



ATENDIMENTO AOS PACIENTES COM COMPORTAMENTO SUICIDA: UMA REVISÃO DE LITERATURA

MARIANA MEDEIROS REIS; FÁBIO MARTINS PEREIRA RESUMO

RESUMO

Introdução: Estatísticas apontam tendência de crescimento de números de casos de suicídios consumados e de tentativas. Nesse cenário, é possível compreender que, por mais que ainda seja considerado um tabu, é necessário falar sobre suicídio e abordar esse tema em diversos contextos, principalmente nos serviços de saúde. **Objetivos:** destacar os principais conceitos e determinantes sobre a suicidabilidade, indicando como identificar os pacientes em risco de suicídio e como proceder a assistência e o cuidado destes. **Metodologia:** Foram realizadas revisões sistemática e narrativa, incluindo-se artigos publicados em inglês e português, indexados nas plataformas Scielo, Pubmed e Lilacs, além de livros e *guidelines* de entidades e profissionais da área. **Discussão:** Destaca-se que a abordagem destes temas e a aplicação na prática clínica podem constituir-se como ferramentas de prevenção de suicídios. Desta forma, é necessário compreender o comportamento suicida como um fenômeno multifatorial, tendo, portanto, inúmeros determinantes envolvidos no processo. É de fundamental importância, portanto, compreender tópicos referentes à identificação e rastreio de pacientes com risco de suicídio, entrevista clínica, estratificação de risco e abordagem das comorbidades psiquiátricas. **Conclusão:** Se mostra importante que os profissionais de saúde estejam familiarizados com a temática da suicidabilidade, tendo em vista que o suicídio é um fenômeno prevenível.

Palavras-chave: Suicidabilidade; prevenção; cuidado.

1. INTRODUÇÃO

O comportamento suicida pode ser entendido como um *continuum* que envolve a ideação suicida, o planejamento, a tentativa e o suicídio consumado^{1,2}. Estima-se que um indivíduo comete suicídio a cada 40 segundos, e uma pessoa tenta suicídio a cada três segundos, a nível mundial³. Nesse contexto, entende-se o risco de suicídio não só como uma problemática de saúde pública, mas também uma urgência médica. A literatura aponta que frequentemente, o indivíduo que comete suicídio buscou algum serviço de saúde previamente ao ato⁴⁻¹¹. Tal fato justifica a importância da avaliação clínica do risco de suicídio, que deve ser integrada como prática rotineira dos profissionais de saúde. Muitos estudos destacam também a relevância de reconhecer e manejar as comorbidades psiquiátricas, em especial a depressão, bem como o histórico de tentativas de suicídio prévias^{1,2,12,13}. Assim, este estudo tem o objetivo de propiciar a identificação dos pacientes com comportamento suicida, a fim de promover uma melhor assistência a estes.

2. METODOLOGIA

A priori, realizou-se revisão narrativa, com seleção de livros, artigos, manuais e *guidelines* publicados entre os anos de 2009 e 2021, prezando-se pelas publicações de

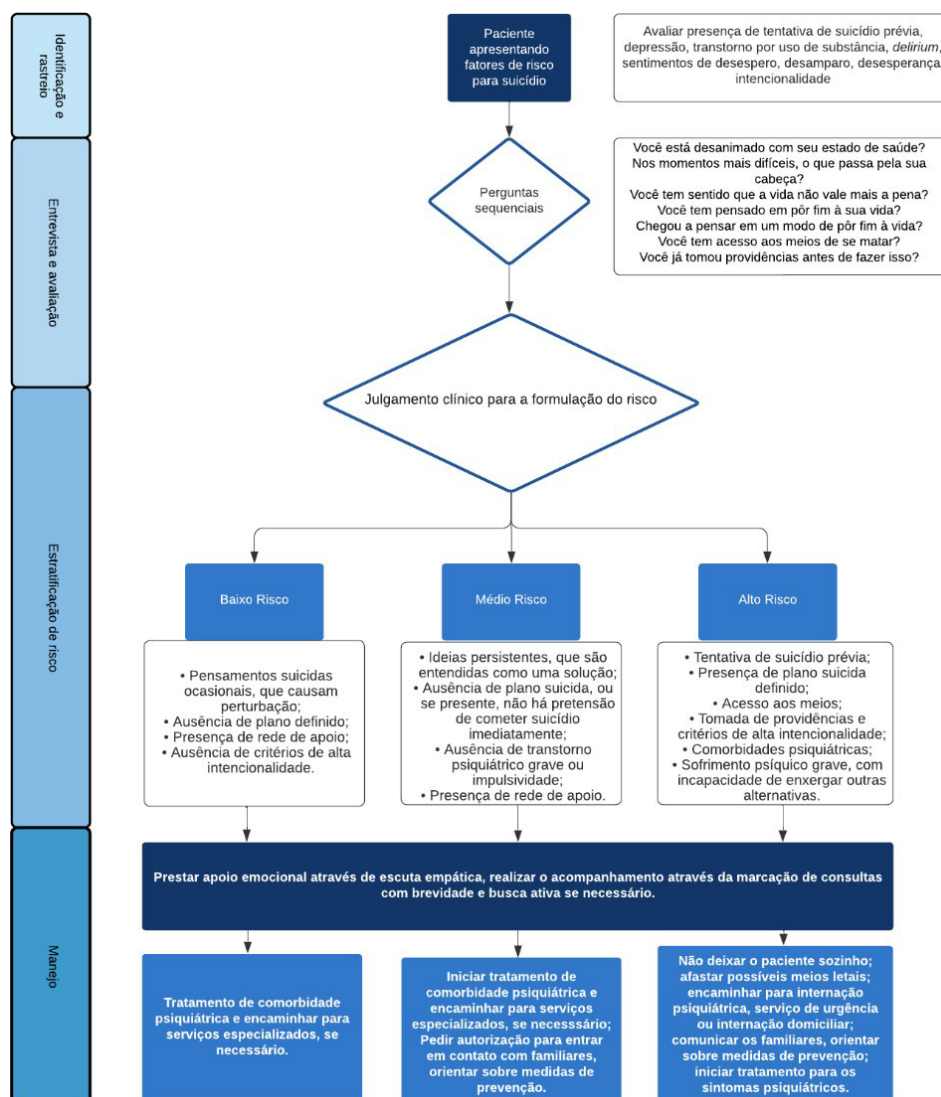
profissionais especializados na temática do suicídio, bem como de organizações nacionais e internacionais, como a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), Ministério da Saúde, Conselho Federal de Medicina (CFM) e Organização Mundial da Saúde (WHO).

A posteriori, entre os meses de janeiro e julho de 2021, foi realizada revisão sistemática da literatura, nas plataformas Scielo, Pubmed e Lilacs, utilizando-se os descritores: risco de suicídio, comportamento suicida e serviços de saúde. Os critérios de inclusão foram: artigos na íntegra, publicados entre 2016 e 2021, em inglês ou português, relacionados ao comportamento suicida em adultos. Foram encontradas 254 publicações, e após análise destas, 40 publicações atenderam a todos os critérios supracitados.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Estudos apontam que não são infrequentes os casos de pacientes que cometem suicídio tendo acessado algum serviço de saúde no ano ou até mesmo na semana precedente ao fato⁴⁻¹¹. Adicionando-se a esse fato o entendimento de que o suicídio é prevenível, observa-se que é essencial que os trabalhadores da saúde estejam aptos a identificar e manejar pacientes com comportamento suicida^{14,15}. Assim, a partir dos resultados deste estudo, foi elaborado um fluxograma com a finalidade de sumarizar os principais tópicos a serem abordados no atendimento destes pacientes (Figura 1).

Figura 1: Fluxograma para avaliação e manejo de pacientes apresentando comportamento suicida.



IDENTIFICAÇÃO E RASTREIO

De forma geral, os dois principais fatores de risco são: a presença de uma tentativa de suicídio prévia e a presença de doença psiquiátrica^{1,2,12,13}. A presença de desordens psiquiátricas é importante fator de risco para suicídio, visto que em torno de 90% das pessoas que cometem suicídio estavam em vigência de algum transtorno psíquico no momento do ato^{1-3,12}. Os transtornos de humor são as principais doenças psiquiátricas associadas ao comportamento suicida, seguido de abuso de substâncias, transtornos de personalidade e transtornos psicóticos¹³. Além disso, pacientes que apresentam doenças clínicas, como desordens de sistema nervoso central, dor, limitação física ou câncer, apresentam maior incidência de ideação suicida^{1,2,16-20}. Assim, o rastreio de pacientes com comportamento suicida deve incluir a identificação de doenças psiquiátricas, como depressão e abuso de substâncias, de *delirium* e de manifestações de estados afetivos como desesperança, desespero e desamparo^{1,2,12}.

Percebe-se que o comportamento suicida também está relacionado com condições como: ausência de rede de apoio, solidão, reprovação social, história de abuso (físico ou sexual), perdas (afetivas, físicas ou morais), dificuldades financeiras ou legais, e experiências de fracasso, humilhação ou vergonha^{11,12,21}. Cabe destacar que existem taxas aumentadas de suicídios entre minorias sociais, como a população LGBTQIA+, negros e indígenas²²⁻²⁵.

AVALIAÇÃO CLÍNICA

A entrevista clínica constitui-se como um momento oportuno para realizar intervenções no sentido de auxiliar o paciente reconhecer e lidar com os pensamentos e comportamentos suicidas, bem como a identificar possíveis pontos de apoio, como amigos ou familiares de confiança²⁶. São realizadas perguntas sequenciais, seguindo-se a cada resposta afirmativa, partindo de perguntas amplas, como “*você está desanimado com seu estado de saúde?*” até questionamentos mais diretos sobre ideação e planejamento suicida, como “*você tem pensado em pôr fim à sua vida?*”^{1,2}:

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

A estratificação de risco constitui-se a partir de um conjunto de fatores analisados durante a entrevista, juntamente com o julgamento clínico. Destaca-se que risco de suicídio é mutável, visto que são inúmeros os fatores de risco e de proteção, e estes interagem de maneiras particulares em momentos diversos da vida. Outrossim, a formulação do risco de suicídio não é uma estratégia para predizer quem irá ou não cometer suicídio, mas sim para permitir que ações específicas sejam tomadas para cada caso^{1,2}.

Aqueles que apresentam indicativos de alta intencionalidade são classificados como pacientes com alto risco de cometerem suicídio. Índícios desse comportamento são evidenciados pela tomada de providências para não ser descoberto, escolha de método altamente letal, planejamento detalhado e elaboração de cartas ou mensagens de despedida^{1,2,27}. Nesses casos, é necessário acionar a família ou demais indivíduos que fazem parte da rede de apoio. É importante que o paciente não esteja sozinho, bem como sejam afastados objetos e medicações que possam ser utilizados para uma tentativa de suicídio. Tipicamente necessitarão internação em unidade psiquiátrica, dado o risco iminente à vida^{1,2,27}.

A internação domiciliar pode ser considerada quando há indisponibilidade de internação psiquiátrica, ou quando a família se compromete com o cuidado do paciente. Deve-

se ter em mente, entretanto, que há o risco de sobrecarregar os cuidadores, além da possibilidade de a família não ter capacidade de contenção e cuidado. Deve-se manter objetos potencialmente letais (como cordas, facas ou armas de fogo) fora do alcance do paciente e responsabilizar um cuidador para administrar e armazenar as medicações^{1,2}.

MANEJO DE COMORBIDADES PSIQUIÁTRICAS

Dentre as estratégias para manejo não farmacológico, está a intervenção psicossocial, que inclui informar o indivíduo sobre o comportamento suicida, buscando auxiliar no processo de conscientização do problema, dos eventos envolvidos e as vulnerabilidades relacionada a esse comportamento. Além disso, visa motivar a pessoa para continuar a buscar ajuda quando necessário, elaborando estratégias práticas para resolução de problemas e para o manejo de futuras crises, melhorando o suporte social e profissional²⁸.

Outra importante estratégia na prevenção de suicídios é o manejo farmacológico das comorbidades psiquiátricas. Nesse sentido, destaca-se o papel do lítio no manejo de comportamento suicida^{11,28}. Contudo, devido a sua estreita janela terapêutica, é preciso levar em conta o risco de toxicidade e sobredosagem de lítio.

4. CONCLUSÃO

Por mais que ainda seja considerado um tabu, é necessário falar sobre suicídio e abordar esse tema em diversos contextos, principalmente nos serviços de saúde. Assim, faz-se necessária a oportuna e adequada identificação dos pacientes com risco de suicídio, bem como a condução de uma entrevista clínica assertiva e empática. A partir de então, é possível formular o risco de suicídio de cada indivíduo, bem como as condutas frente a cada caso. Destaca-se que a discussão destes temas e a aplicação na prática clínica podem constituir-se como ferramentas de prevenção de suicídios.

REFERÊNCIAS

BOTEGA, N.J. (organizador). Prática psiquiátrica no hospital geral [recurso eletrônico]: interconsulta e emergência – 3. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2012. BOTEGA, N.J. Crise suicida: avaliação e manejo [recurso eletrônico]. Porto Alegre :Artmed, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Suicide in the world: Global Health Estimates. WHO; Geneva, 2019.

BARCELÓ, S.J.; CRUZ, P.J.; IGLESIAS, J.M.; PORTELA, B.; GONZÁLEZ, J.; ÁLVAREZ, R. Health care contact prior to suicide attempts in older adults. A field study in Galicia, Spain. *Actas Esp Psiquiatr.* 2020;48(3):106-115.

ELZINGA, E.; GILISSEN, R., et al. Discussing suicidality with depressed patients: an observational study in Dutch sentinel general practices *BMJ Open* 2019;9:e027624. doi: 10.1136/bmjopen-2018-027624.

ELZINGA, E.; DE BEURS, D.; BEEKMAN, A.; BERKELMANS, G.; GILISSEN, R. Who didn't consult the doctor? Understanding sociodemographic factors in relation to health care uptake before suicide. *J Affect Disord.* 2021;287:158-164. doi:10.1016/j.jad.2021.03.0149.

JOHN, A.; DELPOZO-BANOS, M., et al. Contacts with primary and secondary healthcare

prior to suicide: case-control whole-population-based study using person-level linked routine data in Wales, UK, 2000-2017. *Br J Psychiatry*. 2020;217(6):717-724. doi:10.1192/bjp.2020.137

LINHARES, L.M.S.; KAWAKAME, P.M.G.; TSHUA, D.H.; SOUZA, A.S.; BARBIERI, A.R. Construção e validação de instrumento para avaliação da assistência ao comportamento suicida. *Rev Saude Publica*, 2019.

PEARSON A.; SAINI P., et al. Primary care contact prior to suicide in individuals with mental illness. *Br J Gen Pract*. 2009;59(568):825-832. doi:10.3399/bjgp09X472881 SANTOS L.A.; KIND L. Integralidade, intersetorialidade e cuidado em saúde: caminhos para se enfrentar o suicídio. *Interface (Botucatu)*, 2020.

TURECKI, G.; BRENT, D.A. Suicide and suicidal behaviour. *Lancet*. 2016;387(10024):1227-1239. doi:10.1016/S0140-6736(15)00234-2

BERTOLETE, J.M.; MELLO-SANTOS, C.D.; BOTEAGA, N.J. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica [Detecting suicide risk at psychiatric emergency services]. *Braz J Psychiatry*. 2010;32 Suppl 2:S87-S95. doi:10.1590/s1516-44462010000600005

BALDAÇARA, L.; ROCHA, G.A., et al. Brazilian Psychiatric Association guidelines for the management of suicidal behavior. Part 1. Risk factors, protective factors, and assessment. *Braz J Psychiatry*. 2021;43(5):525-537. doi:10.1590/1516-4446-2020-0994

BROWN, S.; IQBAL, Z., et al. Embedding an Evidence-Based Model for Suicide Prevention in the National Health Service: A Service Improvement Initiative. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(14):4920. Published 2020 Jul 8. doi:10.3390/ijerph17144920

LERCHENFELDT, S.; KAMEL-ELSAYED, S.; PATINO, G.; THOMAS, D.M.; WAGNER, J. Suicide Assessment and Management Team-Based Learning Module. *MedEdPORTAL*. 2020;16:10952. Published 2020 Aug 20. doi:10.15766/mep_2374-8265.10952

BALLARD, E.D.; PAO, M.; HENDERSON, D.; LEE, L.M.; BOSTWICK, J.M.; ROSENSTEIN, D.L. Suicide in the medical setting. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2008;34(8):474-481. doi:10.1016/s1553-7250(08)34060-4

SAAD, A.M.; GAD, M.M., et al. Suicidal death within a year of a cancer diagnosis: A population-based study. *Cancer*. 2019;125(6):972-979. doi:10.1002/cncr.31876

SANTOS, M.A. Câncer e suicídio em idosos: determinantes psicossociais do risco, psicopatologia e oportunidades para prevenção. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2017.

STEFANELLO, B.; FURLANETTO, L.M. Ideação suicida em pacientes internados em enfermarias de clínica médica: prevalência e sintomas depressivos associados. *J Bras Psiquiatr.*, 2012.

TARON, M.; NUNES, C.; MAIA, T. Suicide and suicide attempts in adults: exploring suicide risk 24 months after a psychiatric emergency room visit. *Braz J Psychiatry*. 2020;42(4):367-

371. doi:10.1590/1516-4446-2019-0583

BOTTI, N.C.L.; CANTÃO, L.; SILVA, A.C.; DIAS, T.G.; MENEZES, L.C.; CASTRO, R.A. Características e fatores de risco do comportamento suicida entre homens e mulheres com transtornos psiquiátricos. *Cogitare enferm.*, 2018.

HOTTES, T.S.; BOGAERT, L.; RHODES, A.E.; BRENNAN, D.J.; GESINK, D. Lifetime Prevalence of Suicide Attempts Among Sexual Minority Adults by Study Sampling Strategies: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Public Health*. 2016;106(5):e1-e12. doi:10.2105/AJPH.2016.303088.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Óbitos por suicídio entre adolescentes e jovens negros 2012 a 2016. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. Universidade de Brasília, Observatório de Saúde de Populações em Vulnerabilidade – Brasília, 2018.

de SOUZA, R.S.B.; de OLIVEIRA, J.C.; ALVARES-TEODORO, J.; TEODORO, M.L.M. Suicídio e povos indígenas brasileiros: revisão sistemática [Suicide and indigenous populations in Brazil: systematic reviewEl suicidio y los pueblos indígenas brasileños: revisión sistemática]. *Rev Panam Salud Publica*. 2020;44:e58. Published 2020 Jun 29. doi:10.26633/RPSP.2020.58

CORREIA, F.H.M.; RODRIGUES, B.B.; MENDONÇA, J.C.; CRUZ, L.R. Pensamento suicida entre a população transgênero: um estudo epidemiológico. *J. bras. psiquiatr.* 69 (1), 2020.

BAKER, D.; BLYTH, D.; STEDMAN, T.; MEEHAN, T. Case manager perceptions of emergency department use by patients with non-fatal suicidal behaviour. *Int J Ment Health Nurs*. 2021;30(2):487-494. doi:10.1111/inm.12810

SALL, J.; BRENNER, L.; MILLIKAN, A.M.; COLSTON, M.J. Assessment and management of Patients at Risk for Suicide: Synopsis of the 2019 U.S. Department of Veterans Affairs and U.S. Department of Defense Clinical Practice Guidelines. *Ann Intern Med*. 2019;171(5):343-353. doi:10.7326/M19-0687

TURECKI, G.; BRENT, D.A., et al. Suicide and suicide risk. *Nat Rev Dis Primers*. 2019;5(1):74. Published 2019 Oct 24. doi:10.1038/s41572-019-0121-0