o paciente de uma maneira calma, não julgadora e empática. O assunto deve ser abordado com tato, porém com clareza, como, por exemplo, perguntar, no contexto da entrevista clínica, progressivamente, conforme as respostas sejam positivas:

- Tem pensado em morte ultimamente/mais do que de costume?
- Tem pensado em morrer?
- Tem pensado em acabar com a vida?
- Tem feito planos para isso?
- Pode falar mais sobre isso?

1) Quando perguntar?

Depois de se estabelecer um bom relacionamento com o paciente.

- Quando o paciente sentir-se confortável para expressar seus sentimentos.
- Quando o paciente estiver no processo de expressão de sentimentos negativos.

2) Questões adicionais

O processo não termina com a confirmação das ideias suicidas. Ele continua com questões adicionais para avaliar a frequência e a gravidade da ideação suicida, bem como a possibilidade real de suicídio. É importante saber se o paciente tem algum plano e se tem os meios de cometer o suicídio; se o meio proposto é facilmente acessível, o risco de suicídio é maior. Finalmente, é fundamental que as questões não sejam coercitivas, mas sim que sejam feitas de maneira suave, na tentativa de se criar a empatia entre o médico e o paciente¹⁶.

Quanto maior a magnitude e a persistência dos pensamentos suicidas, maior o risco de eventual suicídio. Para determinar a natureza e a letalidade potencial dos pensamentos suicidas, é necessário averiguar a intensidade, a frequência, a profundidade, a duração e a persistência dos pensamentos suicidas. Após a avaliação de risco, o profissional deve oferecer ajuda, avaliar os sistemas de suporte disponíveis no serviço médico, e providenciar uma rede de apoio e apoio psicossocial.

O profissional de saúde no serviço de emergência deve estar preparado para se deparar com as características que o paciente suicida normalmente apresenta, quais sejam, pensamentos com conteúdo permeado por desesperança, desespero e desamparo. A desesperança, seja na presença ou na ausência de um transtorno

depressivo, aumenta o risco de suicídio. Na avaliação do risco de suicídio, a presença, a persistência e o grau da desesperança devem ser avaliados.

Basear-se tão somente na intuição, após breve entrevista sem informações detalhadas, é temerário. Um dos melhores indicadores para avaliação do risco de autodestruição será a consciência do avaliador de sua própria ansiedade diante do paciente. A incapacidade de experimentar ansiedade nessas ocasiões, decorrente de um contato empático pobre, apressado, ou de defesas excessivamente fortes, impedem a avaliação clínica e o trabalho terapêutico.

Alguns pacientes escondem deliberadamente a intenção suicida. Em várias situações, um clínico experiente já teve razões para não se fiar nas respostas negativas de um paciente que negava ideias de se matar. A dramática condição de vida, um transtorno psiquiátrico, ou o estado mental do paciente sugeriam o contrário do que ele afirmava. Provavelmente, o paciente estava negando suas reais intenções a fim de ser prontamente liberado, mas o clínico não acreditou em uma aparente calma e negativa de ideação suicida. Deve-se desconfiar das falsas “melhoras”, especialmente quando situações de crise continuam sem solução ou foram temporariamente apaziguadas pela internação hospitalar. Há, também, os quadros clínicos instáveis, notadamente os de *delirium* e de depressão ansiosa, lançando ao suicídio o paciente que em vários momentos parecia tranquilo. Em um ambiente de pronto-socorro, onde o médico clínico ou psiquiatra geralmente atende o paciente suicida pela primeira vez, a informação objetiva de acompanhantes é de grande importância, desde os relatos de policiais ou dos profissionais de serviços de resgate de ambulâncias, colegas ou amigos e, principalmente, de cônjuges e familiares que porventura estejam presentes no momento da avaliação. Um cuidado especial deve ser tomado nos casos de acompanhantes que tenham relacionamentos claramente conflituosos com o paciente suicida. Nestes casos, é recomendável procurar algum outro informante que seja considerado confiável pelo próprio paciente, para se ter uma ideia mais clara da situação psicossocial do paciente.

4. O “contrato de não-suicídio”

Estabelecer um “contrato de não-suicídio” é uma técnica útil na prevenção do suicídio. Esta técnica pode ser usada em um contexto de emergência, mas com muita cautela, pois o sucesso do “contrato de não-suicídio” baseia-se, principalmente, na relação terapêutica positiva estabelecida entre o médico e o paciente. Em um ambiente de emergência, esta relação pode estar prejudicada e comprometer a capacidade do clínico julgar o real risco do paciente cometer suicídio. A negociação deve promover a discussão de vários aspectos relevantes para que o paciente não cometa suicídio. Na maioria das vezes, o paciente respeita a promessa que faz ao médico, mas só o contrato não é uma medida efetiva, são necessárias todas as outras medidas de apoio. O estabelecimento de um contrato só é válido quando os pacientes têm controle sobre suas ações, ou seja, quando não apresentam transtorno mental que prejudique seu julgamento¹⁷.

Tabela 4 - Escala de avaliação de risco de suicídio e sugestão de conduta para profissionais de saúde sugerida pela OMS

Risco de suicídio	Sinal/Sintoma	Investigação	Conduta
0	Nenhuma perturbação nem desconforto.	-	-
1	Leve perturbação emocional.	Indague sobre ideação suicida.	Ouçã com empatia.
2	Idéias vagas de morte.	Indague sobre ideação suicida.	Ouçã com empatia.
3	Idéias vagas de suicídio.	Investigue intenção (plano e método).	Investigue as possibilidades de apoio.
4	Idéias de suicídio, sem transtorno mental.	Investigue intenção (plano e método).	Investigue as possibilidades de apoio.
5	Idéias de suicídio, com transtorno mental ou estressor social grave.	Investigue intenção (plano e método). Estabeleça um contrato.	Encaminhe para cuidados psiquiátricos.
6	Idéias de suicídio, com transtorno mental ou estressor social grave ou agitação e tentativa prévia.	Não deixe o paciente sozinho (para impedir o acesso a meios de suicídio).	Hospitalize.

O uso de escalas

Embora várias escalas e estratégias tenham sido propostas para esse fim, infelizmente nenhuma delas demonstrou eficiência plena para a detecção de risco de suicídio¹⁸. Entretanto, dada a alta prevalência de ideação suicida em pacientes internados em emergências clínicas e enfermarias não psiquiátricas e a baixa detecção destes quadros¹⁹, é de grande importância que uma avaliação sumária de ideias e suicídio e fatores de risco para suicídio seja feita em todos os pacientes²⁰. Numa tentativa de orientar, principalmente o pessoal clínico sem formação psiquiátrica (médicos e pessoal de enfermagem), a OMS publicou uma série de documentos sobre a prevenção do suicídio, sendo um deles destinado a clínicos gerais¹⁶ e outro ao pessoal de cuidados primários de saúde¹⁷. Nesses documentos propõe-se um esquema simples de avaliação do risco de suicídio a partir de sinais e sintomas de fácil identificação por não especialistas, descritos na Tabela 4.

Nas diretrizes práticas para a avaliação e tratamento de pacientes com comportamento suicida publicadas pela Associação Psiquiátrica Americana²¹, algumas diretrizes de encaminhamento dos pacientes com comportamentos suicidas foram formuladas por um comitê de especialistas no assunto, que levaram em consideração os fatores de risco, condições sociofamiliares, história pessoal, entre outros, visando indicar a terapêutica aplicável frente à condição clínica do paciente suicida, descritos na Tabela 5.

Manejo do paciente

Impedir que o paciente venha a se matar, em que pesem considerações de diferentes escolas terapêuticas, éticas ou filosóficas, é a regra preliminar e fundamental. De parte do profissional que assiste o paciente, há uma linha divisória tênue entre preservar a intimidade do indivíduo, quando o risco de suicídio é baixo, e sua responsabilidade em salvar-lhe a vida quando da iminência do ato suicida. Quando houver risco iminente de suicídio, recomenda-se a internação psiquiátrica, ainda que involuntária.

Na maioria dos casos, uma transferência para uma enfermaria ou instituição psiquiátrica é inviável. Mesmo nas emergências psiquiátricas, muitas vezes a estrutura física e o preparo das

equipes médicas e paramédicas estão longe das condições ideais, como por exemplo, a existência de enfermarias que misturam pacientes suicidas e pacientes clínicos. Como transformar uma enfermaria clínica ou cirúrgica em um ambiente seguro para um paciente potencialmente suicida? É importante assinalar o risco de suicídio no prontuário e na papeleta da enfermagem, bem como o tratamento implementado; mas, mais do que isso, é imprescindível trocar ideia com a equipe assistencial a respeito do risco e das medidas a serem adotadas.

Algumas precauções devem ser tomadas, como a remoção de objetos perigosos que estejam a seu alcance (perfuro-cortantes – como talheres –, ou que possam ser transformados numa corda – como cintos, isqueiros, ale de medicamentos guardados entre seus pertences), colocá-lo em leito de fácil observação, se possível em andar térreo ou em local com janelas trancadas ou com grade e com acesso ao banheiro sempre supervisionado. Autorizar que um acompanhante sempre esteja presente pode ser uma alternativa a ser adotada.

Pacientes em *delirium* com turvação da consciência e agitação devem ser sedados, e a contenção física deve ser criteriosamente usada. Quando da realização de exames ou de procedimentos fora da enfermaria, esses pacientes devem ser transportados sedados e com contenção física, contando-se com a possibilidade de agitação psicomotora e de atos suicidas impulsivos. O plano de tratamento deve ser flexível, passando por revisões periódicas. A disponibilidade e a capacitação da equipe assistencial são tão importantes quanto as mudanças ambientais implementadas para evitar o suicídio. Discussões regulares facilitam a capacitação da equipe para lidar com esses casos.

Algumas tentativas de suicídio em hospital geral são impulsivas, ocorrendo em pessoas que não apresentavam sintomas psicóticos ou turvação da consciência, não se encontravam deprimidas, nem expressaram ideias suicidas. Certos pacientes que decidem se matar podem, deliberadamente, esconder isso da equipe assistencial. Tendo tomado essa decisão, deixam de apresentar o mesmo desespero, parecem calmos, transmitindo falsa impressão de melhora. O afastamento de uma situação estressante, propiciado

Tabela 5 - Diretrizes gerais para indicar o tratamento em pacientes com risco de suicídio ou comportamento suicida

Indicação geral de hospitalização, depois de uma tentativa de suicídio
<p>Paciente psicótico</p> <p>Tentativa violenta, quase letal, ou premeditada.</p> <p>Precauções foram tomadas para dificultar o resgate ou descobrimento</p> <p>Persistência do plano ou a clara presença de intenção</p> <p>Paciente com remorso por estar vivo ou sem remorso por ter tentado o suicídio</p> <p>Paciente do sexo masculino, + 45 anos, com doença psiquiátrica de início recente, com pensamentos suicidas</p> <p>Paciente com limitação do convívio familiar, suporte social precário, incluindo perda da condição socioeconômica</p> <p>Comportamento impulsivo persistente, agitação grave, pouca crítica, ou recusa evidente de ajuda</p> <p>Paciente com mudança do estado mental devido a alteração metabólica, tóxica, infecciosa ou outra etiologia que necessita a pesquisa da causa clínica.</p> <p><i>Na presença de ideação suicida com:</i></p> <p>Plano específico de alta letalidade</p> <p>Alta intencionalidade suicida</p>
Indicação de hospitalização, às vezes necessária, depois de uma tentativa de suicídio, exceto as circunstâncias acima indicadas
<p><i>Na presença de ideação suicida:</i></p> <p>Quadro psicótico</p> <p>Transtorno psiquiátrico grave</p> <p>Tentativas anteriores de suicídio, particularmente com sérias repercussões clínicas.</p> <p>Problemas clínicos pré-existentes (transtorno neurológico, câncer, infecção, etc.)</p> <p>Falta de crítica ou incapacidade para colaborar com a estrutura hospitalar, ou impossibilidade de acompanhar um tratamento ambulatorial</p> <p>Necessidade de ajuda de uma equipe para medicar ou realizar eletroconvulsoterapia</p> <p>Necessidade de observação constante, testes clínicos ou rastreamentos diagnósticos que necessitam de estrutura hospitalar</p> <p>Suporte familiar e social limitado, incluindo condição social precária</p> <p>Falta de uma boa relação médico-paciente que impossibilita o acompanhamento ambulatorial</p> <p><i>Na ausência da tentativa de suicídio ou do relato da ideação suicida:</i></p> <p>Planejamento e intenção de suicídio evidente pela evolução psiquiátrica do quadro e ou histórias prévias que sugerem alto risco de suicídio, e um aumento recente dos fatores de risco para suicídio</p>
Alta do serviço de emergência para ambulatório
<p><i>Depois de uma tentativa de suicídio ou a presença de ideação suicida</i></p> <p>O evento envolvendo o suicídio foi uma reação a eventos precipitantes (exemplo: fracasso em uma prova, dificuldades em relacionamentos), particularmente se a visão do paciente frente a sua dificuldade houver mudado após sua vinda ao serviço de emergência.</p> <p>Plano, método e intenção com baixa letalidade</p> <p>Paciente com suportes familiar e psicossocial estáveis</p> <p>Paciente é capaz de colaborar com recomendações para o acompanhamento ambulatorial, mantendo contato com seu médico, apresentando condições para um tratamento contínuo ambulatorial</p>
Tratamento ambulatorial
<p>Paciente com uma ideação suicida crônica e /ou autolesão sem repercussão clínica grave, apresentando suportes familiar e psicossocial estáveis, ou acompanhamento psiquiátrico ambulatorial já em andamento.</p>

pela internação, também pode dar a impressão de melhora e conduzir, imprudentemente, à alta precoce²².

A atenção deveria ser dobrada em alguns períodos, tais como na troca de turnos da enfermagem, na licença hospitalar (quando ocorre de um terço à metade dos suicídios entre pacientes internados), na primeira semana após a internação e no primeiro mês após a alta hospitalar. Mesmo com todo o cuidado dispensado, alguns pacientes se suicidam enquanto estão sob cuidados médicos. Tal fato causa um impacto muito grande nos outros pacientes, entre os familiares e na equipe assistencial, ocasionando sentimentos de culpa, raiva e ansiedade. Reuniões com esses grupos de pessoas são importantes para que o ocorrido possa ser discutido e elaborado.

Em síntese, podemos dizer que os elementos básicos do atendimento de uma pessoa em crise suicida são²³:

- ouvir. Em geral, precisa-se ouvir muito, pois o paciente necessita falar sobre seus pensamentos e sentimentos. Há situações, no entanto, em que o profissional precisa ser mais ativo, incentivando o diálogo em busca de soluções, ou tomar ele próprio decisões emergenciais de proteção à vida;
- aceitação dos próprios sentimentos, incluindo-se tolerância à ambivalência (que é a coexistência, bastante perturbadora, de sentimentos opostos). O profissional deve se aliar à parte do paciente que deseja sobreviver;
- um ponto de apoio, como uma boia a qual a dupla terapeuta/paciente possa tomar fôlego e continuar depois. Às vezes, já ao

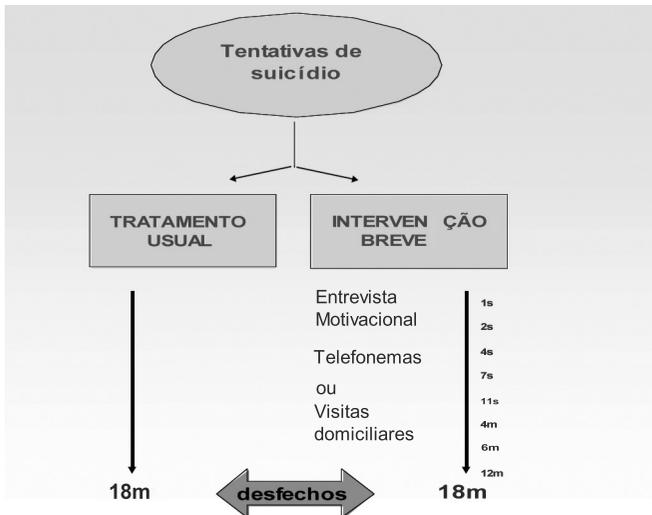


Figura 1 - Fluxograma do SUPRE-MISS com pessoas que foram acompanhadas após tentativas de suicídio.

fim do primeiro contato, é preciso vislumbrar um ponto por onde começar a organizar o caos emocional. Um ponto de esperança, poderíamos também dizer.

Muitas vezes, um correto encaminhamento pode ser o primeiro “ponto” de apoio para se buscar uma organização do caos emocional. O psiquiatra ou outro médico clínico que esteja atendendo um paciente suicida deve ter acesso e um bom contato com serviços de saúde mental que possam fornecer um atendimento rápido e um seguimento terapêutico adequado. Uma eventual dificuldade de se conseguir um atendimento no serviço indicado pelo profissional pode favorecer a desesperança do paciente, facilitando o abandono do tratamento e a perda da oportunidade de diminuir o risco de suicídio.

Um exemplo de manejo sistemático

Com base na experiência internacional e de vários projetos locais, em 2000, a OMS lançou um estudo internacional multicêntrico (SUPRE-MISS) em oito países [África do Sul, Brasil, China, Estônia, Índia, Irã, Ceilão (SriLanka) e Vietnã], em cinco dos quais foi possível efetuar um ensaio clínico controlado para avaliar uma estratégia inovadora de incentivo à busca e à manutenção de tratamento de pessoas que compareceram aos serviços de urgência/pronto-socorros após uma tentativa de suicídio²⁴. Foram comparados dois grupos:

1) uma intervenção psicossocial, incluindo entrevista motivacional e seguimento telefônico regular, segundo o fluxograma apresentado na Figura 1 (no momento da alta hospitalar, pacientes eram encaminhados para um serviço da rede de saúde);

2) tratamento usual (apenas um encaminhamento, por ocasião da alta, para a um serviço da rede de saúde).

Ao final de 18 meses, verificou-se o que aconteceu nos dois grupos.

Os resultados deste estudo complexo e extenso indicaram uma clara redução da mortalidade tanto geral quanto específica por suicídio em todos os locais do estudo²⁵. Já quanto à repetição

de tentativas de suicídio sem óbito, os resultados variaram com o lugar: redução na China, na Índia e no Sri Lanka, e aumento no Irã e no Brasil (embora as repetições tenham sido de muito menor gravidade)²⁶.

No Brasil, Campinas foi escolhida como cidade para a execução do projeto; no total, 2.238 indivíduos participaram do estudo. Na maioria das vezes, o seguimento foi feito por meio de telefonemas periódicos, mas alguns casos exigiram visita domiciliar. Após 18 meses de seguimento, a porcentagem de suicídios no grupo que não recebeu os telefonemas periódicos foi, comparativamente, dez vezes maior²⁶, embora a intervenção não tenha sido capaz de reduzir o número de tentativas de suicídio²⁷.

Conclusão

Devido à diversidade de fatores e de problemas associados à tentativa de suicídio, não existe uma única “receita” para todas as pessoas que apresentam risco de suicídio. O determinismo multifatorial do suicídio impõe-nos, de início, analisar cada fator de risco e proteção com prudência. As correlações estatísticas não nos dão as causas do suicídio, mas elas nos permitem formular hipóteses de certeza variada. Somente estudos prospectivos de avaliação de métodos de prevenção que procurem resposta para essas hipóteses podem permitir o engajamento de uma adequada política de prevenção e abordagem relacionada ao suicídio.

A avaliação sistemática do risco de suicídio em quadros que chegam à emergência médica deve fazer parte da prática clínica rotineira, para que os casos potencialmente fatais possam ser devidamente abordados e encaminhados. Revendo as diversas estratégias preventivas de suicídio, Morgan e Owen defendem que a melhor estratégia para populações de alto risco, como no caso das tentativas prévias de suicídio, é melhorar os serviços de saúde e desenvolver intervenções efetivas para o grupo de pacientes que tentaram suicídio, recebendo um acompanhamento adequado²⁸. Devido à escassez de estudos nacionais para formular um protocolo de abordagem para estes grupos de pacientes, há, conseqüentemente, uma carência no desenvolvimento de algumas estratégias de intervenções específicas para as pessoas que tentaram suicídio e chegaram aos nossos serviços de emergência.

Nem todos os casos de suicídio poderão ser prevenidos, entretanto, a habilidade em lidar com suicídio faz a diferença, pois milhares de vidas poderão ser salvas todos os anos se todas as pessoas que tentaram o suicídio forem adequadamente abordadas e tratadas. Esta perspectiva é de particular importância para a suicidologia, uma vez que a diminuição de morbidade (ideação suicida e tentativa de suicídio) deve certamente levar à diminuição da mortalidade²⁹.

Financiamento e conflito de interesses

Membro do grupo de autores	Local de trabalho	Verba de pesquisa ¹	Outro apoio à pesquisa ou educação médica continuada ²	Honorários de palestrantes	Participação acionária	Consultor/ conselho consultivo	Outro ³
José Manoel Bertolote	UNESP	CNPq** FUNDUNESP**	-	-	-	-	-
Carolina de Mello-Santos	Ipq-FMUSP	-	-	-	-	-	-
Neury José Botega	UNICAMP	FAPESP*	-	-	-	-	-

* Modesto

** Significativa

*** Significativa. Montantes fornecidos à instituição do autor ou a colega onde o autor tem participação, não diretamente ao autor.

Nota: UNESP = Universidade Estadual de São Paulo; Ipq-FMUSP = Instituto de Psiquiatria, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; UNICAMP = Universidade Estadual de Campinas; CNPq = Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico; FUNDUNESP = Fundação para o Desenvolvimento da Universidade Estadual de São Paulo; FAPESP = Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo.

Mais informações consultar as Instruções aos Autores.

Referências

- WHO - World Health Organization. *Primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders*. Geneva: World Health Organization; 1998.
- Bertolote J, Fleischmann A, De Leo D, Wasserman D. Suicide and mental disorders: do we know enough? *Br J Psychiatry*. 2003;183:382-3.
- Bertolote JM, Tarsitani L, Paula-Ramos FL. La comorbilidad de la depresión y otras enfermedades: un antiguo problema sanitario, un nuevo programa de la OMS. *Atopos*. 2003;7:56-60.
- WHO - World Health Organization. *Suicide prevention (SUPRE)* [cited 2010 jun 12]. Available from: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/charts
- Roy A. Suicide: a multi-determined act. *Psychiatr Clin North Am*. 1985;8(2):243-50.
- De Leo D, Bertolote JM, Lester D. Self-directed violence. In: Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, editors. *World report on health and violence*. Geneva: World Health Organization; 2002. p.183-212.
- Bertolote JM, Fleischmann A. A global perspective on the magnitude of suicide mortality. In: Wasserman D, Wasserman C, editors. *Oxford textbook of suicide and suicide prevention*. Oxford: Oxford University Press; 2009. p.91-8.
- WHO - World Health Organization. *Country reports and charts Web page*. [cited 2010 July 25]. http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/country_reports/en/index.html.
- Mello-Santos C, Bertolote JM, Wang YP. Epidemiology of suicide in Brazil (1980-2000): characterization of age and gender rates of suicide. *Rev Bras Psiquiatr*. 2005;27(2):131-4.
- Batty GD, Whitley E, Deary IJ, Gale CR, Tynelius P, Rasmussen F. Psychosis alters association between IQ and future risk of attempted suicide: cohort study of 1,109,475 Swedish men. *BMJ*. 2010;340:c2506.
- Wasserman D, editor. *Suicide, an unnecessary death*. London: Martin Dunitz; 2001.
- Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D, Wasserman D. Psychiatric diagnoses and suicide: revisiting the evidence. *Crisis*. 2004;25(4):147-55.
- Meleiro AMAS, Teng CT, Wang YP. *Suicídio: Estudos fundamentais*. São Paulo: Segmento Farma; 2004.
- Mann JJ, Arango V. Integration of neurobiology and psychopathology in a unified model of suicidal behavior. *J Clin Psychopharmacol*. 1992;12(2 Suppl):2S-7S.
- Rapeli CB, Botega NJ. Clinical profiles of serious suicide attempters consecutively admitted to a university-based hospital: a cluster analysis study. *Rev Bras Psiquiatr*. 2005;27(4):285-9.
- WHO - World Health Organization. *Preventing Suicide: a resource for general physicians*. Geneva: World Health Organization; 2000.
- WHO - World Health Organization. *Preventing Suicide: a resource for primary health care workers*. Geneva: World Health Organization; 2000.
- Weinberg I, Ronningstam E, Goldblatt MJ, Schechter M, Wheelis J, Maltsberger JT. Strategies in treatment of suicidality: identification of common and treatment-specific interventions in empirically supported treatment manuals. *J Clin Psychiatry*. 2010;71(6):699-706.
- Claassen CA, Larkin GL. Occult suicidality in an emergency department population. *Br J Psychiatry*. 2005;186:352-3.
- Horowitz LM, Ballard ED, Pao M. Suicide screening in schools, primary care and emergency departments. *Curr Opin Pediatr*. 2009;21(5):620-7.
- APA - American Psychiatric Association. Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. *Am J Psychiatry*. 2003;160(11):1-60.
- Morgan HG, Owen JH. *Person at risk of suicide: guidelines on good clinical practice*. London: The Boots Company PLC.; 1990.
- Botega NJ, Silveira IU, Mauro MLF. *Telefonemas na crise: percursos e desafios na prevenção do suicídio*. Rio de Janeiro: ABP; 2010.
- Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D, Bolhari J, Botega N, De Silva D, Tran Thi Thanh H, Phillips M, Schlebusch L, Värnik A, Vijayakumar L, Wasserman D. Suicide attempts, plans, and ideation in culturally diverse sites: the WHO SUPRE-MISS community survey. *Psychol Med*. 2005;35(10):1457-65.
- Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D, Phillips MR, Botega NJ, Vijayakumar L, De Silva D, Schlebusch L, Nguyen VT, Sisask M, Bolhari J, Wasserman. Repetition of suicide attempts: data from five culturally different low- and middle-income country emergency care settings participating in the WHO SUPRE-MISS study. *Crisis*. In press.
- Fleischmann A, Bertolote JM, Wasserman D, De Leo D, Bolhari J, Botega NJ, De Silva D, Phillips M, Vijayakumar L, Värnik A, Schlebusch L, Thanh HT. Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries. *Bull World Health Organ*. 2008;86(9):703-9.
- da Silva Cais CF, Stefanello S, Fabrício Mauro ML, Vaz Scavacini de Freitas G, Botega NJ. Factors associated with repeated suicide attempts. Preliminary results of the WHO Multisite Intervention Study on Suicidal Behavior (SUPRE-MISS) from Campinas, Brazil. *Crisis*. 2009;30(2):73-8.
- Pajonk FG, Gruenberg KAS, Moecke H, Naber D. Suicides and suicide attempts in emergency medicine *Crisis*. 2002;23(2):68-73.
- Fleischmann A, Bertolote JM, Wasserman D. Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries. *Bull World Health Organ*. 2008;86(9):657-736.