

Prevenção do Suicídio

Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental

Ministério da Saúde – Brasil

Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio



Organização Pan-Americana da Saúde



Universidade Estadual de Campinas



Ministério da Saúde

Secretaria de Atenção à Saúde

Departamento de Ações Programáticas Estratégicas

Área Técnica de Saúde Mental

www.saude.gov.br

Esta publicação faz parte das ações da Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio

Universidade Estadual de Campinas (Unicamp)

Faculdade de Ciências Médicas

Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria

Organização Pan-Americana da Saúde (Opas)

Organização: Carlos Felipe D'Oliveira e Neury José Botega

Equipe técnica responsável pela elaboração do texto: Carlos Filinto da Silva Cais e Sabrina Stefanello

Revisão técnica: Carlos Felipe D'Oliveira e Beatriz Montenegro Franco de Souza

Nosso agradecimento ao Dr. José Manoel Bertolote, coordenador da equipe de Gestão dos Transtornos Mentais e Cerebrais do Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias da OMS, por sua colaboração neste trabalho.

Sumário

Comportamento suicida: a dimensão do problema	7
A importância das equipes dos centros de atenção psicossocial na prevenção do suicídio	13
Alguns fatores de risco para o suicídio	15
Suicídio e transtornos mentais	19
Esquizofrenia	21
Depressão	33
Dependência de álcool ou uso nocivo	43
Transtornos de personalidade	47
Aspectos psicológicos no suicídio	51
Como ajudar a pessoa sob risco de suicídio?	55
Como abordar o paciente	57
Pessoas sob risco de suicídio	61
Como lidar com o paciente	63
Encaminhando o paciente com risco de suicídio	69
Referências	73

Apresentação



No ano em que a Organização Mundial da Saúde escolhe como tema do Dia Mundial da Saúde Mental – 10 de outubro – a Prevenção do Suicídio, o Ministério da Saúde, após ter lançado, em agosto deste ano, as *Diretrizes nacionais de prevenção do suicídio*, lança este manual para profissionais das equipes de saúde mental dos serviços de saúde, com especial ênfase às equipes dos Centros de Atenção Psicossociais (Caps). Esta iniciativa é parte da Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio, que visa a reduzir as taxas de suicídios e tentativas e os danos associados com os comportamentos suicidas, assim como o impacto traumático do suicídio na família, entre amigos e companheiros (as), nos locais de trabalho, nas escolas e em outras instituições.

Como um sério problema de saúde pública, a prevenção do comportamento suicida não é uma tarefa fácil. Uma estratégia nacional de prevenção, como a que se organiza no Brasil a partir de 2006, envolve uma série de atividades, em diferentes níveis, e uma delas é a qualificação permanente das equipes de saúde, uma das diretrizes desta proposta. Uma vez que várias doenças mentais se associam ao suicídio, a detecção precoce e o tratamento apropriado dessas condições são importantes na sua prevenção.

Nesse sentido, este manual é um recurso a mais, dentre vários que estão sendo preparados, resultante de uma cooperação entre o Ministério da Saúde, a Organização Pan-Americana da Saúde e o Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. Sua principal finalidade é a transmissão de informações básicas que possam orientar a detecção precoce de certas condições mentais associadas ao comportamento suicida, bem como o manejo inicial de pessoas que se encontrem sob risco suicida e medidas de prevenção.

José Gomes Temporão
Secretaria de Atenção à Saúde

Outubro de 2006

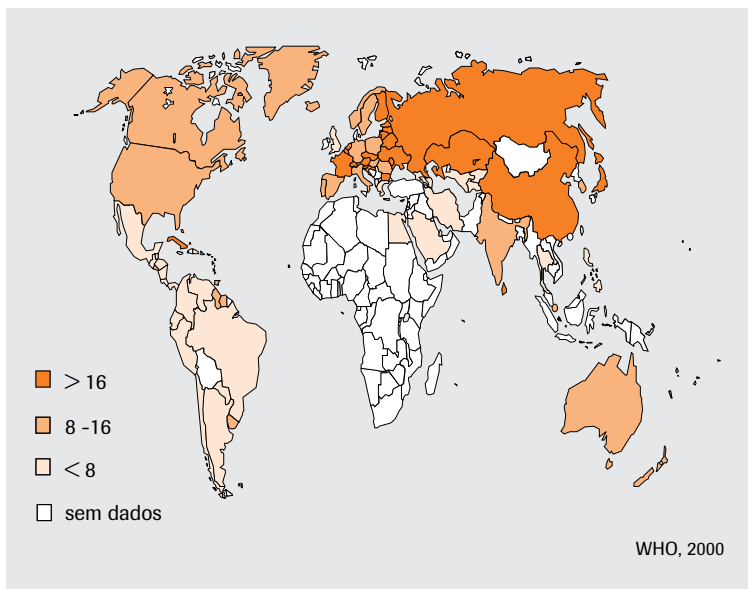
Comportamento suicida: a dimensão do problema



O comportamento suicida vem ganhando impulso em termos numéricos e, principalmente, de impacto, como podemos ver pelos dados da Organização Mundial da Saúde (OMS):

- O número de mortes por suicídio, em termos globais, para o ano de 2003 girou em torno de 900 mil pessoas.
- Na faixa etária entre 15 e 35 anos, o suicídio está entre as três maiores causas de morte.
- Nos últimos 45 anos, a mortalidade global por suicídio vem migrando em participação percentual do grupo dos mais idosos para o de indivíduos mais jovens (15 a 45 anos).
- Em indivíduos entre 15 e 44 anos, o suicídio é a sexta causa de incapacitação.
- Para cada suicídio há, em média, 5 ou 6 pessoas próximas ao falecido que sofrem conseqüências emocionais, sociais e econômicas.
- 1,4% do ônus global ocasionado por doenças no ano 2002 foi devido a tentativas de suicídio, e estima-se que chegará a 2,4% em 2020.

A figura abaixo mostra diversos países e as faixas de mortalidade de suicídio em que se encontram.



Fonte: WERLANG, B.G.; BOTEGA, N. J. *Comportamento suicida*. Porto Alegre: Artmed Editora, 2004

- O Brasil encontra-se no grupo de países com taxas baixas de suicídio.
- Essas taxas variaram de 3,9 a 4,5 para cada 100 mil habitantes a cada ano, entre os anos de 1994 e 2004 (Fonte: MS/SVS, 2006).
- No entanto, como se trata de um país populoso, está entre os dez países com maiores números absolutos de suicídio (7.987 em 2004).

A evolução das taxas de suicídio no Brasil tem variado conforme o sexo, como podemos observar a seguir:

Tabela 1 – Taxa de mortalidade por suicídio, por sexo, entre 1994-2004

Ano	Masculina	Feminina	Total
1994	6.1	1.7	3.9
1995	6.7	1.8	4.2
1996	6.9	1.8	4.3
1997	7.0	1.8	4.3
1998	6.9	1.8	4.3
1999	6.6	1.5	4.0
2000	6.5	1.6	4.0
2001	7.3	1.8	4.5
2002	7.0	1.9	4.4
2003	7.2	1.8	4.4
2004	7.1	1.9	4.5

Fonte: Ministério da Saúde/SVS, 2006

Embora o Brasil apresente uma taxa geral considerada baixa pela OMS, os dados identificados na série de 1994 a 2004 apontam que alguns estados brasileiros já apresentam taxas comparáveis aos países apontados como de frequência de média a elevada. Além disso, seguem a mesma tendência de ascensão e apresentam um coeficiente agregado para os sexos masculino e feminino de 3,7:1 (dados de 2004), semelhante à média para inúmeros países. Embora a mortalidade no sexo masculino seja mais elevada, o aumento proporcional das taxas, no período, foi de 16,4% para os homens e de 24,7% nas mulheres.

Na tabela seguinte observamos as taxas de suicídio, por faixas etárias, para os estados brasileiros no ano de 2004. Os dados evidenciam que para determinadas faixas etárias e regiões do país as taxas de suicídio já podem ser consideradas moderadas e elevadas segundo os critérios da OMS.

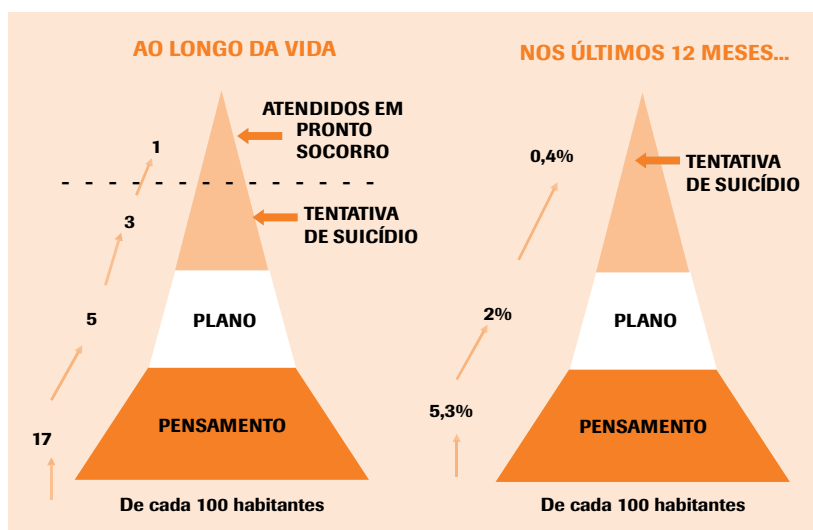
Tabela 2 – Taxas de suicídio, por faixa etária, para estados brasileiros no ano de 2004

	10 a 14	15 - 19	20 - 29	30 - 39	40 - 49	50 - 59	60 - 69	70- 79	80 e+	Total
BRASIL	0,56	3,38	6,14	6,41	7,18	7,55	7,00	8,14	7,84	4,46
Norte	0,76	3,91	6,13	4,07	4,42	5,30	4,44	7,69	4,31	3,17
Rondônia	0,58	3,56	7,29	3,62	6,17	9,70	12,32	18,72	0,00	4,19
Acre	0,00	4,07	13,47	5,28	0,00	0,00	16,07	9,60	0,00	4,23
Amazonas	2,14	3,53	6,39	4,30	4,25	2,77	3,40	11,22	0,00	3,16
Roraima	0,00	11,73	16,37	13,69	9,01	5,84	0,00	0,00	0,00	7,34
Pará	0,49	3,02	3,62	2,44	3,86	3,03	0,45	4,54	6,12	2,03
Amapá	0,00	12,02	12,32	9,62	6,75	12,73	22,44	16,66	0,00	6,87
Tocantins	0,00	4,11	7,97	6,54	5,18	16,22	8,29	4,10	9,72	4,71
Nordeste	0,41	2,75	4,64	5,53	6,01	5,60	5,14	5,10	5,46	3,30
Maranhão	0,52	1,61	2,90	2,57	2,15	4,62	2,90	1,61	0,00	1,67
Piauí	0,55	7,81	8,15	7,18	9,57	9,22	5,93	5,21	12,02	5,39
Ceará	0,44	5,29	9,15	10,62	9,74	7,96	8,76	9,59	3,02	5,80
R. G. do Norte	0,30	2,46	4,55	6,11	9,62	7,99	5,33	4,55	6,98	3,93
Paraíba	0,50	0,25	2,99	5,25	3,85	4,33	2,76	6,74	13,53	2,57
Pernambuco	0,45	3,28	4,35	5,13	7,13	5,15	5,81	6,03	8,75	3,54
Alagoas	0,58	2,62	5,20	5,18	4,41	6,55	5,96	4,73	6,37	3,19
Sergipe	1,38	1,83	5,50	10,10	7,25	5,94	4,03	7,04	4,57	4,20
Bahia	0,13	1,34	2,55	2,90	3,92	3,69	3,85	2,06	2,32	1,90
Sudeste	0,35	2,49	5,35	5,49	5,81	6,63	5,40	6,58	5,12	3,89
Minas Gerais	0,59	3,32	7,37	7,81	7,21	8,11	5,49	5,80	2,38	4,82
Espírito Santo	0,59	3,40	5,04	7,04	8,06	8,72	6,58	9,84	3,12	4,58
Rio de Janeiro	0,24	1,53	2,87	3,31	3,74	4,32	4,47	5,46	4,62	2,56
São Paulo	0,25	2,33	5,34	5,12	5,83	6,78	5,69	7,24	6,95	3,89
Sul	0,84	5,56	9,94	10,78	12,96	13,51	13,42	16,84	21,46	8,16
Paraná	0,92	5,43	10,50	10,09	10,08	9,05	8,47	11,01	10,16	6,75
Santa Catarina	0,00	3,52	8,57	10,33	14,24	11,77	16,22	12,11	18,29	7,42
R. G. do Sul	1,26	6,85	10,14	11,70	14,74	17,93	16,17	23,02	30,20	9,88
Centro-Oeste	1,58	6,31	9,00	7,88	9,39	8,50	12,62	12,92	12,61	6,25
M. Grosso do Sul	6,10	10,83	14,11	9,75	10,49	9,80	15,42	12,36	15,36	8,73
Mato Grosso	0,34	5,46	8,98	7,07	9,35	11,33	11,48	12,03	26,09	5,89
Goiás	0,74	5,87	8,32	8,48	9,84	8,61	11,26	14,59	9,83	6,16
Distrito Federal	0,48	4,08	6,31	5,70	7,27	3,51	14,62	9,24	0,00	4,43

Fonte: Ministério da Saúde/SVS, 2006

Os registros oficiais sobre tentativas de suicídio são mais escassos e menos confiáveis do que os de suicídio. Estima-se que o número de tentativas de suicídio supere o número de suicídios em pelo menos dez vezes.

Os dados apresentados na figura a seguir referem-se a uma pesquisa multinacional da Organização Mundial da Saúde e foram colhidos na área urbana de Campinas-SP.



Fonte: BOTEGA, N. J.; BARROS, M. A. B.; OLIVEIRA, H. B.; DALGALARRONDO, P.; MARIN-LEÓN, L. Comportamento suicida na comunidade: fatores associados à ideação suicida. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(1), p. 2-5, 2005

A importância das equipes dos centros de atenção psicossocial na prevenção do suicídio



Os estudos têm demonstrado que indivíduos que padecem de esquizofrenia, transtorno esquizoafetivo ou transtorno afetivo bipolar possuem maior risco para suicídio. As equipes dos Caps são responsáveis pelo cuidado de pessoas que, em grande proporção, padecem de alguns desses transtornos. Essas equipes lidam constantemente com indivíduos em situação de crise, quando o risco de suicídio se encontra agudizado. Também por estarem em contato próximo e duradouro com os pacientes, seus familiares e sua comunidade, estão em posição privilegiada para avaliação da “rede de proteção social” dos pacientes em risco de suicídio e a criação de estratégias de reforço dessa rede.

Alguns fatores de risco para o suicídio



- transtornos mentais;
- sociodemográficos;
- psicológicos;
- condições clínicas incapacitantes.

Transtornos mentais

(em participação decrescente nos casos de suicídio)

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

Sociodemográficos

- sexo masculino;
- faixas etárias entre 15 e 35 anos e acima de 75 anos;
- estratos econômicos extremos;
- residentes em áreas urbanas;
- desempregados (principalmente perda recente do emprego);
- aposentados;
- isolamento social;
- solteiros ou separados;
- migrantes.

Psicológicos

- perdas recentes;
- perdas de figuras parentais na infância;
- dinâmica familiar conturbada;
- datas importantes;
- reações de aniversário;
- personalidade com traços significativos de impulsividade, agressividade, humor lábil;

Condições clínicas incapacitantes

- doenças orgânicas incapacitantes;
- dor crônica;
- lesões desfigurantes perenes;
- epilepsia;
- trauma medular;
- neoplasias malignas;
- Aids.

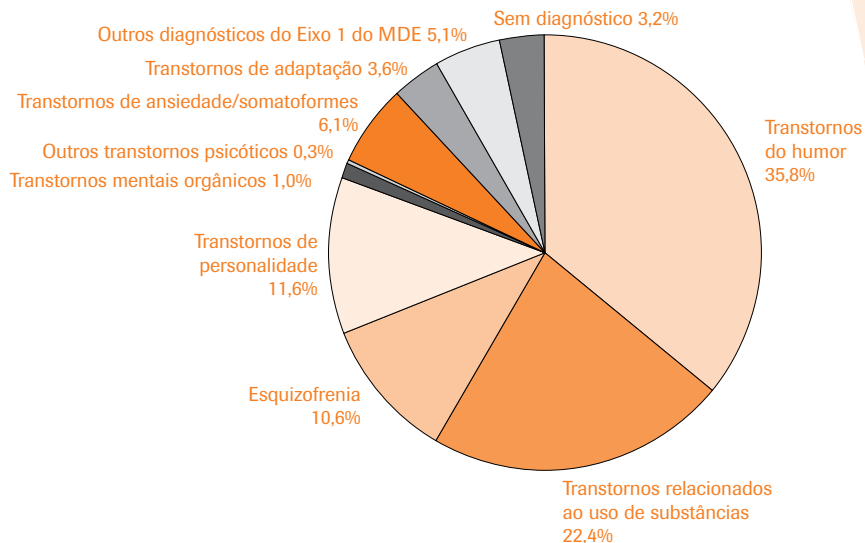
Atenção! Os principais fatores de risco para o suicídio são:

- história de tentativa de suicídio;
- transtorno mental.

Suicídio e transtornos mentais



Estudos em diferentes regiões do mundo têm demonstrado que, na quase totalidade dos suicídios, os indivíduos estavam padecendo de um transtorno mental. A figura abaixo resulta da compilação de 15.629 casos de suicídio realizada pela OMS.



Fonte: BERTOLOTE, J. M.; FLEISCHMANN, A. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. *World Psychiatry* 1 (3), p. 181-185, 2002

Neste livreto enfocaremos os principais transtornos mentais (a seguir) associados ao risco de suicídio, pois com seu diagnóstico e tratamento adequados atuamos na prevenção do comportamento suicida.

Esquizofrenia



A prevalência da esquizofrenia situa-se ao redor de 1% da população em termos tanto globais quanto brasileiros.

Aproximadamente 10% dos indivíduos que possuem esquizofrenia falecem por suicídio.

A maneira mais eficiente de se reduzir o risco de suicídio nessas pessoas (assim como em outros transtornos mentais) é o tratamento correto do transtorno de base. Por isso, a seguir, apresentaremos informações que facilitam o manejo clínico.

Diagnóstico

- delírios;
- alucinações;
- discurso desorganizado;
- comportamento desorganizado;
- sintomas negativos (embotamento afetivo, diminuição da vontade, alergia, hipoedonia);
- perda de capacidade laboral/acadêmica/social.

Definições

Delírios: uma falsa crença baseada em uma inferência incorreta acerca da realidade externa, firmemente mantida, apesar do que todas as outras pessoas acreditam e apesar de provas ou evidências incontestes em contrário. Esta crença não é compreensível por uma diferença de concepção religiosa ou cultural.

Alucinações: uma percepção sensorial que apresenta a sensação de realidade de uma verdadeira percepção, mas que ocorre sem estimulação externa do órgão sensorial em questão.

Esquizofrenia refratária: paciente com diagnóstico de esquizofrenia que fez uso em dose e por tempo corretos de pelo menos três diferentes antipsicóticos, sendo pelo menos um deles um atípico, sem resposta clínica significativa.

Dicas gerais de manejo

- A) Tratamento multidisciplinar – o tratamento farmacológico é fundamental na esquizofrenia, mas de maneira nenhuma dispensa outros tratamentos concomitantes, como a terapia ocupacional ou a psicoterapia.
- B) Momentos de maior risco de suicídio para o paciente que padece de esquizofrenia:
 1. No período intercrise, quando percebe e não elabora toda a limitação e o prejuízo que a doença acarretou à sua vida.
 2. Durante a crise, quando, por exemplo, segue vozes de comando que mandam se matar.
 3. No período logo após a alta de uma internação psiquiátrica.

- C) Apesar do maior acesso a recursos terapêuticos, o prognóstico dos indivíduos que padecem de esquizofrenia não é melhor nos países desenvolvidos. A maioria dos autores atribui tal fato à maior exigência social que recai sobre os indivíduos residentes nesses países. Concluímos, então, que exigências excessivas sobre os pacientes com esquizofrenia não são desejáveis. Sabemos também que pacientes cronicamente pouco estimulados (como os institucionalizados) apresentam maiores perdas cognitivo-emocionais ao longo do tempo.
- D) Quando um paciente não responde satisfatoriamente a um antipsicótico, o primeiro questionamento que devemos fazer é se o paciente está realmente tomando a medicação regularmente.
- E) O histórico de reações e respostas aos antipsicóticos no passado é uma importante fonte para a escolha do fármaco atual.
- F) Medicações de depósito podem ser usadas quando a questão da adesão é um fator muito limitante ao tratamento, desde que o paciente já tenha usado tal fármaco e reações adversas importantes não tenham aparecido. É contra-indicado portanto o uso de medicações de depósito em situações de emergência.
- G) Estudos em esquizofrenia refratária têm mostrado ganhos significativos de qualidade de vida quando clozapina é introduzida para tais pacientes.
- H) A introdução dos antipsicóticos atípicos trouxe, basicamente, ganhos no tratamento dos sintomas negativos da esquizofrenia e um perfil de efeitos colaterais mais tolerável para a ampla maioria dos pacientes. Também houve um significativo incremento do custo do tratamento farmacológico da esquizofrenia.

O clínico, na escolha de um antipsicótico, deve levar em conta ao menos quatro aspectos centrais:

1. Eficácia do fármaco nos sintomas positivos da esquizofrenia.
2. Eficácia do fármaco nos sintomas negativos da esquizofrenia.
3. Fármaco com perfil de efeitos colaterais mais adequado ao indivíduo em questão.
4. Custo do antipsicótico.

Alguns clínicos, equivocadamente, podem pensar que o custo monetário do tratamento recomendado pouco lhes diz respeito, devendo ficar a cargo do Estado no serviço público e do próprio paciente na clínica privada, esquecendo-se que ele, clínico, tem informações exclusivas e às vezes fundamentais para o balanço entre custo e benefício do tratamento. Duas situações extremas devem ser evitadas:

- manter o paciente com antipsicótico cujo perfil de efeitos colaterais lhe restringe a qualidade de vida apenas porque este é mais barato;
- introduzir um antipsicótico com preço muito superior aos mais antigos, com um ganho bem discreto ou até discutível para o paciente, sendo às vezes o mesmo volume de recursos suficiente para o sustento completo, em termos de moradia, alimentação, educação, saúde física para vários pacientes que padecem do mesmo transtorno.

Na tabela a seguir apresenta-se a evolução dos gastos em alguns setores da saúde mental, incluindo-se os valores despendidos com a farmácia de alto custo, no período de 1997-2001.

Evolução dos gastos em saúde mental em milhões de reais

	1997	1998	1999	2000	2001
Hospitais psiquiátricos	365,6	407,2	445,6	449,1	463,4
Leitos psiquiátricos no Hospital Geral	14	14,8	16,3	14,2	15,9
Caps	13,7	18,1	20,7	30,1	33,4
Farmácia de alto custo	*	*	3,6	19,2	22,9

Fonte: Ministério da Saúde

Diferenças principais entre antipsicóticos atípicos e típicos ou clássicos

Os antipsicóticos atípicos diferenciam-se dos típicos ou clássicos por possuírem um perfil diferente e mais tolerável de efeitos colaterais e pela melhor eficácia nos sintomas negativos da esquizofrenia. No nível bioquímico, os antipsicóticos clássicos funcionam, basicamente, bloqueando receptores de dopamina tipo 2. Já os atípicos bloqueiam, simultaneamente, outros tipos de receptores dopamínicos além do D2 e, de maneira geral, agem também em outros receptores, como os serotoninérgicos.

Antipsicóticos típicos

Haloperidol

Em relação ao uso concomitante de anticolinérgicos, como o biperideno, desde o início do tratamento com haloperidol, há dois pontos principais antagonísticos:

- a) A adesão ao tratamento será facilitada, pois diminuem-se os sintomas parkinsonianos causados pelo haloperidol.
- b) Somam-se ao conjunto de efeitos colaterais os efeitos anticolinérgicos.

A maioria dos autores aprova o uso de anticolinérgicos desde o início do tratamento, por considerar que a melhor adesão e a diminuição dos sintomas parkinsonianos suplantam o aumento de efeitos colaterais anticolinérgicos, desde que as doses de haloperidol que o indivíduo esteja usando não sejam baixas como 2 mg/dia a 3 mg/dia.

Possíveis efeitos adversos (não estão listados todos os possíveis):

1. parkinsonismo;
2. efeitos extrapiramidais em geral;
3. distonia aguda;
4. discinesia tardia;
5. sedação;
6. síndrome neuroléptica maligna;
7. acatisia;
8. acinesia;
9. ganho de peso;
10. hiperprolactinemia (aumento das mamas, galactorréia, alterações menstruais, diminuição da libido).

Clorpromazina

- Os antipsicóticos de baixa potência, como a clorpromazina e a tioridazina, causam, na comparação com o haloperidol, mais efeitos colaterais anticolinérgicos e hipotensão postural e menos parkinsonismo.

Possíveis efeitos adversos (não estão listados todos os possíveis):

1. sedação;
2. acatisia;
3. ganho de peso;

4. hiperprolactinemia (aumento das mamas, galactorréia, alterações menstruais, diminuição da libido);
5. pseudoparkinsonismo;
6. efeitos extrapiramidais em geral;
7. discinesia tardia;
8. síndrome neuroléptica maligna;
9. boca seca;
10. constipação;
11. retenção urinária;
12. tontura;
13. hipotensão postural;
14. reações alérgicas dermatológicas;
15. depósito de pigmentos nos olhos;
16. fotosensibilidade cutânea.

Tioridazina

- Doses muito altas aumentam a chance de ocorrência de pigmentação na retina, uma séria e praticamente irreversível complicação, relativamente rara em doses baixas.

Possíveis efeitos adversos (não estão listados todos os possíveis):

1. sedação;
2. acatisia;
3. ganho de peso;
4. hiperprolactinemia (aumento das mamas, galactorréia, alterações menstruais, diminuição da libido);
5. pseudoparkinsonismo;
6. efeitos extrapiramidais em geral;
7. discinesia tardia;
8. síndrome neuroléptica maligna;
9. boca seca;
10. constipação;
11. retenção urinária;
12. tontura;

13. hipotensão postural;
14. prolongamento do intervalo QT (eletrocardiograma antes de iniciar o tratamento e durante o tratamento);
15. ejaculação retrógrada.

Antipsicóticos atípicos

Risperidona

- Uma das melhores relações custo-benefício.
- A dose terapêutica idealmente deve manter-se entre 2 mg e 7 mg em duas tomadas diárias.
- Em doses superiores a 8 mg/dia, a risperidona age de maneira semelhante a um antipsicótico típico em termos de efeitos extrapiramidais.

Possíveis efeitos adversos (não estão listados todos os possíveis):

1. efeitos extrapiramidais em geral (intensificam-se com doses acima de 8 mg/dia);
2. hipotensão ortostática;
3. agitação;
4. sedação (menos intensa em comparação à clozapina, à olanzapina, à quetiapina);
5. hiperprolactinemia (aumento das mamas, galactorrêia, alterações menstruais, diminuição da libido);
6. acatisia.

Olanzapina

- Menor intensidade de efeitos extrapiramidais em comparação à risperidona e principalmente em relação aos antipsicóticos típicos.
- A dose terapêutica idealmente deve manter-se entre 10 mg/dia e 20 mg/dia, podendo ser tomada em dose única, preferencialmente à noite.

Possíveis efeitos adversos (não estão listados todos os possíveis):

1. ganho de peso;
2. sedação;
3. acatisia;
4. boca seca;
5. constipação;
6. hipotensão ortostática;
7. parkinsonismo (menor que risperidona e principalmente menor que os típicos);
8. elevação em enzimas hepáticas.

Quetiapina

- A dose terapêutica idealmente deve manter-se entre 300 mg/dia e 800 mg/dia, devendo ser tomada em pelo menos duas doses diárias, sendo a maior concentração à noite por causa da sedação.
- Apesar de a associação com catarata não estar comprovada, recomenda-se um exame oftalmológico em lâmpada de fenda a cada seis meses.

Possíveis efeitos adversos (não estão listados todos os possíveis):

1. sedação (maior que risperidona e ziprasidona);
2. tontura;
3. hipotensão ortostática;
4. ganho de peso (menor que olanzapina e clozapina).

Ziprasidona

- É o antipsicótico atípico que causa o menor ganho de peso.
- Necessita ser tomada em pelo menos duas tomadas diárias, recomenda-se, assim, que sejam no almoço e no jantar, porque a tomada junto com alimento aumenta significativamente a biodisponibilidade da ziprasidona.

Possíveis efeitos adversos (não estão listados todos os possíveis):

1. sedação (menor que olanzapina, quetiapina, clozapina);
2. dispepsia;
3. constipação intestinal;
4. náusea;
5. hipotensão ortostática;
6. prolongamento do intervalo QT (eletrocardiograma antes de iniciar tratamento e durante o tratamento).

Clozapina

- Não causa parkinsonismo, distonia ou discinesia.
- É o tratamento mais efetivo da discinesia tardia.
- Está bem indicada para esquizofrenias refratárias.
- A dose habitual vai de 300 mg/dia a 600 mg/dia, em raros casos podemos chegar cuidadosamente à dose de 900 mg/dia, mas recomenda-se a associação de um anticonvulsivante (ex.: ácido valpróico) pelo risco de convulsões. Deve-se evitar a associação com a carbamazepina pelo aumento do risco de agranulocitose.
- Hemogramas para monitoramento da ocorrência de agranulocitose grave (1,2%) são necessários por pelo menos 18 semanas na frequência semanal, e depois, se não tiver havido intercorrências nesse sentido, pode-se espaçar a frequência dos hemogramas para mensal.
- A introdução deve ser gradual, inicia-se com 25 mg/dia chegando-se a 200 mg/dia somente após duas semanas.
- A dose deve ser dividida em duas tomadas, com a porção mais concentrada à noite, para diminuir a sedação.
- A fluvoxamina pode aumentar significativamente os níveis terapêuticos; e o lítio concomitante pode favorecer a ocorrência de síndrome neuroléptica maligna, a qual pode ter uma apresentação atípica com a clozapina.

Possíveis efeitos adversos (não estão listados todos os possíveis):

1. sedação;
2. ganho de peso;
3. taquicardia;
4. hipotensão ortostática;
5. sintomas gastrointestinais;
6. sintomas imitando uma gripe;
7. salivação excessiva noturna;
8. enurese noturna;
9. febre;
10. agranulocitose (quando os leucócitos caem abaixo de 3.000, a medicação deve ser interrompida).

Depressão



- Acomete, ao longo da vida, entre 10% e 25% das mulheres e entre 5% e 12% dos homens.
- Quanto mais precoce o tratamento, mais rápida a remissão e menor a chance de cronificação.
- Entre os gravemente deprimidos, 15% se suicidam.
- Cerca de 2/3 das pessoas tratadas respondem satisfatoriamente ao primeiro antidepressivo prescrito.

Diagnóstico de depressão

Os sintomas a seguir têm de estar presentes há mais de duas semanas, trazer sofrimento significativo, alterar a vida social, afetiva ou laboral do indivíduo e não serem por causa de um luto recente.

- sentir-se triste, durante a maior parte do dia, quase todos os dias;
- perder o prazer ou o interesse em atividades rotineiras (anedonia);
- irritabilidade (pode substituir o humor deprimido em crianças e adolescentes);

- desesperança;
- queda da libido;
- perder peso ou ganhar peso (não estando em dieta);
- dormir demais ou de menos, ou acordar muito cedo;
- sentir-se cansado e fraco o tempo todo, sem energia;
- sentir-se inútil, culpado, um peso para os outros;
- sentir-se ansioso;
- sentir dificuldade em concentrar-se, tomar decisões e dificuldade de memória;
- ter pensamentos freqüentes de morte e suicídio.

O **episódio depressivo** ainda pode ser classificado em:

Leve: dois dos sintomas a seguir, humor deprimido, perda de interesse (anedonia), falta de energia e mais dois dentre os expostos anteriormente. O paciente não pára suas funções completamente.

Moderado: dois dos sintomas a seguir, humor deprimido, perda de interesse (anedonia), falta de energia e mais três dentre os expostos anteriormente, alguns em grande intensidade. O paciente apresenta dificuldade em executar suas funções.

Grave: dois dos sintomas a seguir, humor deprimido, perda de interesse (anedonia), falta de energia e pelo menos mais quatro dentre os expostos anteriormente, alguns em grande intensidade, mais considerável inquietação e agitação, ou retardo psicomotor; às vezes com sintomas psicóticos, como delírios e alucinações.

Além do **episódio depressivo** e do **transtorno depressivo recorrente** (repetidos episódios depressivos), é preciso lembrarmos da **distimia**. Nela o paciente possui rebaixamento crônico do humor, persistindo ao menos por vários anos, mas cuja gravidade não é suficiente, ou na qual os episódios individuais são muito curtos para responder aos critérios de transtorno depressivo recorrente leve, moderado ou grave.

Algumas dicas para o diagnóstico da depressão

Pergunte...

- sobre coisas do dia-a-dia que o indivíduo gostava de fazer, como, por exemplo, ver uma novela, brincar com o cachorro, ler o jornal, escutar música... A seguir, pergunte se ele continua fazendo e tendo prazer ao fazer tais atividades;
- se ele se anima com coisas positivas que estão para acontecer, se tem esperança;
- se a tristeza que ele está sentindo é diferente da tristeza que ele já sentiu quando viveu outras situações difíceis;
- sobre desejo de estar morto, ou de se matar;
- quando, além de depressão, o paciente se mostra desesperado, o risco de suicídio é maior.

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

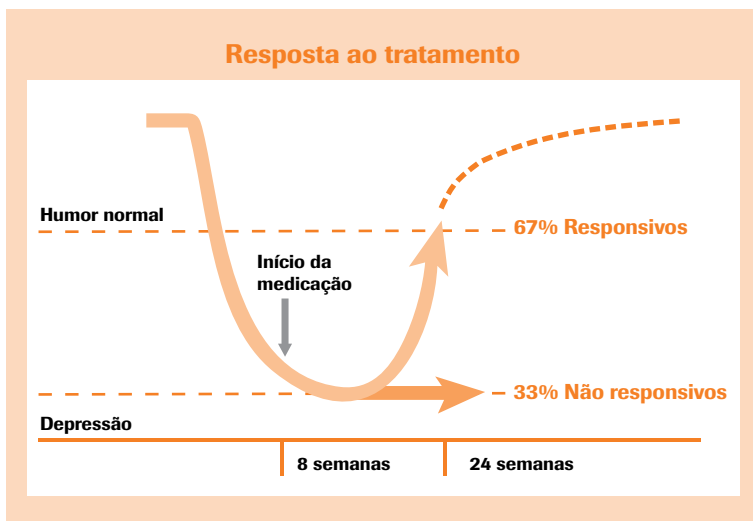
- “No lugar dele eu também estaria deprimido.”
- “Esta depressão é compreensível; não vou tratar.”
- “Depressão só dá em quem tem fraqueza de caráter.”
- “Você só está estressado...”
- “Depressão é uma consequência natural do envelhecimento.”
- “Só depende de você: força de vontade cura a depressão!”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

Quando o caso necessita de maior atenção

Depressões moderadas e graves, com ou sem sintomas psicóticos, em caso de transtorno afetivo bipolar ou com presença de risco de suicídio importante devem ser tratadas com o auxílio do psiquiatra, de preferência com equipe multiprofissional que viabilize a associação de psicoterapia, terapia ocupacional, serviço de hospitalidade diurna e até noturna, dependendo do caso.

Etapas do tratamento da depressão

- Aproximadamente $\frac{2}{3}$ das pessoas com episódio depressivo melhoram com o primeiro antidepressivo.
- Em geral, há demora de cerca de duas semanas para início de ação dos antidepressivos.
- São necessárias, aproximadamente, oito semanas para retorno ao humor de antes da depressão.
- É fundamental, após a remissão dos sintomas, a continuidade do tratamento na fase de manutenção.
- O tratamento completo tem duração mínima de seis meses, a partir da remissão completa dos sintomas.
- Quando há recorrência da depressão, quando a intensidade é grave ou em caso de idade avançada, o tratamento mínimo vai de dois anos até o resto da vida, em alguns casos.



Fonte: KUPFER, D. J. Long-term treatment of depression. *J. Clin. Psychiatry*, 52, p. 28-34, 1991

Tratamento do paciente deprimido

- Os antidepressivos não são recomendados para o **tratamento inicial** da **depressão leve**. Deve ser tentada psicoterapia primeiramente, quando disponível.
- Nos casos de **depressão moderada e grave**, os antidepressivos devem ser iniciados e, de preferência, associados com alguma forma de psicoterapia.
- O maior risco associado à depressão é o aumento da mortalidade, em especial por suicídio. Nas primeiras semanas, em uma minoria dos pacientes, pode haver uma intensificação da ideação suicida, **independentemente da classe de antidepressivo usada**.
- Para lidar com o problema anterior, recomendamos retornos próximos, avisar o paciente e familiares e garantir acessibilidade de ajuda.

- Os inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS), cujo representante disponível na rede de saúde é a fluoxetina, devem ser iniciados lentamente, pois podem trazer um aumento da ansiedade nos primeiros dias de tratamento.
- Quando, mesmo com a introdução lenta dessa droga, a ansiedade continua sendo um empecilho, pode-se usar um benzodiazepínico em doses baixas por um prazo de duas semanas. Deve-se evitar ao máximo seu uso prolongado.
- Benzodiazepínicos não devem ser usados isoladamente como tratamento para a depressão.
- A fluoxetina diminui a impulsividade e o comportamento suicida no médio e no longo prazos.
- Os tricíclicos podem ser fatais em superdosagem, de forma que enquanto houver risco de suicídio pactuamos com um familiar o controle das medicações.
- No caso dos tricíclicos, a dose deve ser aumentada gradualmente, até se atingir a dose mínima efetiva para o tratamento.
- Os indivíduos que apresentarem sintomas psicóticos deverão ser tratados, além do antidepressivo, com antipsicótico enquanto durarem esses sintomas.
- Sintomas de abstinência ocorrem principalmente, mas não exclusivamente, na retirada da paroxetina e da venlafaxina. Portanto, sua diminuição deverá ser lenta e gradual.
- Por fim, é importante estar atento para doenças e medicamentos que podem causar depressão. Algumas das doenças são: doença cerebrovascular, hipo/hipertireoidismo, diabetes melito, tumor de pâncreas, pulmão e sistema nervoso central, Aids (síndrome da imunodeficiência adquirida), deficiências de folato, B2 e B12, lúpus eritematoso sistêmico, infarto agudo do miocárdio. Entre os principais medicamentos temos: anfetamínicos, anti-hipertensi-

vos, antiinflamatórios não esteroidais, betabloqueadores, cimetidina, digitálicos, benzodiazepínicos, corticosteróides, interferon, levodopa e outros.

- Apesar da desconfiança de alguns profissionais e do público em geral, a eletroconvulsoterapia (ECT) permanece como o tratamento mais eficaz para a depressão. Para que seja feita com segurança e conforto para o paciente é necessário que seja realizada em centro cirúrgico, com a participação do anestesista e do psiquiatra, de modo que a reservamos para os casos mais graves, principalmente quando há sintomas psicóticos ou estupor depressivo.

Principais neurotransmissões ativadas e faixa terapêutica de alguns antidepressivos

Antidepressivo	Noradrenalina	Serotonina	Dopamina	Doses
Fluoxetina	0	++	0	20-60
Paroxetina	0	+++	0	20-60
Sertralina	0	++	0	50-200
Citalopram	0	++	0	20-60
Bupropiona	+/-	0	++	100-300
Venlafaxina	++	++	0	75-225
Mirtazapina	+	++	0	15-45

0 = sem efeito; + a +++ = efeito crescente; +/- = pouco efeito.

Fonte: BOTEGA, N. J.; FURLANETTO, L.; FRÁGUAS Jr., R. Tentativa de suicídio. In: BOTEGA, N. *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2006

Principais efeitos colaterais dos antidepressivos

Droga	Anticol- inérgicos	Sedação	Insônia/ agitação	Hipo- tensão	Arritmia	Gastrin- testinais	Ganho de peso
Amitriptilina	4	4	0	4	3	0	4
Imipramina	3	3	1	4	3	1	3
Nortriptilina	1	1	0	2	2	0	1
Maprotilina	2	4	0	0	1	0	2
Clomipramina	2	1	1	2	3	1	3
Fluoxetina	0	0	2	0	0	3	0
IMAOs	1	1	2	2	0	1	2

0 = ausente; 1 a 4 = de presente a muito pronunciado.

Fonte: BOTEGA, N. J.; FURLANETTO, L.; FRÁGUAS, Jr., R. Tentativa de suicídio. In: BOTEGA, N. *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2006

Transtorno afetivo bipolar (tab)

Para se pensar neste diagnóstico, o indivíduo deve ter apresentado pelo menos um episódio maníaco ao longo da vida. Em geral, essas pessoas vivenciam episódios maníacos, depressivos e/ou mistos. Sua prevalência na população geral gira em torno de 1,5%. Apesar da cronicidade do quadro, a maior parte dos indivíduos corretamente tratados atinge a estabilização do humor, o que permite uma vida normal.

Episódio maníaco

- Período de anormalidade com humor elevado ou irritado significativamente, com duração de pelo menos uma semana (ou qualquer duração se uma internação é necessária).

- Durante este período três ou mais dos seguintes sintomas devem estar presentes num grau significativo:
 - auto-imagem inflada ou grandiosidade;
 - menor necessidade de sono;
 - logorréia;
 - aumento da velocidade do pensamento;
 - hipotenacidade (não consegue concentrar-se em uma atividade);
 - tenta realizar várias atividades simultaneamente ou agitação psicomotora;
 - põe-se em situações de risco (inadequação social, hipersexualidade, compras inadequadas).

O TAB é associado a um maior risco de suicídio, especialmente nas fases de depressão e nos casos de ciclagem rápida. Em várias condições o tratamento com lítio é a primeira opção (ver próxima tabela). Mas atenção: assim como nos casos dos tricíclicos, a ingestão excessiva de lítio pode ser fatal. Em casos de risco de suicídio, é aconselhável que alguém próximo do paciente controle a medicação.

**Tabela de manejo clínico de indivíduos com TAB
(nas colunas, opções em ordem decrescente de eficácia)**

Estabilização do humor	Estabilização do humor em ciclador rápido e/ou antecedente de mania difusória	Estabilização do humor em pacientes de difícil manutenção em eutímia	Depressão leve ou leve-moderada	Depressão moderada-grave ou grave	Depressão grave com sintomas psicóticos	Episódio maníaco
1) Lítio	1) Ácido valpróico	1) Lítio + olanzapina	1) ↑ dose do estabilizador	1) ↑ dose do estabilizador + antidepressivo	1) ECT*	1) ↑ dose do estabilizador + antipsicótico
2) Ácido valpróico	2) Carbama-zepina	2) Lítio + ácido valpróico	2) Estabili-zador + lamotrigina	2) ECT*	2) ↑ dose do estabilizador + antidepressivo + antipsicótico	2) ↑ dose do estabilizador + associação de outro estabilizador
3) Carbama-zepina	3) Lítio	3) Lítio + carbamazepina	3) Outras opções	3) Outras opções	3) Outras opções	3) ECT*
4) Outras opções	4) Outras opções	4) Ácido valpróico + carbamazepina				
		5) Outras opções				

* ECT = electroconvulsoterapia.

Dependência de álcool ou uso nocivo



Cerca de 11,2% da população brasileira é dependente de álcool. O número de pessoas que faz uso nocivo do álcool mas não atinge um padrão de dependência é ainda maior.

O uso nocivo e a dependência do álcool têm atingido populações cada vez mais jovens. Ambos estão fortemente relacionados a outras importantes questões sociais, tais como: acidentes de trânsito, comportamento sexual de risco, violência doméstica. Uma parte importante das doenças clínicas atendidas na atenção primária, ou que requerem internação hospitalar, é consequência ou condição agravada por tais padrões de uso.

A dependência do álcool está associada a vários transtornos psiquiátricos, sendo responsável por uma boa parte das internações psiquiátricas. Também está relacionada a faltas no trabalho e à diminuição da capacidade laboral.

O álcool aumenta a impulsividade e, com isso, o risco de suicídio.

Diagnóstico da dependência do álcool

A síndrome de dependência é um conjunto de fenômenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos no qual o uso de uma substância alcança prioridade na vida do indivíduo. Pelo menos três dos seguintes critérios devem estar presentes no último ano:

- forte desejo ou compulsão pelo consumo;
- dificuldade de controlar o consumo a partir de seu início;
- sinais e sintomas de abstinência quando o uso cessa ou é reduzido, ou uso da substância para evitar ou aliviar sintomas de abstinência;
- evidência de tolerância;
- abandono de atividades e interesses em favor do uso da substância;
- persistência do uso a despeito de conseqüências nocivas.

Especificamente com o álcool, à medida que a dependência se instala, há uma tendência a beber independentemente da situação ou do horário, bem como preferência por bebidas de maior teor alcoólico. Também ocorre uma rápida reinstalação da síndrome após período de abstinência.

Dicas no tratamento da dependência ao álcool

- 1) Os sintomas da síndrome de abstinência, quando não tratados, são uma causa importante no fracasso da tentativa de o indivíduo ficar abstinente. Quando for leve ou moderada, sem complicações clínicas ou antecedentes de convulsão ou *delirium* e possuir apoio social, pode ser tratada ambulatorialmente.

- 2) O início ou agravamento de um problema de saúde relacionado ao uso de álcool é um momento importante para ser usado na motivação do paciente para tratamento. Procure evitar uma posição confrontadora e auxilie o paciente a assumir a responsabilidade pela mudança.
- 3) Atuar de acordo com o estágio de prontidão para mudança que o indivíduo se encontra (a seguir).

Estágios de prontidão para mudança de Prochaska e Di Clemente

Pré-contemplação: a pessoa não enxerga motivos para mudar seu padrão de consumo de álcool. Ex.: “Não tenho problema com bebidas, fico quanto tempo quiser sem beber”.

Atuação do profissional – com diplomacia ajudar o paciente a perceber as relações entre o uso do álcool e problemas familiares, no trabalho ou de saúde.

Contemplação: posição marcada pela ambivalência, a pessoa ainda não está convencida da necessidade de se tratar. Ex.: “Talvez fosse melhor para a minha saúde se eu bebesse menos, embora não ache que beba demais”.

Atuação do profissional – ajudar o paciente a perceber a realidade, pode-se usar a técnica da balança. São colocadas de um lado da balança as vantagens de não usar e as desvantagens de usar álcool, e de outro lado as vantagens de usar e as desvantagens de não usar.

Determinação: o indivíduo já percebeu que necessita mudar o padrão de uso do álcool, mas tem dificuldade de tomar alguma medida prática nesse sentido. Ex.: “Não posso mais lidar com esse problema sozinho, mas não sei o que fazer”.

Atuação do profissional – fornecer opções de estratégia para o paciente e ajudar na execução.

Manutenção: o paciente já modificou seu hábito de beber, porém a recaída é uma ameaça. Ex.: “Sinto-me forte, sei o que devo fazer para continuar longe da bebida, mas em determinados momentos tenho medo de não resistir”.

Atuação do profissional – enfatizar os ganhos com a mudança e utilizar estratégias de prevenção de recaída.

Recaída: por algum motivo, o paciente voltou a beber. Ex.: “Todo o esforço foi por água abaixo, voltei à estaca zero”.

Atuação do profissional – esclarecer que a recaída faz parte do processo de cura e que, em geral, o paciente volta a percorrer as etapas de melhora de maneira mais rápida e menos sofrida.

Fonte: baseado em AZEVEDO, R. C. S.; SILVA, V. F. Tentativa de suicídio. In: BOTEGA, N. *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2006

- 4) Até recentemente, a internação era vista como única alternativa terapêutica no tratamento do alcoolismo. Atualmente, com o aprimoramento das intervenções psicossociais, o surgimento de novos fármacos, a redução do caráter moral na compreensão das dependências e com a maior participação da família no tratamento, é possível que o tratamento seja ambulatorial. Manter o paciente na sua vida cotidiana facilita a identificação e o enfrentamento dos riscos do consumo, além de permitir a reorganização de sua vida sem ter o álcool como prioridade.

Transtornos de personalidade



O elemento central dos transtornos de personalidade, segundo Kurt Schneider, é que o indivíduo apresenta as seguintes características básicas:

- **sofre e faz sofrer a sociedade;**
- **não aprende com a experiência.**

Embora, de modo geral, produzam conseqüências muito penosas para a própria pessoa, familiares e pessoas próximas, não é facilmente modificável por meio de experiências da vida; tende a se manter estável ao longo de toda a vida.

A adaptação ao estresse ou aos problemas mais sérios torna-se crítica nos casos de pacientes que sofrem de certos transtornos mentais ou que têm alguns traços marcantes de personalidade. As defesas psicológicas usadas são consideradas mais primitivas, geradoras de problemas com a equipe assistencial.

Geralmente, há um maior risco de comportamento suicida em pessoas com as características de personalidade descritas no quadro a seguir:

Borderline	Narcisista	Anti-social
Relações pessoais muito instáveis	Quer reconhecimento como especial ou único	Frio, insensível, sem compaixão
Atos autolesivos repetitivos	Considera-se superior	Irresponsável, inconseqüente
Humor muito instável	Fantasia de grande sucesso pessoal	Não sente culpa ou remorsos
Impulsivo e explosivo	Requer admiração excessiva	Agressivo, cruel
Sentimentos intensos de vazio	É freqüentemente arrogante	Mente de forma recorrente
Transtorno de identidade		Aproveita-se dos outros

Fonte: baseado em DALGALARRONDO, P. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed Editora, 2000

Manejo

Estes pacientes necessitam de apoio da equipe assistencial e de limites para se adequar ao ambiente em que vivem e às limitações existentes. Pode-se fazer uma intervenção em duas partes, sempre de maneira firme, sem agressividade e sem um sentimento de punição:

1. Reconheça as dificuldades pelas quais a pessoa está passando, enalteça os aspectos positivos que ela possui e não incite reações de raiva. Evite estimular demandas por cuidados e proximidades excessivas.
2. Estabeleça limites objetivos calma e firmemente. Se houver ameaças de agressão a si ou a terceiros, assegure que todas as medidas serão tomadas para protegê-la.

A seguir, apresentam-se, de maneira esquemática, 11 regras gerais para manejo clínico dos indivíduos com transtorno de personalidade, mais voltadas para situação de crise e iminência de incorrerem em tentativa de suicídio.

1. Dar mais apoio-reasseguramento do que o habitual, ou seja, não evitar dar apoio por temer uma desmobilização para mudança.
2. Construir, conjuntamente com o paciente, objetivos escalonados, evitando metas demasiadamente ambiciosas no curto prazo.
3. Mesmo sabendo que o comportamento suicida envolve motivações alegadas (conscientes) e não alegadas (inconscientes), iniciar a abordagem pelos fatores desencadeantes trazidos pelo paciente.
4. Distorções cognitivas devem ser mostradas e trabalhadas, como, por exemplo, estreitamento de repertório, desesperança, pensamentos tipo tudo ou nada e visão dos obstáculos como intransponíveis.
5. Devem-se reforçar os vínculos saudáveis do paciente.
6. Fortalecer a sensação subjetiva de “pertença” do indivíduo, em termos de grupos, comunidades, instituições.
7. Caso o indivíduo tenha usado uma tentativa de suicídio como maneira de mudar o ambiente e/ou pedir socorro, trabalhar com a finalidade de desenvolver outras estratégias, que não a tentativa de suicídio, para os mesmos fins.
8. Nos casos de psicoterapia, não confundir “neutralidade” terapêutica com “passividade” terapêutica, ou seja, podem ser necessárias medidas ativas por parte do terapeuta.
9. Fármacos podem ser usados não só para tratamento dos transtornos psiquiátricos que porventura venham a ser diagnosticados, como também para eliminar sintomas-alvo, como, por exemplo, impulsividade. Com essa finalidade, dependendo do caso, podem ser usados fluoxetina, estabilizadores de humor ou neurolépticos.
10. Estar atento ao fato de que no início do uso de antidepressivos pode-se ter incremento da ideação suicida. Devemos também evitar fármacos com baixo índice terapêutico.

11. Por último, a regra que consideramos a mais importante: se, num primeiro momento, optamos por apoio, técnicas cognitivas, fármacos, não devemos perder de vista que, se não todos, pelo menos a grande maioria desses pacientes necessita de importante reestruturação psicodinâmica a longo prazo, ou seja, em um segundo tempo técnicas que privilegiem *insight* são bem-vindas. A percepção de quando transitar o tratamento do primeiro para o segundo tempo e a maneira de conduzi-la é, a nosso ver, um dos principais aprendizados necessários ao clínico que atende pacientes em risco de suicídio.

Aspectos psicológicos no suicídio



Existem estágios no desenvolvimento da intenção suicida, iniciando-se geralmente com a imaginação ou a contemplação da idéia suicida. Posteriormente, um plano de como se matar, que pode ser implementado por meio de ensaios realísticos ou imaginários até, finalmente, culminar em uma ação destrutiva concreta. Contudo, não podemos esquecer que o resultado de um ato suicida depende de uma multiplicidade de variáveis que nem sempre envolve planejamento.

Existem **três características** próprias do estado em que se encontra a maioria das pessoas sob risco de suicídio:

- 1. Ambivalência:** é atitude interna característica das pessoas que pensam em ou que tentam o suicídio. Quase sempre querem ao mesmo tempo alcançar a morte, mas também viver. O predomínio do desejo de vida sobre o desejo de morte é o fator que possibilita a prevenção do suicídio. Muitas pessoas em risco de suicídio estão com problemas em suas vidas e ficam nesta luta interna entre os desejos de viver e de acabar com a dor psíquica. Se for dado apoio emocional e o desejo de viver aumentar, o risco de suicídio diminuirá.

- 2. Impulsividade:** o suicídio pode ser também um ato impulsivo. Como qualquer outro impulso, o impulso de cometer suicídio pode ser transitório e durar alguns minutos ou horas. Normalmente, é desencadeado por eventos negativos do dia-a-dia. Acalmando tal crise e ganhando tempo, o profissional da saúde pode ajudar a diminuir o risco suicida.
- 3. Rigidez/constricção:** o estado cognitivo de quem apresenta comportamento suicida é, geralmente, de constricção. A consciência da pessoa passa a funcionar de forma dicotômica: tudo ou nada. Os pensamentos, os sentimentos e as ações estão constrictos, quer dizer, constantemente pensam sobre suicídio como única solução e não são capazes de perceber outras maneiras de sair do problema. Pensam de forma rígida e drástica: “O único caminho é a morte”; “Não há mais nada o que fazer”; “A única coisa que poderia fazer era me matar”. Análoga a esta condição é a “visão em túnel”, que representa o estreitamento das opções disponíveis de muitos indivíduos em vias de se matar.

A maioria das pessoas com idéias de morte comunica seus pensamentos e intenções suicidas. Elas, freqüentemente, dão sinais e fazem comentários sobre “querer morrer”, “sentimento de não valer pra nada”, e assim por diante. Todos esses pedidos de ajuda não podem ser ignorados.

Fique atento às frases de alerta. Por trás delas estão os sentimentos de pessoas que podem estar pensando em suicídio. São quatro os sentimentos principais de quem pensa em se matar. Todos começam com “D”: depressão, desesperança, desamparo e desespero (regra dos 4D). Nestes casos, frases de alerta + 4D, é preciso investigar cuidadosamente o risco de suicídio.

Frases de alerta

“Eu preferia estar morto”.

“Eu não posso fazer nada”.

“Eu não agüento mais”.

“Eu sou um perdedor e um peso pros outros”.

“Os outros vão ser mais felizes sem mim”.

Sentimentos



Idéias sobre suicídio que levam ao erro

“Se eu perguntar sobre suicídio, poderei induzir o paciente a isso.” – Questionar sobre idéias de suicídio, fazendo-o de modo sensato e franco, aumenta o vínculo com o paciente. Este se sente acolhido por um profissional cuidadoso, que se interessa pela extensão de seu sofrimento.

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

“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.

Fonte: WERLANG, B.G.; BOTEGA, N. J. *Comportamento suicida*. Porto Alegre: Artmed Editora, 2004

Como ajudar a pessoa sob risco de suicídio?



Quando as pessoas dizem “eu estou cansado da vida” ou “não há mais razão para eu viver”, elas geralmente são rejeitadas, ou então são obrigadas a ouvir sobre outras pessoas que estiveram em dificuldades piores. Nenhuma dessas atitudes ajuda a pessoa sob risco de suicídio.

O contato inicial é muito importante. Frequentemente, ele ocorre numa clínica, casa ou espaço público, onde pode ser difícil ter uma conversa particular.

1. O primeiro passo é achar um **lugar adequado**, onde uma conversa tranquila possa ser mantida com privacidade razoável.
2. O próximo passo é **reservar o tempo** necessário. Pessoas com ideação suicida usualmente necessitam de mais tempo para deixar de se achar um fardo. É preciso também estar disponível emocionalmente para lhes dar atenção.
3. A tarefa mais importante é **ouvi-las efetivamente**. Conseguir esse contato e ouvir é por si só o maior passo para reduzir o nível de desespero suicida.

O objetivo é preencher uma lacuna criada pela desconfiança, pelo desespero e pela perda de esperança e dar à pessoa a esperança de que as coisas podem mudar para melhor.

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

Ouça com cordialidade.

Trate com respeito.

Empatia com as emoções.

Cuidado com o sigilo.

Como se comunicar

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

Como não se comunicar

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

Como abordar o paciente



“Como você se sente ultimamente?” “Existem muitos problemas na sua vida?” “O que tem tentado fazer para resolvê-los?” Em geral essas perguntas abrem espaço para as pessoas falarem de si mesmas e de como estão lidando com as dificuldades. A partir daí, se a pessoa demonstra estar cansada de viver, parece estar querendo fugir, acha a morte atraente, ou quando a equipe de saúde **suspeita** que exista a possibilidade de um **comportamento suicida**, os seguintes aspectos necessitam ser avaliados:

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

A melhor maneira de descobrir se uma pessoa tem pensamentos de suicídio é **perguntar para ela**. Ao contrário da crença popular, falar a respeito de suicídio não inocula a idéia na cabeça das pessoas. Elas até ficarão muito agradecidas e aliviadas de poder falar

abertamente sobre os assuntos e as questões com as quais estão se debatendo. Necessariamente, você também não terá de “carregar” o problema da pessoa caso não se sinta momentaneamente capaz: poderá pedir ajuda para outros profissionais da equipe de saúde.

Como perguntar?

A maioria das pessoas acredita que não é fácil perguntar para o outro sobre ideação suicida e não se sente preparada para lidar com isso. Será mais fácil se você **chegar ao tópico gradualmente**. Desde o início tente estabelecer um vínculo que garanta a confiança e a colaboração do paciente, pois este pode ser um momento em que ele se encontra enfraquecido, hostil e nem sempre está disposto a colaborar. Respeite a condição emocional e a situação de vida que o levou a pensar sobre suicídio, sem julgamento moral, em uma atitude de acolhimento.

Algumas questões úteis são:

- Você se sente triste?
- Você sente que ninguém se preocupa com você?
- Você sente que a vida não vale mais a pena ser vivida?
- Já pensou que seria melhor estar morto ou tem vontade de morrer?

Quando perguntar?

Desde o primeiro contato você já vai criando um momento para isso. Não existe um momento específico, cada um tem sua forma de conversar e cada caso é diferente do outro, mas aí vão umas dicas de **momentos oportunos**.

- quando você percebe que a pessoa tem o sentimento de estar sendo **compreendida**;
- quando a pessoa está confortável **falando** sobre seus **sentimentos**;
- quando a pessoa está falando sobre **sentimentos negativos** de solidão, desamparo, etc.

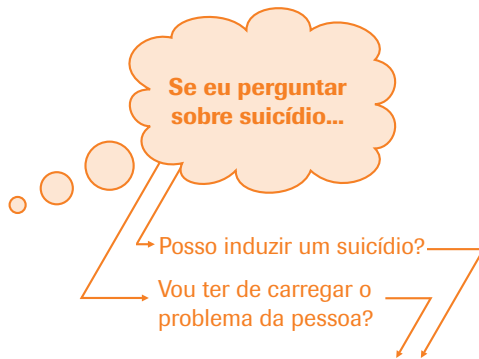
O que perguntar?

Estas perguntas o ajudarão a **quantificar o risco**, por isso são importantes.

1. Descobrir se a pessoa tem um **plano** definido para cometer suicídio:
 - Você fez algum plano para acabar com sua vida?
 - Você tem uma idéia de como vai fazê-lo?
2. Descobrir se a pessoa tem os **meios** para se matar:
 - Você tem pílulas, uma arma, veneno ou outros meios?
 - Os meios são facilmente disponíveis para você?
3. Descobrir se a pessoa fixou uma **data**:
 - Você decidiu quando planeja acabar com sua vida?
 - Quando você está planejando fazê-lo?

Todas essas questões precisam ser perguntadas com cuidado, preocupação e compaixão.

Resumindo:



**NÃO! CONTINUE A AVALIAÇÃO.
VOCÊ PODERÁ CONTAR COM A AJUDA DE OUTRAS PESSOAS.**

Pessoas sob risco de suicídio



Como já falamos anteriormente, as pessoas que pensam sobre suicídio em geral falam sobre isso. Entretanto, existem alguns sinais que podemos procurar na história de vida e no comportamento das pessoas. Esses sinais indicam que determinada pessoa tem risco para o comportamento suicida. Portanto, deve-se ficar mais atento com aqueles que apresentam:

1. comportamento retraído, inabilidade para se relacionar com a família e amigos, pouca rede social;
2. doença psiquiátrica;
3. alcoolismo;
4. ansiedade ou pânico;
5. mudança na personalidade, irritabilidade, pessimismo, depressão ou apatia;
6. mudança no hábito alimentar e de sono;
7. tentativa de suicídio anterior;
8. odiar-se, sentimento de culpa, de se sentir sem valor ou com vergonha;
9. uma perda recente importante – morte, divórcio, separação, etc;
10. história familiar de suicídio;

11. desejo súbito de concluir os afazeres pessoais, organizar documentos, escrever um testamento, etc.;
12. sentimentos de solidão, impotência, desesperança;
13. cartas de despedida;
14. doença física crônica, limitante ou dolorosa;
15. menção repetida de morte ou suicídio.

Como lidar com o paciente



Baixo risco

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

Ação necessária

- Oferecer **apoio emocional**. O ideal seria ter alguém na equipe treinado para orientar o indivíduo a falar sobre as circunstâncias pessoais e sociais emergentes que o colocam sob risco.
- Trabalhar sobre os **sentimentos suicidas**. Quanto mais abertamente a pessoa fala sobre perda, isolamento e desvalorização, menos confusas suas emoções se tornam. Quando essa confusão emocional cede, a pessoa pode se tornar reflexiva. Esse processo de reflexão é crucial, ninguém senão o próprio indivíduo pode revogar a decisão de morrer e tomar a decisão de viver.
- Focalize nos **aspectos positivos** da pessoa, fazendo-a falar sobre como problemas anteriores foram resolvidos

sem recorrer ao suicídio. É uma forma de motivá-la e ao mesmo tempo recuperar a confiança em si mesma.

- Se você não conseguir identificar uma condição tratável e/ou a pessoa **não demonstrar melhora**, não conseguir refletir sobre sua condição, **encaminhe-a** para um profissional de saúde mental.
- Pelo menos até que ela receba tratamento adequado, encontre-a em intervalos regulares e mantenha contato externo.
- Nem todos os pacientes com pensamentos suicidas serão encaminhados aos serviços especializados, portanto esses pacientes com baixo risco não deverão ser a maioria nesses serviços.

Médio risco

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

Ação necessária

- Ofereça **apoio emocional**, trabalhe com os **sentimentos suicidas** da pessoa e focalize nos **aspectos positivos** (já descritos anteriormente). Em adição, continue com os passos seguintes.
- Focalize os **sentimentos de ambivalência**. O profissional da saúde deve focalizar na ambivalência sentida pelo indivíduo em risco de suicídio entre viver e morrer, até que gradualmente o desejo de viver se fortaleça.
- Explore **alternativas ao suicídio**. O profissional da saúde deve tentar explorar as várias alternativas ao suicídio, até aquelas que podem não ser soluções ideais, na esperança de que a pessoa vá considerar ao menos uma delas.

- Faça um **contrato**, negocie, aqui é o momento para usar a força do vínculo existente entre você e o paciente. Extraia uma promessa sincera do indivíduo de que ele ou ela não vai cometer suicídio:
 1. sem que se comunique com a equipe de saúde;
 2. por um período específico.O objetivo é ganhar tempo até conseguir ajuda especializada ou até que as medidas tomadas comecem a dar resultado.
- **Encaminhe** a pessoa ao psiquiatra da equipe ou agende uma consulta o mais breve possível dentro do período em que foi feito o contrato.
- Entre em **contato com a família, os amigos e/ou colegas** e reforce seu apoio. Antes de fazer esse contato, **peça autorização** ao paciente, para deixá-lo ciente sobre quais informações serão dadas, preservando seu direito ao sigilo. Oriente sobre **medidas de prevenção** ao suicídio que poderão ser realizadas pelos familiares/amigos/colegas, como:
 - impedir o acesso aos meios para cometer suicídio. Exemplos: esconder armas, facas, cordas, deixar medicamentos em local que a pessoa não tenha acesso, de preferência trancados, e com alguém responsável em administrá-los. Tudo isso também deve ser esclarecido ao paciente, solicitando sua autorização. Explicar que essas medidas são temporárias, até que ele/ela melhore o suficiente para reassumir o controle.

Negocie com sinceridade, explique e peça o aval do paciente para todas as medidas a serem tomadas.

Alto risco

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

Ação necessária

- **Estar junto** da pessoa. Nunca deixá-la sozinha.
- Gentilmente falar com a pessoa e **remover pílulas, faca, arma, venenos, etc.** (distância dos meios de cometer suicídio). Explicar que você está ali para ajudá-la, protegê-la e que no momento ela parece estar com muita dificuldade para comandar a própria vida.
- Fazer um **contrato**, como descrito anteriormente, e tentar ganhar tempo.
- **Informar a família** e reafirmar seu apoio, já descritos.
- Se onde você trabalha o psiquiatra não está acessível ou não tem hospitalidade diurna e noturna, esta é uma situação de **emergência**. Entre em contato com um profissional da saúde mental ou do serviço de emergência mais próximo. Providencie uma **ambulância e encaminhe** a pessoa ao pronto-socorro psiquiátrico, de preferência. Explique ao profissional que irá recebê-la o resultado da sua avaliação, pois é indispensável que ele entenda o motivo do encaminhamento. Além do mais, você já conseguiu obter informações importantes.
- Se no local em que você trabalha pode ser feita a avaliação psiquiátrica ou existe hospitalidade diurna e noturna, um acolhimento pode ser feito, seguido de investigação inicial e posterior tratamento. 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.

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

Encaminhando o paciente com risco de suicídio



Quando encaminhar para equipe de saúde mental

Nas situações explicadas ao longo do manual, em geral situações de maior risco e gravidade.

Como encaminhar:

- Você deve ter tempo para explicar à pessoa a razão do encaminhamento.
- Marcar a consulta.
- Esclareça a pessoa de que o encaminhamento não significa que o profissional da saúde está lavando as mãos em relação ao problema.
- Veja a pessoa depois da consulta.
- Tente obter uma contra-referência do atendimento.
- Mantenha contato periódico.

Recursos da comunidade

As fontes de apoio usualmente disponíveis são:

- família;
- companheiros/namorados;
- amigos;
- colegas;
- clérigo;
- profissionais de saúde;
- grupos de apoio, ex.: Centro de Valorização da Vida (CVV)
www.cvv.com.br.

Como obter esses recursos?

- Tente conseguir permissão do paciente para recrutar quem possa ajudá-lo, em geral alguém de sua confiança, e depois entre em contato com essas pessoas.
- Mesmo que a permissão não seja dada, em uma situação de risco importante tente localizar alguém que seria particularmente compreensivo com o paciente. Procure, dentro do possível, preservar o sigilo do paciente.
- Fale com o paciente e explique que algumas vezes é mais fácil falar com um estranho do que com uma pessoa amada, para que ele ou ela não se sinta negligenciado ou ferido.
- Fale com as pessoas de apoio sem acusá-las ou fazê-las sentirem-se culpadas.
- Assegure novamente seu apoio nas ações que serão tomadas.
- Fique atento também às necessidades dos que se propuseram a ajudar.

O que fazer e o que não fazer

O que fazer

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

O que não fazer

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

Referências



BOTEGA, N. J. *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2006.

CASSORLA, R. M. S. *Do suicídio: estudos brasileiros*. Campinas: Papirus Editora, 1991.

DALGALARRONDO, P. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed Editora, 2000.

EBMEIER, K. P.; DONAGHEY, C.; STEELE, J. D. Recent developments and current controversies in depression. *Lancet*, 367, p. 153-67, 2006.

HAWTON, K.; HEERINGEN, K. *The international handbook of suicide and attempted suicide*. Wiley, 2000.

MELEIRO, A. M. A. *Suicídio: estudos fundamentais*. São Paulo: Segmento Farma, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Figures and facts about suicide*. Geneve: WHO, 1999.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária*. Genebra, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *The World Health Report: Shaping the future*. Genebra, 2003.

REMINI, E. *Tentativa de suicídio: um prisma para compreensão da adolescência*. Rio de Janeiro: Revinter Editora, 2004.

SADOCK B. J.; SADOCK, V. A. *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences, clinical psychiatry*. 9. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2003.

SCHATZBERG, A. F.; COLE, J. O.; DEBATTISTA, C. *Manual of Clinical Psychopharmacology*. 4. ed. American Psychiatric Publishing, 2003.

WERLANG, B. G.; BOTEGA, N. J. *Comportamento suicida*. Porto Alegre: Artmed Editora, 2004.

