

MANEJO EM EMERGÊNCIA DO PACIENTE SUICIDA

Arthur Dondonis Daudt
Fernanda de Oliveira Kirst
Gabriel Behr Gomes Jardim
Lucas Spanemberg

UNITERMOS

SUICÍDIO/classificação; SUICÍDIO/prevenção & controle; TENTATIVA DE SUICÍDIO; EMERGÊNCIA.

KEYWORDS

SUICIDE/classification; SUICIDE/prevention & control; SUICIDE, ATTEMPTED; EMERGENCY.

SUMÁRIO

O suicídio é um grande problema de saúde pública, atingindo taxas bastante elevadas no sul do Brasil. O comportamento suicida é uma emergência médica, e seu manejo adequado é de grande importância. Esse trabalho visa uma revisão breve sobre o tema, destinada ao médico não-especialista.

SUMMARY

Suicide is a major public health problem, reaching very high rates in southern Brazil. Suicidal behavior is a medical emergency, and its proper management is of great importance. This paper aims a brief review of the subject suitable to a general physician.

INTRODUÇÃO

O suicídio é um dos principais problemas de saúde pública, sendo estimado, no Brasil, 24 mortes diárias devido a este motivo.¹ Entre pessoas com 15-24 anos, corresponde a terceira causa de óbito.² O Brasil, embora possua uma taxa geral considerada baixa pela OMS (5,1/100.000 habitantes entre os anos de 2005-2007), possui estados com taxas semelhantes a de países com taxas consideradas elevadas.^{1,3} O Rio Grande do Sul, por exemplo, estado com as maiores taxas de suicídio,³ tem 10 municípios entre os 20 com os maiores coeficientes de suicídio do país.¹

Estes dados, porém, são subestimados, não explicitando a dimensão do problema. Isto devido ao sub-registro em cartórios e à subnotificação de casos que chegam aos hospitais.¹ Os registros oficiais de tentativas de suicídio são

escassos e pouco confiáveis, estimando-se que o número de tentativas de suicídio seja pelo menos dez vezes maior que o suicídio consumado.³ Além disto, é comum no atestado de óbito constar apenas a natureza da lesão que causou a morte, desconsiderando a circunstância em que ela ocorreu.¹

O comportamento suicida é considerado uma emergência médica, sendo responsável por grande parte dos casos de emergência psiquiátrica. Um estudo realizado no Hospital São Lucas da PUCRS encontrou o comportamento suicida representando 285 (27,5%) dos 1.037 atendimentos da consultoria psiquiátrica de urgência entre 2009 e 2011.⁴

No ano de 2005 foi realizado o Estudo Multicêntrico de Intervenção no Comportamento Suicida (SUPRE-MISS), organizado pela Organização Mundial da Saúde. Segundo este estudo, 17,1% das pessoas já pensaram seriamente em por fim à sua vida, 4,8% já elaboraram um plano suicida e 2,8% já tentaram suicídio. Entre os componentes deste último grupo, apenas 33% recebeu atendimento médico posteriormente em um pronto socorro.⁵

FATORES DE RISCO PARA SUICÍDIO

Existem diversos fatores de risco para o suicídio, sendo a interação entre eles mais importante para a avaliação do risco do que considerar cada fator individualmente.² Os fatores de risco mais relevantes são:

Portador de doença psiquiátrica: um dos mais importantes fatores de risco.³ Cerca de 90% das pessoas que cometem suicídio tem o diagnóstico de alguma doença psiquiátrica,^{1, 2, 6, 7} sendo as mais frequentes: transtornos de humor (especialmente na fase depressiva), abuso de substâncias psicoativas, transtornos de personalidade (em especial *boderline*, narcisista e anti-social), esquizofrenia e transtornos de ansiedade.³

Episódio prévio de tentativa de suicídio: o risco de suicídio aumenta conforme o número de tentativas prévias,^{2, 3} cabendo ao médico colher informações sobre fatores precipitantes, momento em que as tentativas ocorreram, situação em que o paciente se encontrava, sua percepção sobre ela e consequências de cada tentativa.^{2,7}

História familiar: a história familiar gera acréscimo no risco de suicídio especialmente se o episódio ocorreu com familiares de primeiro grau.^{1, 2, 8}

Doenças físicas incapacitantes: doenças crônicas, em especial as que geram dor e/ou são incapacitantes, aumentam o risco de suicídio.^{2, 3} Neoplasias malignas, AIDS, esclerose múltipla, lúpus eritematoso sistêmico, epilepsia e trauma cerebral são alguns exemplos.¹⁻³ Mesmo com tratamento estas doenças podem precipitar ou exacerbar doença mental, aumentando o risco de suicídio nestes pacientes.^{9, 10}

Estresse psicossocial: isolamento social, perdas afetivas, perdas materiais, desemprego recente.¹⁻³

Idade entre 15 e 35 anos e acima de 65 anos: adolescentes e adultos jovens possuem maior número de tentativas de suicídio.^{2, 3} Neste grupo, o uso de drogas ilícitas e o abuso de álcool tem grande importância. Já os idosos possuem as maiores taxas de suicídio que qualquer outro grupo, sendo mais efetivos em suas tentativas.²

Sexo masculino: no Brasil, o coeficiente de suicídio entre homens nos anos de 2005-2007 foi de 8,3/100.000 habitantes. Já entre as mulheres, no mesmo período, foi de 2,1/100.000.^{1,3} Os homens cometem suicídio 4 vezes mais do que as mulheres, uma constatação encontrada em todas as faixas etárias. As mulheres, porém, tem maiores taxas de tentativa.^{2, 7}

MANEJO DO PACIENTE SUICIDA

O primeiro contato com o paciente suicida é de extrema importância. É a partir dele que se estabelece o vínculo que influencia muito no manejo.^{3, 6}

O local da anamnese deve ser calmo e seguro, onde haja privacidade. Além disso, deve-se retirar do ambiente qualquer objeto potencialmente perigoso. É importante reservar tempo e ouvir o paciente atentamente, mostrando empatia e respeito por seus valores, sem fazer julgamentos.^{3, 6} Deve-se evitar mostrar espanto ou muita emoção diante do relato do paciente, interrompê-lo com frequência, mostrar-se ansioso e fazer o problema explicitado parecer trivial.

Ao contrário do que se imagina popularmente, falar com o paciente sobre suicídio não o incentiva a se matar, tendo inclusive efeito protetor: o mesmo sente-se mais seguro e confortável por poder conversar sobre assuntos que lhe causam incômodo.^{3, 6} Também ao contrário da crença popular, de que pacientes que desejam cometer suicídio não comunicam sua intenção, 80% das pessoas com ideação suicida avisam de sua decisão, 50% informam claramente e 40% procuram cuidado médico na semana anterior a do suicídio.⁶

A abordagem deve ser feita inicialmente com perguntas amplas. Perguntas como “tem enfrentado muitos problemas recentemente?” e “como tem se sentido ultimamente?” dão abertura para que o paciente possa falar mais abertamente sobre os seus sentimentos e sua visão do mundo.^{3,6} Caso ainda não tenha ocorrido a tentativa de suicídio, as perguntas a serem feitas devem ser focadas na avaliação da intenção suicida. Perguntas como “você tem pensado em morrer?”, “você tem pensado em tirar a sua vida?” ajudam nesta análise. Em caso afirmativo, a existência de um plano e a sua viabilidade devem ser estimadas, ajudando nestas tarefas perguntas como “você tem ideia de que forma poderia se matar?” e “você tem armas, veneno ou pílulas em casa?”.⁶

A entrevista com a família também pode ser muito esclarecedora, pois possibilita a coleta de dados como características do paciente (desanimado, impulsivo, instável...), sua aderência a tratamentos médicos, comportamento após intervenções anteriores e fatos omitidos por ele na anamnese. Além disso,

é uma oportunidade para verificar o apoio familiar, fator de grande importância para o sucesso da intervenção.⁶

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO DE SUICÍDIO E CONDUTA

O risco de suicídio pode ser classificado em baixo risco, médio risco e alto risco.³ Porém, independente da classificação, o apoio emocional ao paciente é imprescindível. O Quadro 1 apresenta uma classificação de risco útil.

Quadro 1 - Avaliação do risco de suicídio.

Durante o último mês você:	Pontos	
Pensou que seria melhor estar morto (a) ou desejou estar morto (a)?	Não (0)	Sim (1)
Quis fazer mal a si mesmo (a)?	Não (0)	Sim (2)
Pensou em suicídio?	Não (0)	Sim (6)
Pensou numa maneira de se suicidar?	Não (0)	Sim (10)
Tentou o suicídio?	Não (0)	Sim (10)
Ao longo da sua vida:		
Já fez alguma tentativa de suicídio?	Não (0)	Sim (4)
Resultado: 1-5 pontos = baixo risco; 6-9 pontos = risco moderado; ≥ 10 pontos = alto risco		

Adaptado de: *International Neuropsychiatric Interview* (M.I.N.I., 2000).¹¹

Baixo risco: a conduta, neste caso, é trabalhar os sentimentos suicidas, conversando com o paciente para diminuir a confusão emocional. Focalizar em aspectos positivos da sua personalidade e em problemas já enfrentados e resolvidos pode restabelecer a confiança. Caso não haja melhora, encaminhar o paciente a um profissional da saúde mental e reforçar apoio familiar.³

Médio risco: com estes pacientes é necessário trabalhar alternativas ao suicídio na solução dos problemas enfrentados.³ Na grande maioria destes casos, a internação psiquiátrica é indicada.⁶ Caso esta não seja uma opção viável no momento, estabelecer um acordo com o paciente, em que ele prometa não tentar suicídio sem antes informar a equipe de saúde e nem faça nenhuma tentativa por um prazo estipulado são estratégias que ajudam a ganhar tempo. Comunicar a família, de preferência com autorização do paciente, sobre o risco e explicar medidas de prevenção (estar por perto, esconder armas e venenos, etc.), é de extrema importância.³

Alto risco: esta é uma situação de emergência.^{3, 6} Além do apoio, é função do médico informar a família e realizar a internação psiquiátrica imediata. Caso isto não seja possível no local de atuação, uma ambulância deve ser chamada e o paciente imediatamente encaminhado para um serviço de referência. Caso a tentativa de convencimento do paciente a uma internação voluntária não seja bem sucedida, a internação involuntária será necessária.³

MANEJO PSICOFARMACOLÓGICO

O uso de fármacos no manejo do paciente suicida pode ser de grande ajuda. O tratamento agudo tem como fim a diminuição do estresse mental, possibilitando uma diminuição importante do risco de suicídio.^{2,6} Sendo assim, podemos fazer uso das seguintes medicações:

Benzodiazepínicos: o tratamento de pânico, ansiedade e agitação com o uso de benzodiazepínicos está relacionada com a queda do risco de suicídio.² O uso deve ser feito com cautela em pacientes com personalidade *borderline*, pois pode haver diminuição dos mecanismos de inibição do paciente.¹⁰

Antipsicóticos atípicos: podem causar diminuição do risco de suicídio por terem efeito ansiolítico e por diminuírem a agitação em pacientes psicóticos.^{2, 6} São exemplos deste tipo de medicamento a olanzapina e a quetiapina.

Após a diminuição aguda do risco de suicídio, com o paciente já em acompanhamento médico, é possível fazer uso de medicações com resultados a médio e longo prazo. O uso de antidepressivos pode ser indicado, uma vez que existe grande relação entre suicídio de depressão.^{8, 9} Já o uso contínuo de lítio está associado a queda de 80-90% do risco de suicídio e a mais de 90% de queda nas taxas de suicídio em pacientes com transtornos de humor,^{6, 9} sendo o único fármaco estatisticamente efetivo na prevenção do suicídio.¹² A prescrição do lítio, porém, só deve ser feita com a garantia do acompanhamento médico devido aos cuidados necessários quanto ao seu nível sérico.² Na esquizofrenia, a clozapina a longo prazo é mais eficiente que outros antipsicóticos.¹⁰

PREVENÇÃO DO SUICÍDIO

Considerando que cerca de 90% dos suicídios estão relacionados com algum transtorno mental,^{1, 2, 6} o diagnóstico precoce destes transtornos, bem como seus tratamentos e o encaminhamento dos pacientes quando necessário, são uma importante forma de prevenção.¹

A prática religiosa é um fator protetor quanto ao suicídio. O convívio com grupo de mesmo interesse e o fato de a maioria condenar o comportamento suicida colaboram para que pacientes religiosos tenham menor risco.⁶

REFERÊNCIAS

1. Botega NJ, et al. Prevenção do suicídio. Debates: Psiq Hoje 2010;2(1):10-20.
2. Riba MB, Ravindranath D. Clinical manual of emergency psychiatry. Washington, DC: American Psychiatry; 2010.
3. D'Oliveira CF, Botega NJ. Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
4. Torres GA, et al. Suicidal behavior and variables associated with the emergency unit of a university general hospital. Rev Bras Psiquiatr. 2011;33(Supl. Esp.):S16.
5. Botega NJ, Barros MBA, Oliveira HB, et al. Suicidal behavior in the community: prevalence and factors associated with suicidal ideation. Rev Bras Psiquiatr. 2005. 27(1):45-53.

6. Ciulla L, et al. Suicídio: avaliação de risco e manejo. In: Cataldo Neto A, Gauer GJC, Furtado NR, editors. *Psiquiatria para estudantes de medicina*. Porto Alegre: EdiPUCRS; 2013. p. 236-246.
7. Sadock BJ, Sadock VA. *Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica*. 9ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2007.
8. Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. *Am J Psychiatry*. 2003;160(11 Suppl):1-60.
9. Jacobs DG. *The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention*. San Francisco: Jossey-Bass; 1999.
10. Fawcett J. Treating impulsivity and anxiety in the suicidal patient. *Ann N Y Acad Sci*. 2001;932:94-105.
11. Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev Bras Psiquiatr*. 2000;22(3):106-115.
12. Baldessarini RJ, Tondo L, Davis P, et al. Decreased risk of suicides and attempts during long-term lithium treatment: a meta-analytic review. *Bipolar Disord*. 2006;8(5 Pt 2):625-39.