

“ O suicídio é o único problema filosófico verdadeiramente sério, pois julgar se a vida vale ou não a pena ser vivida é responder à questão fundamental da filosofia”.

(Albert Camus, O mito de Sísifo)



INTRODUÇÃO

O suicídio é um ato voluntário de autoexterminio que pode ou não está ligado a um transtorno mental. Pode ser definido como um ato deliberado, executado pelo próprio indivíduo, cuja intenção seja a morte, de forma consciente, intencional, usando um meio que ele acredita ser efetivo (CORRÊA, 2013).

De acordo com a etimologia, suicídio deriva das palavras *sui*, de si mesmo, e *caedes*, ação de matar. Portanto, significa matar a si mesmo. Para muitos autores, só é válido considerar suicídio quando o indivíduo está consciente do seu ato, excluindo-se aqueles casos em que o indivíduo se encontra confuso, escolhendo a morte em vez da vida. (KOVÁCS, 2002)

Por ser um problema grave de saúde pública, requer a atenção de todos no sentido de desenvolver ações de prevenção e controle. De acordo com CORRÊA e NEVES, a prevenção envolve uma série de atividades que vão desde proporcionar as melhores

condições de vida possíveis na infância e adolescência, passando pelo tratamento eficaz dos transtornos psiquiátricos, até o controle ambiental dos fatores de risco.

O comportamento suicida envolve tentativas de suicídio frustradas, planejamento, ideação suicida até o suicídio completo.

Segundo Kovács, tentativas de suicídio são atos deliberados de auto-agressão, em que a pessoa não tem certeza da sobrevivência, manifestando uma intenção autodestrutiva e uma consciência vaga do risco de morte.

O planejamento suicida consiste na elaboração de uma estratégia de ação, seleção de métodos, locais e momento para que o indivíduo leve a cabo suas intenções suicidas (CORRÊA, 2013).

A ideação suicida consiste em pensamentos de cunho suicida e no desejo de morrer, sem passar ao plano da ação motora (CORRÊA, 2013).



EPIDEMIOLOGIA

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), mais de 800 mil pessoas morrem por suicídio a cada ano em todo o mundo. Estima-se que o número de tentativas de suicídio seja de 10 a 20 vezes superior ao número de mortes. Isso equivale a uma morte a cada 40 segundos e uma tentativa a cada três segundos em todo o mundo. Por esta razão, o suicídio tem se tornado um grave problema de saúde pública, estando entre as dez principais causas de morte na população mundial de todas as faixas etárias (SOUSA et al, 2011). Tal ato gera um grande impacto não apenas para o indivíduo que o pratica, mas para toda a rede de contato do mesmo que envolve no mínimo seis pessoas de forma direta.

A OMS estima que o número de mortes por suicídio no planeta atinja mais que 1,5 milhão em 2020.

Em termos epidemiológicos, dados obtidos no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) no site do DATASUS, o Brasil atingirá o oitavo lugar numa escala mundial se considerarmos o número total de mortes por suicídio. Em relação às taxas de suicídio, o Brasil encontra-se abaixo da média mundial. De acordo com a OMS, em 2008 a taxa de suicídio era 4,8 óbitos/100 mil habitantes (são consideradas taxas de mortalidade baixa

quando são menores que 5 óbitos/100 mil habitantes). Em 2012, foram 11.821 suicídios registrados oficialmente, o que representa 32 mortes por dia. Já em relação ao coeficiente de mortalidade (número de suicídios para cada 100 mil habitantes ao longo de um ano), o do Brasil gira em torno de 11,4 (15 em homens e 8,0 em mulheres). Entre 2010 e 2014, o Piauí mostrou-se com uma taxa bruta de mortalidade por suicídio superior à do Brasil e Nordeste. A taxa bruta de mortalidade no sexo masculino foi de 13,5/100 mil habitantes no ano de 2015. Teresina ocupa a segunda posição em número de óbitos por suicídio no ranking nacional entre as capitais. O número absoluto de casos de suicídio em 2015 foi de 260 casos e até julho de 2016 134 casos notificados em todo o estado do Piauí (SESAPI/SIM). Em 2017, até o mês de abril foram observadas 127 tentativas em 38 municípios e 59 casos em 32 municípios.

Algumas variáveis relacionadas à sazonalidade podem influenciar no comportamento suicida. Quanto à estação, maiores taxas de suicídio no hemisfério norte foram encontradas durante a primavera (março a maio). Feriados e períodos de férias parecem ter efeito protetor contra o suicídio. Os primeiros dias da semana parecem estar associados ao suicídio, enquanto os finais de semana apresentam menores taxas.



FATORES RELACIONADOS AO COMPORTAMENTO SUICIDA

Em relação ao sexo, há predominância do ato concretizado entre os homens e das tentativas de suicídio em mulheres. Os óbitos por suicídio são em torno de três a quatro vezes mais frequentes entre os homens, enquanto as tentativas são, em média, três vezes mais frequentes entre as mulheres. Em 2016 (até agosto), foram verificadas 521 tentativas de suicídio no estado do Piauí, sendo 322 casos no sexo feminino (SINAN). No mesmo ano, foram notificados 134 casos de suicídio, sendo 99 casos no sexo masculino (SIM).

Quanto à variável raça/cor há uma predominância da cor parda.

Os coeficientes de suicídio tendem a aumentar com a idade. A faixa etária predominante das tentativas de suicídio e do ato, propriamente dito, está entre 20 e 29 anos. Porém, os idosos costumam usar métodos mais letais, maior grau de intencionalidade suicida e encontram-se mais deprimidos (BOTEGA, 2015). Por esta razão, a idade superior a 65 anos é um fator de risco.

Dentre os meios de agressão adotados, foi observado que entre os anos de 2010

e 2016 no estado do Piauí, o enforcamento apresenta-se como a principal forma utilizada para a prática do suicídio (SESAPI/SIM). A escolha do método parece sofrer influência da disponibilidade e acessibilidade.

Em relação ao estado civil, as taxas de suicídio de pessoas viúvas, separadas e divorciadas costumam ser quatro vezes maiores do que as pessoas casadas (BOTEGA, 2015). De acordo com Durkheim, o casamento funcionaria como uma fonte de suporte social e estabilidade emocional, além de proporcionar redução no isolamento social e integração com a comunidade.

Entre as profissões, médicos e dentistas destacam-se por apresentarem taxas de suicídio 5 e 2 vezes maiores, respectivamente, do que a população geral (BOTEGA, 2015). De acordo com Corrêa, o desemprego tem impacto potencial sobre o risco de suicídio, não só do indivíduo, mas também de seus familiares à medida que gera ansiedade, limita o acesso aos tratamentos, provoca tensões conjugais, desencadeia sentimentos pessimistas e reduz autoestima.



PRINCIPAIS FATORES DE RISCO

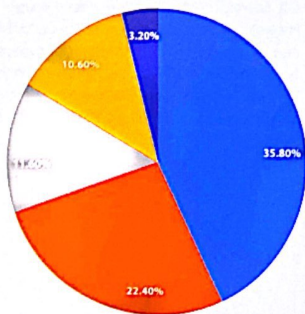
Conhecer os fatores de riscos para o comportamento suicida são fundamentais para a construção de estratégias de prevenção.

Os dois principais fatores de risco associados ao suicídio são: tentativas prévias de suicídio e histórico de transtorno mental.

A história de uma tentativa prévia é, possivelmente, o mais importante preditor de suicídio completo. A probabilidade de a ideação se transformar em um planejamento parece ser de 34%, e a probabilidade de um plano levar a uma tentativa é de 72% (CORRÉA E NEVES, 2013).

Estudos comprovam que 96,8% dos casos de suicídio registrados estavam associados a um transtorno mental (Bertolote e Fleischmann, World Psychiatry, 2002). O ato suicida, geralmente, ocorre durante a fase aguda de um transtorno psiquiátrico. De acordo com dados epidemiológicos, dentre os transtornos mentais, destacam-se os transtorno do humor (depressão e transtorno bipolar) seguidos por dependência de álcool e outras drogas psicoativas, transtornos de personalidade e esquizofrenia.

Suicídio e Transtorno Mental



- Transtornos de Humor
- Transtornos relacionados ao uso de substâncias
- Transtornos de personalidade
- Esquizofrenia
- Sem Diagnóstico



FATORES RELACIONADOS AO COMPORTAMENTO SUICIDA

É necessário enfatizar que o suicídio é influenciado por fatores genéticos, biológicos, socioculturais, ambientais e filosóficos ilustrados na tabela abaixo. Em relação aos fatores genéticos, a história familiar positiva para suicídio é fator de risco importante. Diversas evidências apontam que características biologicamente determinadas conferem vulnerabilidade para o comportamento suicida.

O abuso sexual parece estar relacionado, especialmente, à tentativas repetidas de suicídio e automutilação. Entre os pacientes que apresentam comportamento suicida, 10 a 40% parecem ter história de abuso na infância. Pacientes com doenças clínicas tem duas a três vezes mais chances de cometer suicídio do que pacientes sem tais patologias (CORRÉA E NEVES, 2013).

Quadro 01 - Fatores predisponentes para o comportamento suicida

FATORES PREDISPOENTES

- Sexo (masculino: suicídio; feminino: tentativas)
- Idade (mais jovens: tentativa; mais idosos suicídio)
- História familiar de comportamentos suicidas, alcoolismo ou outros transtornos mentais
- Tentativa(s) prévia(s)
- Presença de transtornos mentais
- Presença de doenças físicas
- Presença de desesperança
- Estado civil divorciado, viúvo ou solteiro
- Abuso físico, emocional ou sexual na infância
- Estar desempregado ou aposentado
- Isolamento social
- Pertencer a uma minoria étnica
- Pertencer a uma minoria sexual (homossexuais e transexuais)
- Baixo nível de inteligência

Quadro 02 - Fatores precipitantes e para o comportamento suicida

FATORES PRECIPITANTES

Separação conjugal
 Ruptura de relação amorosa
 Rejeição afetiva e/ou social
 Alta recente de hospitalização psiquiátrica
 Graves perturbações familiares
 Perda do emprego
 Modificação da situação económica ou financeira
 Gravidez indesejada (principalmente para solteiras)
 Vergonha
 Temor de ser descoberto (por algo socialmente indesejável)

Quadro 03 - Circunstâncias que sugerem alta intencionalidade suicida

1. Comunicação prévia de que irá se matar
2. Mensagem ou carta de adeus
3. Providências finais antes do ato
4. Planejamento detalhado
5. Precauções para que o ato não seja descoberto
6. Ausência de pessoas por perto que possam socorrer
7. Não procurar ajuda logo após a tentativa de suicídio
8. Método violento ou uso de drogas mais perigosas
9. Crença de que o ato seja irreversível e letal
10. Afirmação clara de que quer morrer
11. Desapontamento por ter sobrevivido

Fonte: Baseado em Park e colaboradores.



ABORDAGEM AO PACIENTE COM COMPORTAMENTO SUICIDA

É importante falar sobre suicídio. A abordagem deve ser direcionada para avaliar a intencionalidade suicida que vai desde a presença de ideias de morte até ideação suicida, plano suicida ou, se já existiu tentativa de suicídio, se ela ainda persiste. Detectar a presença de fatores precipitantes, bem como

estressores agudos e crônicos que possam aumentar o risco ou que tenham contribuído para a execução do plano. Ao mesmo tempo, avaliar o estado mental do paciente e a presença de fatores de proteção. Investigar acesso a um meio letal, presença de suporte familiar adequado e aderência ao tratamento.

Quadro 04- Escala de avaliação de risco de suicídio e sugestão de conduta para profissionais de saúde sugerida pela OMS

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

É necessário estabelecer uma boa relação médico-paciente de modo que ele se sinta confortável para falar sobre o assunto e expressar seus sentimentos. Avaliar a frequência e a severidade da ideação, bem como a possibilidade real de suicídio.



O QUE PERGUNTAR PARA AVALIAR O RISCO?

1. Tem obtido prazer nas coisas que tem realizado?
2. Sente-se útil na vida que está levando?
3. Sente que a vida perdeu o sentido?
4. Tem esperança de que as coisas vão melhorar?
5. Pensou que seria melhor morrer?
6. Tem pensamentos de por fim à própria vida?
7. São ideias passageiras ou persistentes?
8. Pensou em como se mataria?
9. Chegou a fazer algum preparativo?
10. Você tem com quem contar, pedir ajuda?
11. É capaz de se proteger até a próxima consulta?
12. Tem esperança de ser ajudado?

TÓPICOS IMPORTANTES

1. Descobrir se o indivíduo tem plano definido.
2. Detectar a presença de meios para se matar.
3. Investigar se o indivíduo fixou uma data.

O profissional que avalia o paciente em situação de risco deve avaliar os sistemas de suporte disponíveis. As principais fontes de apoio, segundo Humberto Corrêa, são: família, companheiro(a), amigos, colegas, clérigo, profissionais de saúde e grupos de apoio.



MANEJO DIANTE DE PACIENTES COM COMPORTAMENTO SUICIDA

Após uma avaliação detalhada da história do indivíduo, incluído suicidabilidade e doença mental, vamos estabelecer o nível do risco e a conduta a ter para reduzi-lo (Associação Brasileira de Psiquiatria - ABP).

1. Risco baixo:

- A pessoa teve alguns pensamentos suicidas, mas não fez nenhum plano.

1.1 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.

1.2 Encaminhamento:

- Caso não haja melhora, encaminhe para profissional especializado.
- Esclareça ao paciente os motivos do encaminhamento;
- Certifique-se do atendimento e agilize ao máximo, tendo em vista a excepcionalidade do caso;
- Tente obter uma contrarreferência do atendimento.

2. Risco médio

- A pessoa tem pensamentos e planos, mas não pretende cometer suicídio imediatamente.

2.1 Manejar:

- Total cuidado com possíveis meios de cometer suicídio que possam estar no próprio espaço de atendimento;
- Escuta terapêutica que o possibilite falar e clarificar para si sua situação de crise e sofrimento;
- Realização de contrato terapêutico de não suicídio;
- Investimento nos possíveis fatores protetivos do suicídio;
- Faça da família e amigos do paciente os verdadeiros parceiros no acompanhamento do mesmo.

2.2 Encaminhamento:

- Encaminhar para o serviço de psiquiatria para avaliação e conduta ou agendar uma consulta o mais breve possível;

- Peça autorização para entrar em contato com a família, os amigos e/ou colegas e explique a situação sem alarar ou colocar panos quentes, informando o necessário e preservando o sigilo de outras informações sobre particularidades do indivíduo;

- Oriente sobre medidas de prevenção, como: esconder armas; facas; cordas; deixar medicamentos em local que a pessoa não tenha acesso etc.

3. Risco alto:

- A pessoa tem um plano definido, tem os meios para fazê-lo e planeja fazê-lo prontamente;
- Tentou suicídio recentemente e apresenta rigidez quanto à uma nova tentativa;
- Tentou várias vezes em um curto espaço de tempo.

3.1 Manejar:

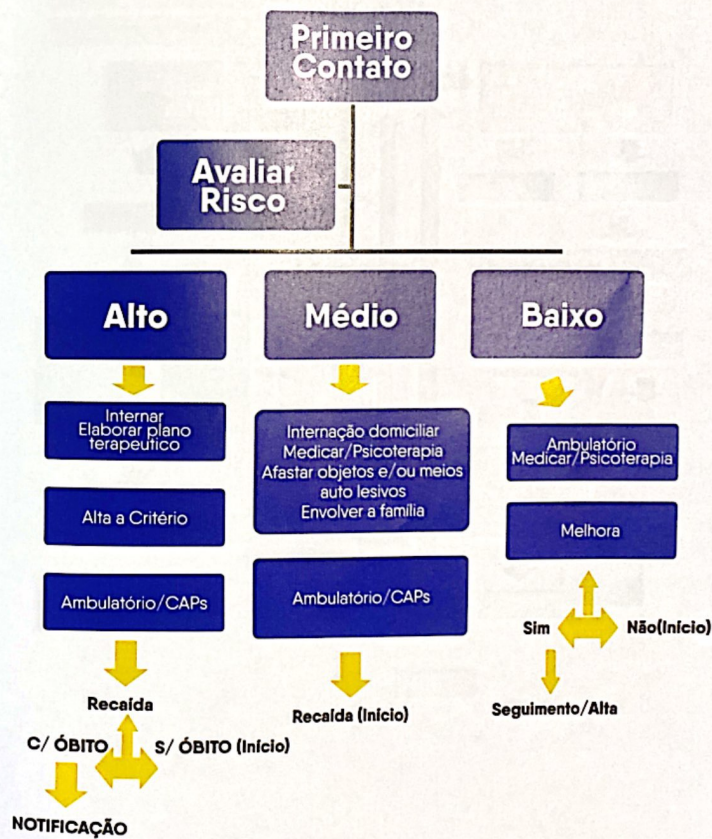
- Estar junto da pessoa. Nunca deixá-la sozinha;
- Total cuidado com possíveis meios de cometer suicídio que possam estar no próprio espaço de atendimento;
- Realização de contrato de "não suicídio";
- Informar a família da forma já sugerida.

3.3 Encaminhamento:

• Encaminhar para o serviço de psiquiatria para avaliação, conduta e, se necessário, internação. Caso não seja possível, considere o caso como emergência e 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.



Algoritmo – Comportamento Suicida



Fonte: SERRANO, A.I. Chaves do óbito autoprovocado: sua prevenção, assistência e gestão em saúde pública. Florianópolis: Insular, 2008. Adaptado.

Algoritmo II

