

Morte de Marat, de Jacques-Louis David, 1793.

Risco de Suicídio

Protocolo Clínico

Protocolo da Rede de Atenção Psicossocial, baseado em evidências, para a abordagem do risco e das tentativas de suicídio.

Sistema Único de Saúde
Estado de Santa Catarina, 2015.



1. SITUAÇÃO A SER ABORDADA

Em psicóticos podem ocorrer suicídios que fazem parte de uma interpretação delirante estabelecida. As tentativas de auto extermínio comumente ocorrem em transtornos depressivos graves (bipolares ou monopolares), mas também em transtornos de personalidade (especialmente nas personalidades emocionalmente instáveis, como as borderline e as explosivas), no abuso de substâncias psicoativas, nas psicoses esquizofrênicas, em distímias, em reações de ajustamento e, em frequência menor, em outros quadros psiquiátricos.

O risco de morte intencional autoinfligida é classificada na sociologia como altruísta (por uma causa tida como nobre e importante), fatalista (como nos casos do moribundo que pensa em abreviar o sofrimento antes de uma morte já prevista), anômica (quando o sujeito sente que a sociedade em seu entorno está degenerada a ponto de não mais haver condições de sobrevivência) e egoísta (por motivos pessoais, como nas depressões, nos transtornos de personalidade borderline e explosiva e outros transtornos psíquicos)¹.

No momento da tentativa o quadro é de emergência médica e deverá ser encaminhado a um pronto-socorro de hospital geral, que seguirá critérios segundo o tipo de lesão ou de intoxicação praticada. O SAMU poderá fazer o atendimento inicial e o transporte ao hospital. Os profissionais que trabalham com urgências devem se atualizar para abordar os temas com matizes psiquiátricos².

2. CLASSIFICAÇÃO NA CID 10

O risco de suicídio não tem uma classificação própria, pois é fenômeno que pode ocorrer em vários quadros clínicos diferentes e, mais raramente, na ausência de qualquer quadro clínico. A maior parte das pessoas que planejam, tentam ou pensam insistentemente em suicídio sofre de algum transtorno psíquico, devendo ser feito seu diagnóstico e sua classificação segundo o transtorno.

Quando já ocorreu a tentativa, consumada ou frustra, utiliza-se os itens da CID-10 abaixo:

X60 a X84 Lesões autoprovocadas intencionalmente

X60 Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a analgésicos, antipiréticos e anti-reumáticos, não-opiáceos

X61 Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a drogas anticonvulsivantes [antiepilépticos] sedativos, hipnóticos, antiparkinsonianos e psicotrópicos não classificados em outra parte

X62 Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a narcóticos e psicodislépticos [alucinógenos] não classificados em outra parte

¹ SERRANO, A.I. Suicídio: epidemiologia e fatores de risco. . In: CATALDO NETO, A.; GAUER, AG.J.C.; FURTADO, N.R. **Psiquiatria para estudante de medicina**. 1ª. ed.. Porto Alegre: EdiPUCRS, 2003.

² CARVALHO,A.F.; QUEVEDO,J. **Emergências Psiquiátricas**. 3ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

- X63 Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a outras substâncias farmacológicas de ação sobre o sistema nervoso autônomo
- X64 Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a outras drogas, medicamentos e substâncias biológicas e às não especificadas
- X65 Auto-intoxicação voluntária por álcool
- X66 Auto-intoxicação intencional por solventes orgânicos, hidrocarbonetos halogenados e seus vapores
- X67 Auto-intoxicação intencional por outros gases e vapores
- X68 Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a pesticidas
- X69 Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a outros produtos químicos e substâncias nocivas não especificadas
- X70 Lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação
- X71 Lesão autoprovocada intencionalmente por afogamento e submersão
- X72 Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de arma de fogo de mão
- X73 Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de espingarda, carabina, ou arma de fogo de maior calibre
- X74 Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de outra arma de fogo e de arma de fogo não especificada
- X75 Lesão autoprovocada intencionalmente por dispositivos explosivos
- X76 Lesão autoprovocada intencionalmente pela fumaça, pelo fogo e por chamas
- X77 Lesão autoprovocada intencionalmente por vapor de água, gases ou objetos quentes
- X78 Lesão autoprovocada intencionalmente por objeto cortante ou penetrante
- X79 Lesão autoprovocada intencionalmente por objeto contundente
- X80 Lesão autoprovocada intencionalmente por precipitação de um lugar elevado
- X81 Lesão autoprovocada intencionalmente por precipitação ou permanência diante de um objeto em movimento
- X82 Lesão autoprovocada intencionalmente por impacto de um veículo a motor
- X83 Lesão autoprovocada intencionalmente por outros meios especificados
- X84 Lesão autoprovocada intencionalmente por meios não especificados

3. DIAGNÓSTICO

As ameaças de suicídio devem ser levadas a sério, desmistificando a ideia de que quem ameaça não faz. O agente de saúde pode ser importante na identificação de um risco, encaminhando a pessoa a consulta em unidade sanitária.

Diante de sinais de risco, a abordagem não precisa ser eufemizada: deve-se conversar abertamente sobre o tema com o paciente, perguntando se ele tem tido a sensação de que não vale mais a pena viver, se já pensou em terminar com sua vida, se fez algum plano para isto. O profissional precisa ter paciência para ouvir e não falar apressadamente. O reassuramento prematuro ou inadequado pode ser entendido pelo paciente como falta de empatia, de interesse ou impedimento para deixá-lo se manifestar³.

O diagnóstico é feito pela entrevista clínica, que deve ser realizada de forma empática e clara, com finalidade de avaliar o risco de comportamentos suicidas. O risco individual é avaliado através dos fatores de risco e de proteção identificados.

³ NORDON, D.G. Psiquiatria do adulto : ideação suicida e suicídio. In: GIANINI, R.J.; HÜBNER, C.K; NORDON, D.G. Protocolos de atendimento e encaminhamento em saúde mental para unidades básicas de saúde. São Paulo: Atheneu, 2012.

Como fatores de proteção podem ser identificados: suporte social, vínculo familiar, gestação, maternidade, religiosidade, habilidade na resolução de problemas e estilo de vida saudável. E como fatores de risco: história prévia de tentativa de suicídio, doença psiquiátrica, transtornos de personalidade, de ansiedade e estresse pós-traumático, solteiros, assim como os que moram sozinhos, doenças físicas (dor crônica, cirurgia recente, doença em estágio terminal), abuso na infância, desempregados, homens jovens, idosos, abuso de álcool e outras drogas, detentos e história familiar de suicídio.

Os meios utilizados variam da asfixia e do uso de armas, à ingestão de pesticidas agrícolas e de farmacos⁴. As mulheres tentam suicídio quatro vezes mais do que os homens, mas os homens usam, geralmente, métodos mais agressivos e morrem com uma frequência quatro vezes maior⁵.

A avaliação inclui o questionamento direto quanto a intenção, ideação e o plano suicida. Determinar o quão intensa é a presença dos pensamentos, a habilidade de controlar os impulsos, fatores estressores e o acesso a sistemas de suporte⁶.

Identificados os fatores de risco para comportamento suicida, classifica-se a urgência da situação.

São de **baixa urgência** os casos em que há ideação suicida mas não há planejamento específico e a intencionalidade é baixa. Nestes casos o paciente ainda vislumbra alternativas para lidar com o sofrimento.

São de **média urgência** os casos em que o paciente apresenta planos suicidas possíveis, mas não tem acesso fácil aos meios para concretizá-los. Visualiza seu planejamento como algo possível, para o futuro, caso a situação não melhore. Nestes casos o paciente deve ter consulta agendada em serviço especializado de saúde mental, como o CAPS, num período máximo de 7 a 10 dias. Neste interim, a equipe da unidade básica de saúde deve manter contato com ele.

Os casos de **urgência elevada** são os que há planejamento claro, com convicção, e há intenção de leva-lo a cabo nas próximas horas ou dias. A convicção nunca é absoluta, pois todos os pacientes têm uma ambivalência, que abre possibilidade para a intervenção. Casos com risco muito grave podem exigir internação em serviço de saúde mental de hospital geral ou em hospital psiquiátrico. Em geral é possível montar uma relação boa com o paciente, evitando um desfecho ruim.

Após classificar a urgência, caracteriza-se o **nível de periculosidade**. Se há meios disponíveis (venenos, armas de fogo, remédios armazenados, vida solitária sem pessoas habitando junto, ausência de rede social), de fácil acesso, a periculosidade é grande.

A avaliação psiquiátrica deve ser agendada imediatamente. Dependendo do risco, da urgência e da periculosidade, o paciente deve ser convidado a comparecer diariamente ao serviço de saúde, criando-se um esquema adicional de visitação do domicílio, por agente de saúde e por outros profissionais.

⁴ FLEISCHMANN, A.; BERTOLOTE, J.M., et al. Characteristics of attempted suicides seen in emergency-care settings of general hospitals in eight low- and middle-income countries. *Psychological Medicine*, 2005, 35, 1467–1474. Disponível em: <http://www98.griffith.edu.au/dspace/bitstream/handle/10072/27587/37716_1.pdf?sequence=1>.

⁵ SERRANO, A.I. **Chaves do óbito autoprovocado**: sua prevenção, assistência e gestão em saúde pública. Florianópolis: Insular, 2008.

⁶ CIULLA, L.; SERRANO, A.I.; TRES, G.L.; CATALDO NETO, A. Suicídio: avaliação de risco e manejo. In: CATALDO NETO, A.; GAUER, AG.J.C.; FURTADO, N.R. **Psiquiatria para estudante de medicina**. 2ª. ed.. Porto Alegre: EdiPUCRS, 2013.

4. POSSÍVEIS LOCAIS DE TRATAMENTO

Emergências hospitalares, unidades de pronto atendimento (UPA) e serviços móveis de urgência (SAMU), CAPS, ambulatórios e unidades básicas de saúde.

5. TRATAMENTO

Os pacientes de baixo risco (pensamentos suicidas ocasionais, sem planos) orienta-se fornecer suporte emocional e encaminhar para acompanhamento com profissional de saúde mental ou médico.

Os de médio risco (pensamento e planos suicidas de caráter não imediato) também devem ser estimulados quanto a trabalhar seus sentimentos suicidas e sua possível ambivalência e às alternativas ao suicídio, com encaminhamento o mais breve possível para acompanhamento de sua saúde mental, assim como a família e amigos devem ser contatados.

Os de alto risco (plano definido, meios de execução e de caráter imediato) devem ser acompanhados em tempo integral. Para os mais graves deve se providenciar hospitalização. A família deve ser contatada e informada, caso não saiba da situação. Se houver meios de suicídio em posse do paciente, eles devem ser removidos.

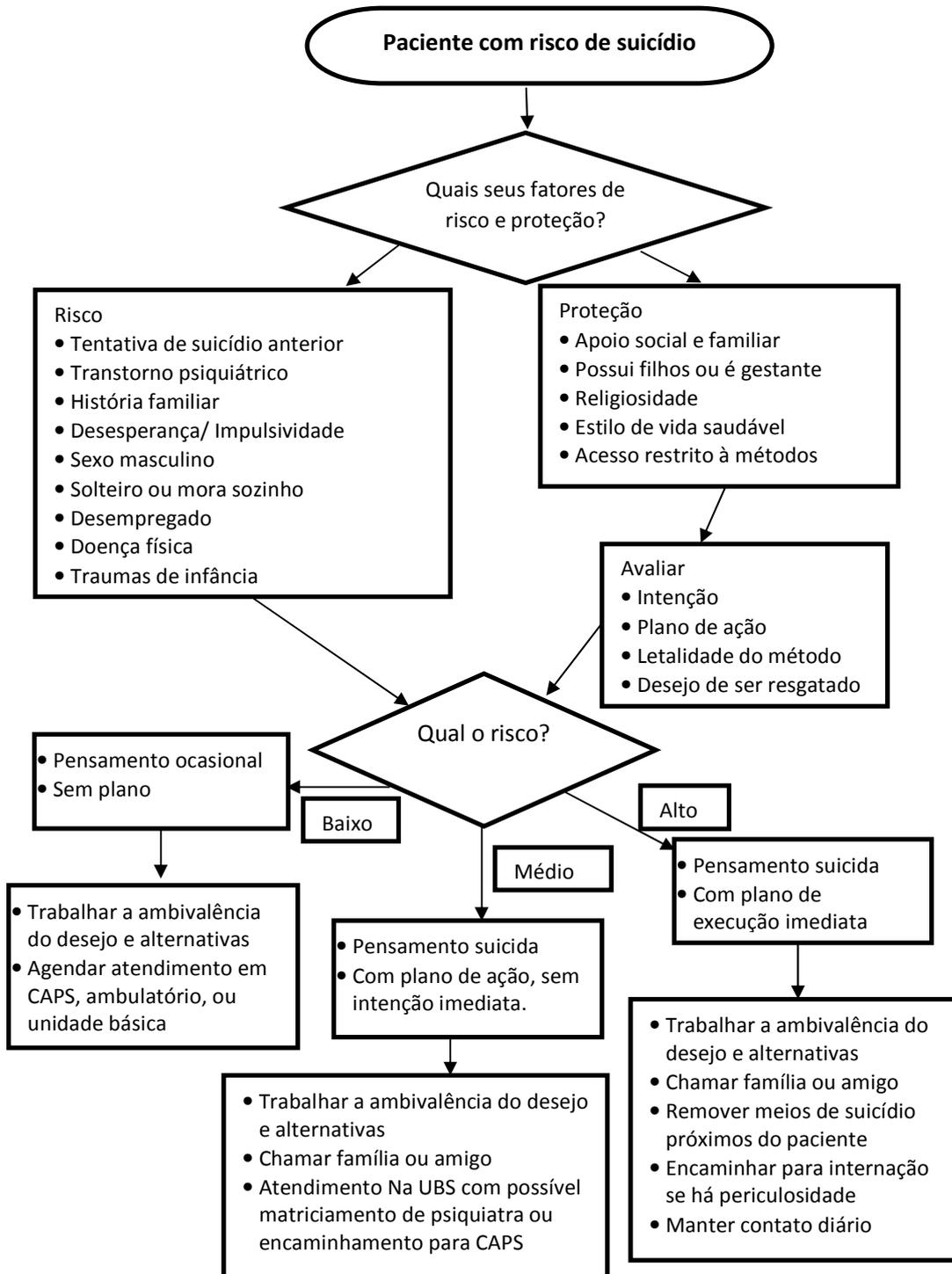
Os critérios de hospitalização abrangem, além do quadro clínico em si:

- a) Constância de pensamentos autodestrutivos permanentes ou recorrentes;
- b) Alto nível de intenção de morrer nas próximas horas ou nos próximos dias;
- c) Agitação ou pânico;
- d) Existência de plano destrutivo imediato, realista, envolvendo métodos eficazes;
- e) Suporte social precário e dificuldades para montar vínculo adequado.

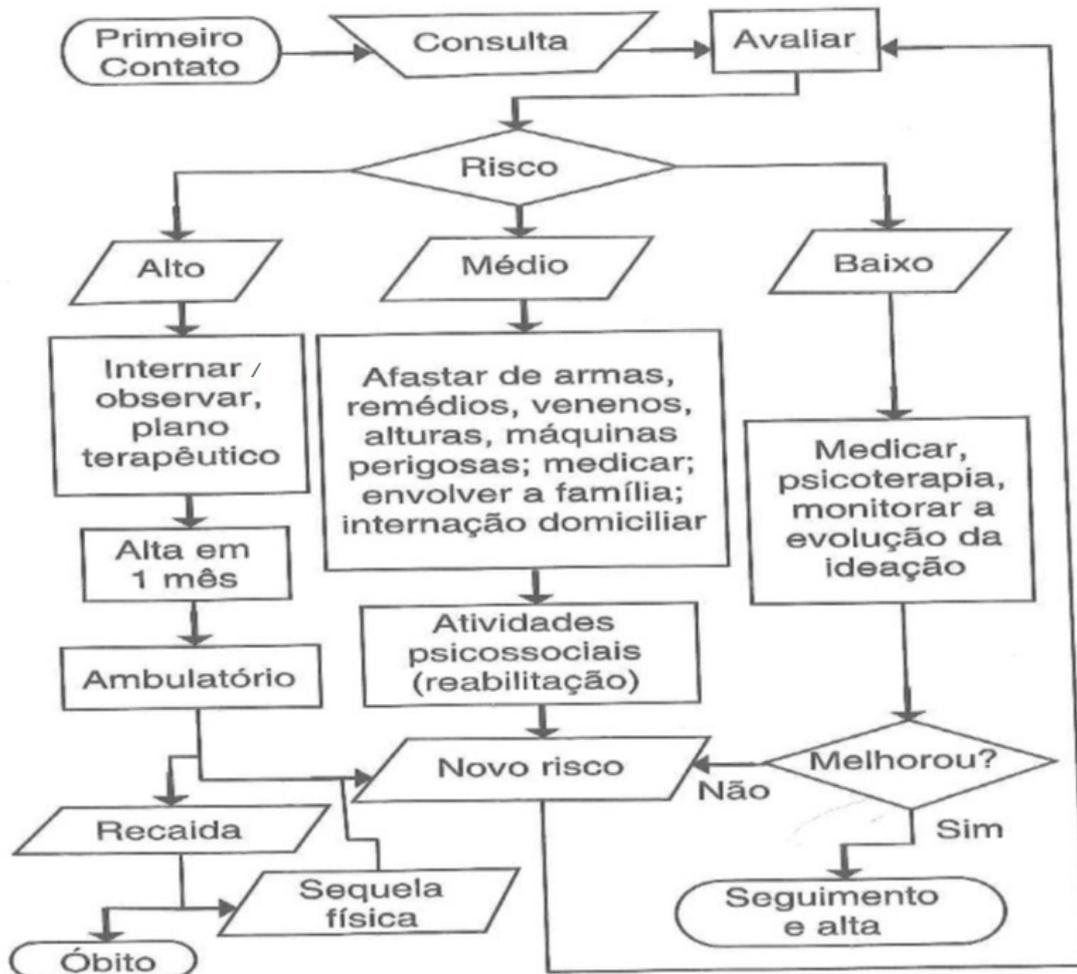
A abordagem psicossocial imediata e sequencial implica:

- a) Esforços para reduzir as forças de tensão sobre o mundo psíquico da pessoa
- b) Reforço das ligações afetivas positivas, não tanáticas
- c) Controle de armas, venenos, remédios, etc.
- d) Entender que se deve abordar o transtorno de base, que gera o ímpeto suicida, pois não há fármaco específico contra suicídio
- e) Evitar dar receitas médicas com grande quantidade de remédios, para evitar seu uso como meio de morte.
- f) Discutir os aspectos envolvendo a proteção possível, como nos casos de gravidez na adolescência e de solidão nos idosos.

ALGORITMO I



ALGORITMO II



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