

SUICÍDIO: Identificar, tratar e prevenir

Suicídio é a trágica e intempestiva perda de vida humana. O mais devastador e perplexo de tudo é que é representado por um **ato da vontade**.

A palavra suicídio deriva do latim e significa: *sui* = si mesmo e *caedes* = ação de matar, isto é, a morte de si mesmo. Os atos suicidas são definidos como comportamentos potencialmente autolesivos com evidência de que a pessoa pretendia se matar. O resultado de um ato suicida pode variar desde a não ocorrência de lesão até a morte. São subdivididos em tentativas de suicídio e suicídio (completo ou exitoso). As tentativas de suicídio são classificadas como sendo com ou sem lesão.

Tentativas de suicídio deveriam ser encaradas com seriedade, como um sinal de alerta revelando a atuação de fenômenos psicossociais complexos. As reduções nos índices de suicídio e de tentativas de suicídio são dois dos objetivos estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde no documento "**Saúde para todos no ano 2000**" (WHO, 1992).

O grau de intenção suicida de uma pessoa deve ser considerado como um ponto num *continuum*: de um lado está a certeza absoluta de matar-se e no outro extremo está a intenção de seguir vivendo. A condição *sine qua non* do suicídio é uma morte em que o sujeito é, **ao mesmo tempo**, o agente passivo e ativo, a vítima -o desejo de morrer e o desejo de ser morto - e o assassino - o desejo de matar. Na intencionalidade do comportamento suicida deve-se levar em conta: 1. a possibilidade ou impossibilidade de reversão do método empregado para morrer; 2. as providências que tornam possíveis a ação de terceiros; 3. quando esta intervenção ocorre e pode-se inferir que a intencionalidade seja mínima. Avaliar o grau de gravidade de uma tentativa de suicídio pode ser uma tarefa bastante difícil, pois são atos intencionais de auto-agressão que não resultam em morte, desde atos discretos e velados de ameaça a própria vida, alguns deles talvez com o objetivo de ganhar atenção, até situações graves que necessitam de atendimento médico hospitalar. A noção de que a ideação suicida varia dentro de um *continuum*, ocorrendo desde idéias não especificadas como "*a vida não vale a pena*" ou "*eu queria estar morto*", para idéias específicas que se acompanham de intenção de morrer e/ou de um plano de suicídio.

A intenção suicida genuína é freqüentemente ambivalente em relação a morte e a firmeza do propósito pode ser variável. Esses pacientes têm humor disfórico, com

sentimento de inutilidade, falta de esperança, perda da auto-estima e desejo de morrer. Há o sentimento de dos três “is”: **intolerável** (não suportar), **inescapável** (sem saída) e **interminável** (sem fim). Suicidas **potenciais** podem se arrepender e procurar ajuda após o ato. O alívio, após a tentativa, faz a pessoa refletir sobre seu ato.

Identificando intenção suicida: a comunicação prévia de que iria ou vai se matar, mensagem ou carta de adeus, planejamento detalhado, precauções para que o ato não fosse descoberto, ausência de pessoas por perto que pudessem socorrer, não procurou ajuda logo após a tentativa de suicídio, método violento ou uso de drogas mais perigosas, crenças de que o ato seria irreversível e letal, providência finais (conta bancária, providenciar a escritura de imóveis, seguro de vida) antes do ato, afirmação clara de que queria morrer, arrependimento por ter sobrevivido.

Entre os jovens deve-se estar alerta para o abuso ou dependência de substâncias psicoativas associado a depressão, incluem: tentativa suicida prévia, idéias suicidas, sentimentos de desesperança e problemas de abuso de substâncias, luto, acesso fácil ao método do suicídio e falta de apoio social. Outras situações estressantes habituais na adolescência são as mudanças físicas e psíquicas, busca da identidade e autonomia, e relacionamentos com grupos que favoreçam comportamentos destrutivos: atividade sexual precoce e sem proteção, porte de armas, delinqüências, lutas corporais, tabagismo excessivo e intoxicação por álcool e pobre gerenciamento da rotina dos filhos por parte dos pais.

Indicativos de repetição de tentativa de suicídio: história prévia de hospitalização por auto-agressões, tratamento psiquiátrico anterior, internação psiquiátrica prévia, transtorno e personalidade anti-social, alcoolismo / drogadição e não estar vivendo com a família.

Fator precipitante: A intoxicação por álcool é um potente fator no momento da morte. Três características marcam o ato suicida praticado por **alcoólatras deprimidos**: a impulsividade da tentativa, aumento do consumo de álcool na véspera e intoxicação alcoólica precedendo a tentativa. A presença de uma arma de fogo em casa é o mais poderoso fator, principalmente em adolescentes.

Fatores de risco: Conhecer os fatores de risco auxilia a dissipar o mito de que o suicídio seja um ato aleatório ou que resulte unicamente de sofrimento. O risco de suicídio

aumenta com a idade, atinge seu maior nível após os 65 anos. É duas a três vezes mais freqüente em homens que em mulheres. Os divorciados e viúvos são os mais atingidos (quatro vezes mais que os casados), sendo seguidos pelos solteiros (duas vezes mais), os casados são os menos afetados. A proteção oferecida pelo casamento é bem mais importante para os homens que para as mulheres. A gravidez e a maternidade são fatores protetores para as mulheres, embora uma gravidez não planejada, sobretudo na adolescência pode precipitar tentativa de suicídio. Há uma correlação positiva entre desemprego e suicídio, especialmente entre os homens. Estudos de história familiar mostram aumento de suicídio em famílias com vítimas de suicídio. Níveis cerebrais reduzidos de serotonina ou de seu metabólito, o ácido 5-hidroxi-indol-acético (5-HIAA), têm sido encontrados em vítimas de suicídio ou de graves tentativas. A história prévia de tentativa de suicídio é considerada um forte preditor de suicídio posterior, aumentando em cerca de 40 vezes nestes indivíduos em comparação com a população geral.

Abordagem das tentativas de suicídio: consiste nos cuidados iniciais à saúde, se emergência clínica e/ou cirúrgica, assegurar o bem-estar físico, evitando as complicações médicas decorrentes do ato. O médico do pronto-socorro deverá decidir se a vítima deve ser levada para a unidade de terapia intensiva (UTI), para o Centro cirúrgico ou ortopédico, setor de endoscopia ou clínica de queimados, ou as condutas nos casos de envenenamento. Poderá ser encaminhado ao ambulatório de saúde mental ou se deve ser transferido para uma unidade psiquiátrica pela presença de risco ou de transtorno psiquiátrico que necessite de tratamento especializado.

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

A **hospitalização** é indicada de acordo com o grau de risco potencial de suicídio, principalmente se o paciente não colabora, apresenta um transtorno mental grave que prejudica a sua crítica frente à situação e não possui uma rede de suporte familiar. Algumas vezes, uma hospitalização precipitada pode ser prejudicial ao paciente frente a uma avaliação errônea do risco de suicídio. Após a escolha do ambiente terapêutico (hospital, ambulatório, domicílio). A medicação adequada deve ser indicada e manuseada por profissionais habilitados com a dosagem, efeitos colaterais e interações medicamentosas, levando-se em conta as condições físicas do paciente, além da idade e peso. Grande vigilância faz-se necessária no início do tratamento com antidepressivos, pois eles demoram dias a semanas para alcançarem efeito terapêutico. O tratamento com eletroconvulsoterapia (ECT) deve ser cogitado naqueles casos graves, com forte determinação para o suicídio. Esse tipo de terapêutica não deve ser visto com preconceito, pois é um tratamento eficaz e seguro para diversos quadros psiquiátricos com risco de suicídio. O seu benefício ao paciente está relacionado diretamente à sua indicação oportuna e adequada, como na cardioversão. Em outros mais leves, encaminhamento para psicoterapia. A família e o paciente devem ser exaustivamente orientados e esclarecidos quanto à proposta terapêutica. Uma **internação domiciliar** pode ser uma alternativa razoável. Isso é possível quando há baixo risco de suicídio, supervisão disponível e suporte adequado em casa. Os familiares e amigos devem revezar-se na tarefa de vigilância. Sentimentos e comportamentos como choque, confusão, negação, inquietação, regressão, desesperança e estado de alerta são comuns nos familiares.

A **vigilância** deve ser providenciada com o intuito de garantir a segurança do paciente: 1. retirar da casa medicamentos potencialmente letais, armas brancas e armas de fogo; 2. manter abstinência de álcool e drogas que possuem efeitos desinibitórios; 3. evitar locais elevados e sem proteção, pelo risco de se jogar; 4. evitar que o paciente fique sozinho, ou trancado em um recinto. Pode ser realizado um **contrato de "não-suicídio"** (verbal ou escrito), que consiste em o paciente concordar em não realizar ato auto-agressão e relatar a um familiar se tiver desejos suicidas.

Prevenção: Dirigem-se à melhora da assistência clínica ao indivíduo que já luta contra idéias suicidas ou ao indivíduo que precise de atendimento médico por tentativa de

suicídio; e abordagens que possam reduzir a probabilidade do suicídio antes que indivíduos vulneráveis alcancem o ponto de perigo. **“Prevenir é melhor que remediar”**.

Comentários Finais

Em termos de tratamento e prevenção do suicídio, é provável que a redução considerável de morbidades psiquiátricas (Transtorno Afetivo Bipolar, Esquizofrenia, Transtorno de dependência à substâncias psicoativas, transtorno de personalidade etc) na população deve também diminuir o risco de suicídio. No entanto, dado o pequeno conhecimento sobre o valor preventivo das diversas intervenções existentes e que apenas uma pequena parcela de paciente com risco de suicídio recebem o tratamento adequado. Os esforços dos dirigentes de saúde pública devem concentrar-se em:

- 1) Projetos educativos, com o intuito de aumentar o conhecimento público e profissional dos fatores de risco para o suicídio;
- 2) Melhorar o sistema de saúde, para que possa garantir o acesso precoce a avaliações clínicas adequadas, aumentar a segurança e a efetividade dos tratamentos para os transtornos psiquiátricos com alto risco de suicídio; e
- 3) Investigações sobre a prevenção de suicídio, as quais através de pesquisas médicas podem esclarecer os benefícios e riscos específicos dos tratamentos médicos e intervenções psicossociais que possam prevenir o suicídio.

O determinismo multifatorial do suicídio impõe-nos, de início, analisar cada fator de risco com prudência. As correlações estatísticas não são as causas; elas nos permitem formular hipóteses de certeza variada. Somente estudo prospectivo de avaliação de métodos de prevenção que procurem resposta para essas hipóteses pode permitir o engajamento de uma adequada política de profilaxia relacionada ao suicídio.

Alexandrina Maria Augusto da Silva Meleiro

Doutora em Medicina pelo Departamento de Psiquiatria da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.