

## Suicídio, um problema de saúde pública.

O último dia 10 de setembro foi marcado pelo **Dia Mundial de Prevenção ao Suicídio**, grave problema de saúde pública responsável por uma morte a cada 40 segundos. Por isto, solicitamos ao colega Psiquiatra Dr. José Augusto que abordasse o tema por sua extrema importância médica e social.

Comissão Editorial



## O QUE TODO MÉDICO DEVE SABER SOBRE SUICÍDIO

*“Suicídio é o produto de uma equação complexa multivariada”  
Clark e Fawcett 1992*

### QUESTÕES

Quais pacientes autodestrutivos irão transformar suas fantasias e/ou ideias em atos concretos?

- Prevalência é semelhante a outros países;
- Ideação suicida associada a SOFRIMENTO PSÍQUICO e TRANSTORNOS MENTAIS;
- 60% pessoas mortas por suicídio nunca o haviam tentado antes;
- 50 a 60% nunca consultaram com profissional da saúde mental;
- 80% foram a um médico antes do suicídio;
- 93-95% casos suicídio um diagnóstico Eixo I (Transtornos psiquiátricos clínicos, incluindo transtornos do desenvolvimento e aprendizado).

### DOENÇAS PSIQUIÁTRICAS

- TRANSTORNO DEPRESSIVO E AFETIVO BIPOLAR: 45 A 70%;
- ABUSO OU DEPENDÊNCIA DE ALCOOL: 20 A 25%;
- ESQUIZOFRENIA: 5 A 10%;
- COMORBIDADES.

### ENTREVISTA

Empática e útil (ouvir o paciente) - “revela-se pelas perguntas que formula, por aquela que evita formular e pela decisão de quando e como falar ou apenas calar”.

### Dalgalarrondo, 2000

O suicídio pode ser definido como um ato deliberado executado pelo próprio indivíduo, cuja intenção seja a morte, de forma consciente e intencional, mesmo que ambivalente, usando um meio que ele acredita ser letal. Também fazem parte do que habitualmente chamamos de comportamento suicida: os pensamentos, os planos e a tentativa de suicídio.

*O suicídio é um fenômeno presente ao longo de toda a história da humanidade, em todas as culturas. É um comportamento com determinantes multifatoriais e resultado de uma complexa interação de fatores psicológicos e biológicos, inclusive genéticos, culturais e socioambientais.*

O suicídio é uma grande questão de saúde pública em todos os países. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2014), é possível prevenir o suicídio, desde que, entre outras medidas, os profissionais de saúde, de todos os níveis de atenção, estejam aptos a reconhecerem os fatores de risco presentes, a fim de determinarem medidas para reduzir tal risco e evitar o suicídio. O risco de suicídio é uma urgência médica devido ao que pode acarretar ao indivíduo, como desde lesões graves e incapacitantes, até a sua morte.

### Quais as barreiras à detecção e à prevenção do suicídio?

Diversos fatores podem impedir a detecção precoce e, conseqüentemente, a prevenção do suicídio.

O estigma e o tabu relacionados ao assunto são aspectos importantes. Durante séculos de nossa história, por razões religiosas, morais e culturais o suicídio foi considerado um grande “pecado”, talvez o pior deles. Por esta razão, ainda temos medo e vergonha de falar abertamente sobre esse importante problema de saúde pública.

### Mitos sobre o comportamento suicida

Erros e preconceitos vêm sendo historicamente repetidos, contribuindo para formação de um estigma em torno da doença mental e do comportamento suicida.

### Mitos sobre o suicídio

1. O suicídio é uma decisão individual, já que cada um tem pleno direito a exercitar o seu livre arbítrio.  
**FALSO.** Os suicidas estão passando quase invariavelmente por uma doença mental que altera, de forma radical, a sua percepção da realidade e interfere em seu livre arbítrio.

2. Quando uma pessoa pensa em se suicidar terá risco de suicídio para o resto da vida.  
**FALSO.** O risco de suicídio pode ser eficazmente tratado e, após isso, a pessoa não estará mais em risco.

3. As pessoas que ameaçam se matar não farão isso, querem apenas chamar a atenção.  
**FALSO.** A maioria dos suicidas fala ou dá sinais sobre suas ideias de morte. Boa parte dos suicidas expressou, em dias ou semanas anteriores, frequentemente aos profissionais de saúde, seu desejo de se matar.

4. Se uma pessoa que se sentia deprimida e pensava em suicidar-se, em um momento seguinte passa a se sentir melhor, normalmente significa que o problema já passou.  
**FALSO.** Se alguém que pensava em suicidar-se e, de repente, parece tranquilo, aliviado, não significa que o problema já passou.

5. Quando um indivíduo mostra sinais de melhora ou sobrevive à uma tentativa de suicídio, está fora de perigo.  
**FALSO.** Um dos períodos mais perigosos é quando se está melhorando da crise que motivou a tentativa, ou quando a pessoa ainda está no hospital, na sequência de uma tentativa.

6. Não devemos falar sobre suicídio, pois isso pode aumentar o risco.  
**FALSO.** Falar sobre suicídio não aumenta o risco. Muito pelo contrário, falar com alguém sobre o assunto pode aliviar a angústia e a tensão que esses pensamentos trazem.

7. É proibido que a mídia aborde o tema suicídio.  
**FALSO.** A mídia tem obrigação social de tratar desse importante assunto de saúde pública e abordar esse tema de forma adequada.

Fatores de risco e de proteção: como identificar o paciente suicida? O reconhecimento dos fatores de risco e dos fatores protetores é fundamental e pode ajudar o profissional de saúde a determinar clinicamente o risco e, a partir desta determinação, estabelecer estratégias para reduzi-lo.

### Os dois principais fatores de risco são:

**Tentativa prévia de suicídio:** É o fator preditivo isolado mais importante. Pacientes que tentaram suicídio previamente têm de cinco a seis vezes mais chances de tentar suicídio novamente. Estima-se que 50% daqueles que se suicidaram já haviam tentado previamente.

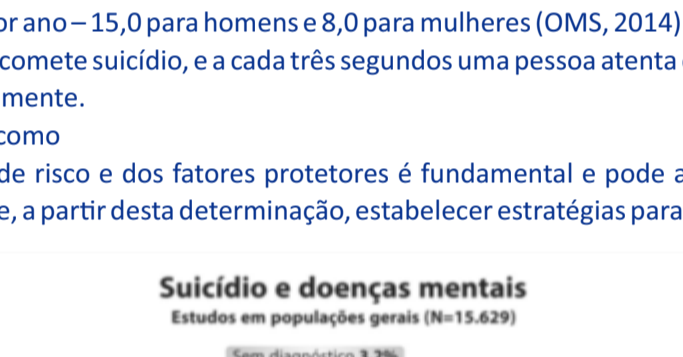
**Doença mental:** Sabemos que quase todos os suicidas tinham uma doença mental, muitas vezes não diagnosticada, frequentemente não tratada ou não tratada de forma adequada.

Os transtornos psiquiátricos mais comuns incluem depressão, transtorno bipolar, alcoolismo e abuso/dependência de outras drogas e transtornos de personalidade e esquizofrenia. Pacientes com múltiplas comorbidades psiquiátricas têm um risco aumentado, ou seja, quanto mais diagnósticos, maior o risco. 5. O impacto do suicídio: por que prevenir?

Em 2012, cerca de 804 mil pessoas morreram por suicídio em todo o mundo, o que corresponde a taxas ajustadas para idade de 11,4 por 100 mil habitantes por ano – 15,0 para homens e 8,0 para mulheres (OMS, 2014).

A cada 40 segundos uma pessoa comete suicídio, e a cada três segundos uma pessoa atenta contra a própria vida. As taxas de suicídio vêm aumentando globalmente.

6. Fator de risco e de proteção: como  
O reconhecimento dos fatores de risco e dos fatores protetores é fundamental e pode ajudar o profissional de saúde a determinar clinicamente o risco e, a partir desta determinação, estabelecer estratégias para reduzi-lo.



**Destacam-se outros fatores de risco:**  
- Sentimentos de desesperança, desamparo e desespero são fortemente associados ao suicídio pode ser particularmente letal.

- O suicídio em jovens aumentou em todo o mundo nas últimas décadas e também no Brasil, representando a terceira principal causa de morte nessa faixa etária no país. Os comportamentos suicidas entre jovens e adolescentes envolvem motivações complexas, incluindo humor depressivo, abuso de substâncias, problemas emocionais, familiares e sociais, história familiar de transtorno psiquiátrico, rejeição familiar, negligência, além de abuso físico e sexual na infância.

- O suicídio também é elevado entre os idosos, devido a fatores como: perda de parentes, sobretudo do cônjuge; solidão; existência de enfermidades degenerativas.

- Os óbitos por suicídio são em torno de três vezes maiores entre os homens do que entre mulheres. Inversamente, as tentativas de suicídio são, em média, três vezes mais frequentes entre as mulheres.

### Doenças clínicas não psiquiátricas:

Doenças clínicas não psiquiátricas foram associadas ao suicídio de maneira independente de outros dois fatores de risco bem estabelecidos, como a depressão e o abuso de substâncias. As taxas de suicídio são maiores em pacientes com câncer; HIV; doenças neurológicas, como esclerose múltipla, doença de Parkinson, doença de Huntington e epilepsia; doenças cardiovasculares, como infarto agudo do miocárdio e acidente vascular encefálico; doença pulmonar obstrutiva crônica; além de doenças reumatológicas, como o Lúpus Eritematoso Sistêmico.

- Maus tratos, abuso físico e sexual, pais divorciados, transtornos psiquiátricos familiares, entre outros fatores, podem aumentar o risco de suicídio na infância e adolescência. Na assistência ao adolescente, os médicos, os professores e os pais devem estar atentos para o abuso ou a dependência de substâncias associados à depressão, ao desempenho escolar pobre, a relações familiares.

- O risco de suicídio aumenta entre aqueles com história familiar de suicídio ou de tentativa de suicídio. Estudos de genética epidemiológica mostram que há componentes genéticos, assim como ambientais envolvidos. O risco de suicídio aumenta entre aqueles que foram casados com alguém que se suicidou.

- Quanto maiores os laços sociais em uma determinada comunidade, menores seriam as taxas de mortalidade por suicídio. Este conceito sociológico pode ser transposto para o nível individual: quanto menos laços sociais tem um indivíduo, maior o risco de suicídio.

- Desempregados com problemas financeiros ou trabalhadores não qualificados têm maior risco de suicídio: a taxa referente a mortes deste tipo aumenta em períodos

### Principais fatores de risco associados ao comportamento suicida

- Depressão;
- Transtorno bipolar;
- Transtornos mentais relacionados ao uso de álcool e outras substâncias;
- Transtornos de personalidade;
- Esquizofrenia;
- Aumento do risco com associação de doenças mentais: paciente bipolar que também seja dependente de álcool terá risco maior do que se ele não tiver essa dependência;
- Gênero masculino;
- Idade entre 15 e 30 anos e acima de 65 anos;
- Sem filhos;
- Moradores de áreas urbanas;
- Desempregados ou aposentados;
- Isolamento social;
- Solteiros, separados ou viúvos;
- Populações especiais: indígenas, adolescentes e moradores de rua;
- Perdas recentes;
- Pouca resiliência;
- Pessoa lúcido impulsiva, agressiva ou de humor instável;
- Ter sofrido abuso físico ou sexual na infância;
- Desesperança, desespero e desamparo;
- Doenças orgânicas incapacitantes;
- Dor crônica;
- Doenças neurológicas (epilepsia, Parkinson, Huntington);
- Trauma medular;
- Tumores malignos;
- AIDS.

### Suicidabilidade:

Ter tentado suicídio, ter familiares que tentaram ou se suicidaram, ter ideias e/ou planos de suicídio.

São seis perguntas fundamentais em cada consulta, sendo três delas para todos os pacientes:

1. Você tem planos para o futuro?  
A resposta do paciente com risco de suicídio é não.

2. A vida vale a pena ser vivida?  
A resposta do paciente com risco de suicídio novamente é não.

3. Se a morte viesse, ela seria bem-vinda?  
Desta vez a resposta será sim para aqueles que querem morrer.

Se o paciente respondeu como foi referido acima, o profissional de saúde fará estas próximas perguntas:

4. Você está pensando: a) machucar-se; b) ferir-se/fazer mal a si mesmo; c) morrer?  
5. Você tem algum plano específico para morrer, matar-se, tirar sua vida?  
6. Você fez alguma tentativa de suicídio recentemente?

### Manejo

- Escuta acolhedora para compreensão e amenização de sofrimento;
- Facilitar a vinculação do sujeito ao suporte e ajuda possível ao seu redor – social e institucional;
- Tratamento de possível transtorno psiquiátrico.

### Encaminhar:

- Caso não haja melhora, encaminhe para profissional psiquiatria.

### Urgência/emergência

O manejo do paciente na urgência/emergência terá três objetivos: reduzir o risco imediato, manejo dos fatores predisponentes e acompanhamento especializado.

### REFERÊNCIAS

1. DIRETRIZES para o Tratamento de Transtornos Psiquiátricos APA 2004;
2. Comportamento Suicida, Botega 2004;
3. Revista Brasileira de Psiquiatria ABP, março 2005;
4. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE 2003;
5. DALGALARRONDO Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais;
6. SADOCK B J; SADOCK VA KAPLAN AND SADOCKS CLINICAL PSIQ;
7. SCHATZBERG A F COLE, DE BATISTA C; MANUAL OF CLINICAL PSYCHOPHARMACOLOGY 2013;
8. SUICÍDIO – INFORMANDO PARA PREVENIR. CFM 2014.

### Colaboração:

Dr. José Augusto dos Santos – Médico Psiquiatra