

Governo do Distrito Federal
Secretaria de Estado de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgências

RISCO DE SUICÍDIO: acolhimento e abordagem



DR. RAFAEL VINHAL DA COSTA
MÉDICO PSIQUIATRA
PSIQUIATRA DA INFÂNCIA



Declaração de Conflitos de Interesses

Gerente do SAMU 192/SES/DF;

Psiquiatra da infância do HCB/SES/DF;

Atuação na saúde complementar;

Defensor da vida.

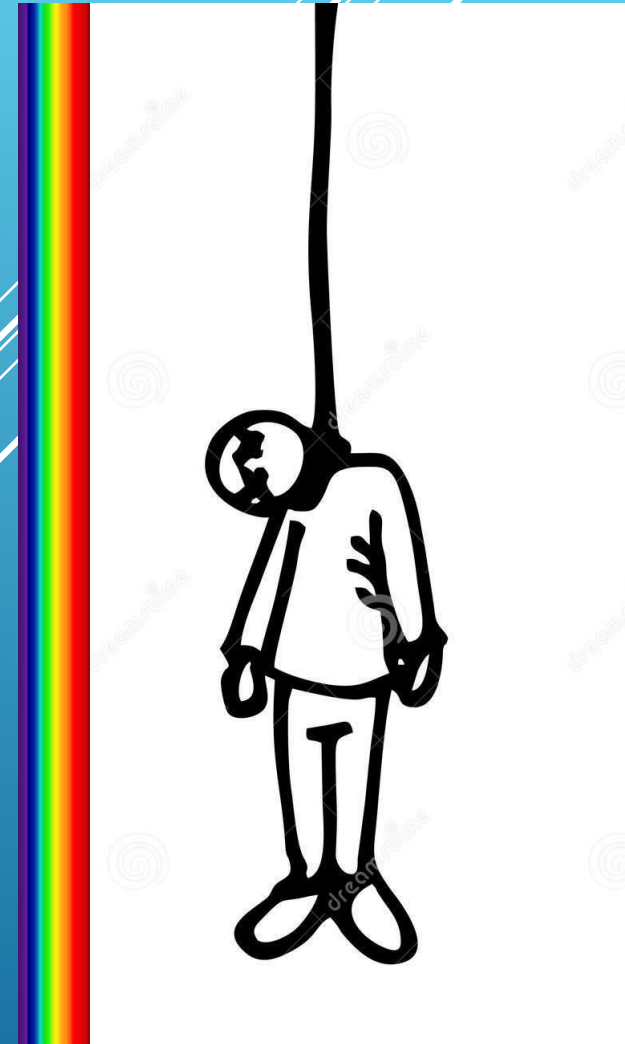
Resolução CFM n. 1.595/2000 e RDC Anvisa n. 96/2008



**A VERDADE
DÓI**

■ CLASSIFICAÇÃO DO ESPECTRO:

- **Intenção suicida:** expectativa subjetiva e o desejo de que um ato autodestrutivo resulte em morte.
- **Ideação suicida:** pensamento de servir como agente de sua própria morte.
- **Plano suicida:** plano de como executar sua própria morte.
- **Tentativa de suicídio:** comportamento autodestrutivo com consequências não fatais, acompanhado de evidências de que a pessoa apresentava a intenção de morrer.
- **Suicídio consumado:** morte autoprovocada resultante de um ato positivo ou negativo, com evidências de que a pessoa apresentava a intenção de morrer.



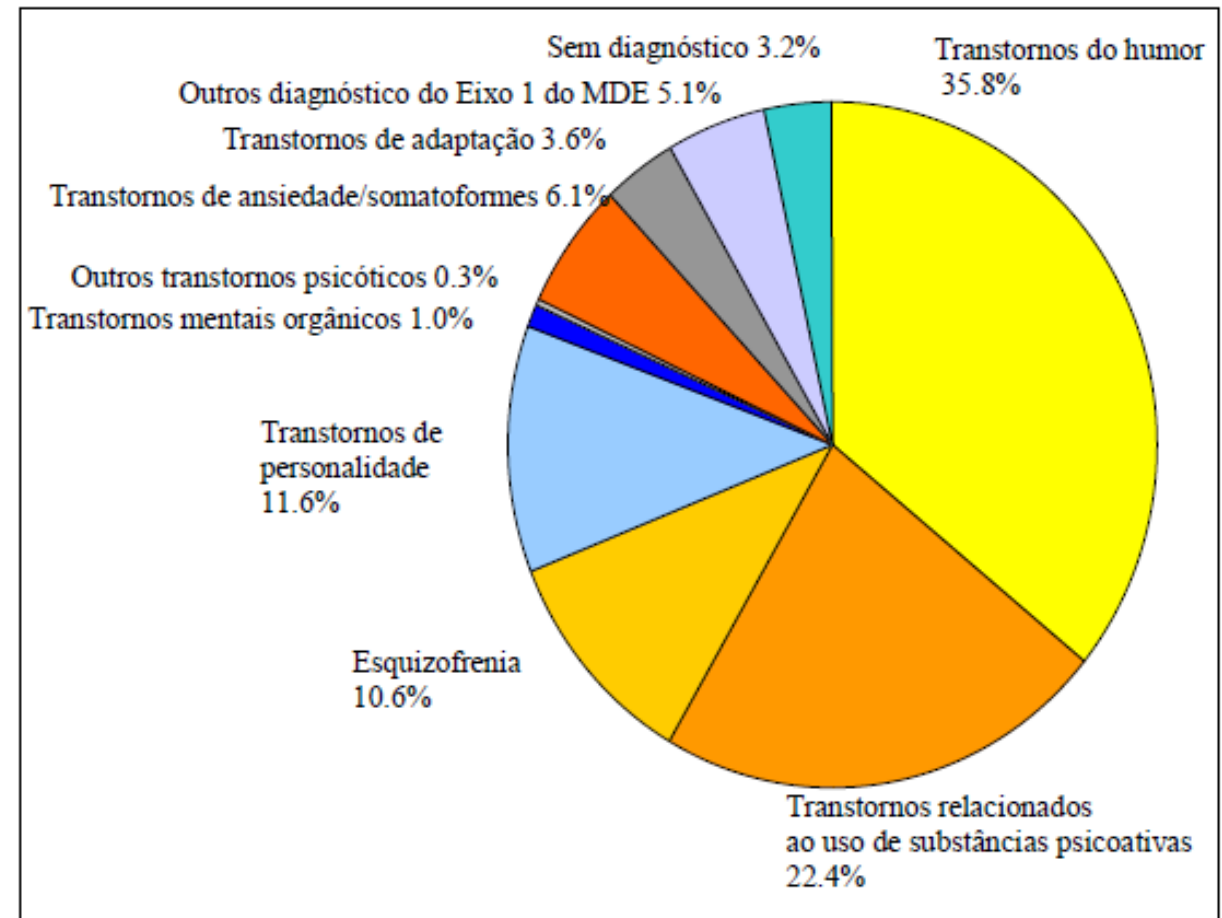
A teoria de Karl Menninger (1970)



MENNINGER, Karl. Eros e Tanatos – O homem contra si próprio. Ibrasa: São Paulo, 1970.

- Avaliar presença de Transtornos mentais:

**97% DAS PESSOAS
QUE COMETEM
SUICÍDIO TÊM UM
TRANSTORNO
MENTAL**

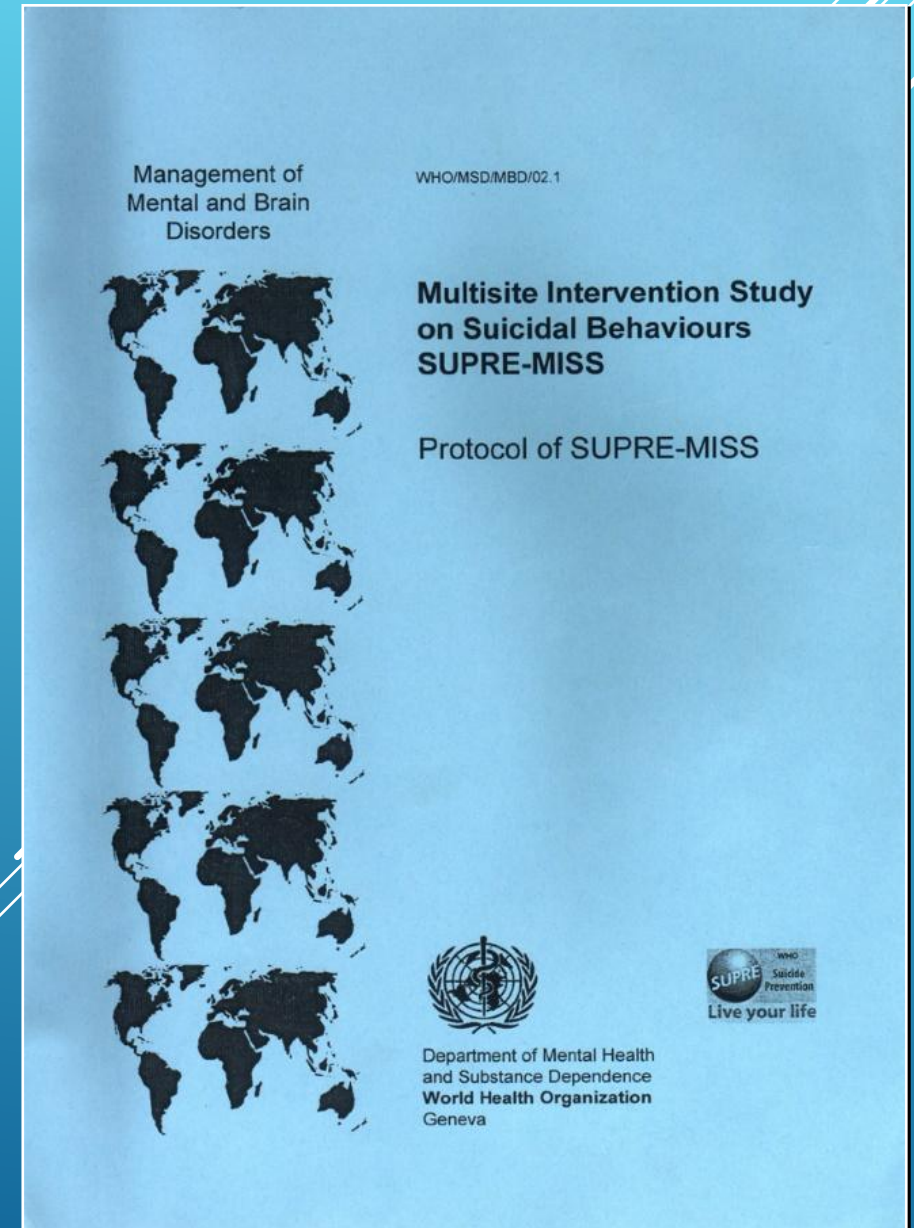


FONTE: Bertolote e Fleischmann, 2002.

Figura 2 – Suicídio e Transtornos Mentais: Distribuição dos diagnósticos em compilação de estudos com indivíduos sem antecedente de internação psiquiátrica.

■ AVALIAÇÃO DO RISCO DE SUICÍDIO

1. Intenção suicida?
 2. Método? Plano?
 3. Tem o que precisa?
 4. Quando vai executar?
- “Já pensou em acabar com a sua vida?”
 - “Você está se sentindo tão mal a ponto de pensar em suicídio?”
 - “Você já pensou como o vai fazer?”
 - “Você tem um plano?”
 - “Você tem o que precisa para fazer?”
 - “Você sabe quando vai fazer (hoje? Na próxima semana?”
 - “Você vai cometer o suicídio?”



ESCALA DE AVALIAÇÃO SADPERSONS

- **S:** Male sex: sexo masculino
- **A:** Age: idade
- **D:** Depression or hopelessness: depressão ou desesperança
- **P:** Previous suicidal attempts or psychiatric care: tentativas prévias de suicídio ou antecedente psiquiátrico
- **E:** Excessive ethanol or drug use: uso excessivo de álcool ou droga
- **R:** Rational thinking's loss (psychotic or organic illness): perda do pensamento racional
- **S:** Single, widowed or divorced: solteiro, viúvo ou divorciado
- **O:** Organized or serious attempt: organização da tentativa ou tentativa de natureza grave
- **N:** No social support: ausência de suporte social e familiar
- **S:** Stated future intent (determined to repeat or ambivalent): estado de intenção suicida futura (determinado por repetir a tentativa ou por ambivalência)

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO DE SUICÍDIO

BAIXO RISCO

- Pensamentos suicidas ocasionais, sem planos.
- Tentativas não planejadas, próximas a alguém, sem intenção de morrer, com métodos de baixa letalidade.
- Apoio familiar e social consistente.
- Ausência de transtorno mental.

MÉDIO RISCO

- Pensamentos e planos suicidas, embora não sejam de caráter imediato.
- Tentativas não planejadas ou planejadas, próxima a alguém, com intenção de morrer, com métodos de média letalidade.
- Apoio familiar e social pouco consistente.
- Presença de transtorno mental.

ALTO RISCO

- Plano de suicídio definido, de caráter imediato, e com meios de execução.
- Tentativas planejadas, escondidas, com intenção de morrer, com métodos de alta letalidade.
- Apoio familiar e social inconsistente.
- Presença de transtorno mental grave.
- Tomada de providências prévias (cartas, pagamento de contas, testamento) e parece estar se despedindo.

▪ BAIXO RISCO

- Oferecer **apoio emocional**;
- Trabalhar sobre os **sentimentos suicidas**;
- Foco nos **aspectos positivos** da pessoa;
- Encontrar a pessoa em intervalos regulares até que ela receba tratamento adequado;
- Se não identificar uma condição tratável e/ou a pessoa **não melhorar, encaminhe-a** para um profissional de saúde mental.



■ MÉDIO RISCO

- Focar os **sentimentos de ambivalência**.
- Explore **alternativas ao suicídio**.
- Faça um **contrato**.
- **Encaminhe** a pessoa a um psiquiatra.
- Entre em **contato com a família, amigos e/ou colegas**, reforce o apoio e oriente sobre **medidas de prevenção** ao suicídio.
- Peça o **aval do paciente** para todas as medidas a serem tomadas.



AMBIVALENCIA



■ ALTO RISCO

- **Estar junto** da pessoa. Nunca deixá-la sozinha.
- **Remover meios: comprimidos, faca, arma, venenos.**
- Fazer um **contrato**, ganhar tempo.
- Entrar em contato com um profissional da saúde mental ou do serviço de emergência mais próximo. Providenciar uma **ambulância e encaminhá-la**.
- **Informar a família** e reafirmar seu apoio.
- **Se você esgotou todas as tentativas de convencimento do paciente e percebe um risco de suicídio iminente, uma internação involuntária poderá ser necessária.**



INTERNAÇÃO

- Alto Risco de Suicídio;
- Baixo suporte social e familiar;
- Juízo crítico prejudicado;
- Recusa tratamento;
- Impulsividade;
- Necessidade de vigilância contínua.



ABORDAGEM NA NEGOCIAÇÃO

- ▶ A negociação com rendição pacífica é o **método de escolha** que deve ser adotado no gerenciamento de crises, de forma a manter a integridade do indivíduo;
- ▶ Consiste na **verbalização com o emprego de técnicas de comunicação, barganha e psicologia** com o objetivo de:
 - ▶ Chegar a um acordo;
 - ▶ Estabelecer um vínculo de confiança com o causador do evento, e;
 - ▶ Convencê-lo a encerrar o episódio crítico, mediante rendição pacífica.

ABORDAGEM NA NEGOCIAÇÃO

- É de extrema importância a não limitação de tempo para estar com a pessoa. Deve ser garantida uma total disponibilidade.
- É importante ouvir com atenção tudo o que a pessoa tem a dizer (e obter o máximo de informação sobre a situação atual).
- É adequado permitir que a pessoa chore, grite, até mesmo incentivar a expressão emocional. Contudo, o profissional não deve permitir que a pessoa se torne violenta ou se autoagrida.
- Explorar os planos de suicídio.



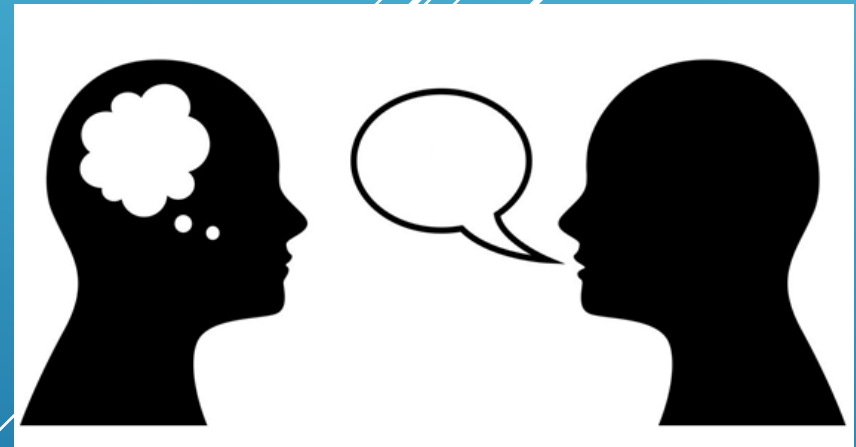
ABORDAGEM NA NEGOCIAÇÃO

- Não minimizar os problemas.
- Dizer que o sofrimento pelo qual a pessoa está passando é muito difícil e, dessa forma, requer a ajuda profissional.
- Valorizar a tentativa de suicídio como uma alternativa de resolução de problemas para o suicida. O objetivo da negociação passa também por ajudá-lo a considerar outras alternativas de resolução.
- Explorar os fatores de ajuda.



ABORDAGEM NA NEGOCIAÇÃO

- Expressar preocupação com a situação, interesse e apoio.
- Ser direto. Falar abertamente e referir fatos sobre o suicídio.
- Estar sempre disponível para ouvir. Aceitar a expressão dos sentimentos da pessoa, sem os invalidar ou criticar.
- Não julgar ou debater se o suicídio está certo ou errado, se os sentimentos são bons ou maus, ou qual o valor da vida.
- Nunca desafiar a cometer o suicídio.
- Não confrontar, pois aumenta o distanciamento em relação à pessoa.



Comportamentos e atitudes que não se deve tomar

- Desvalorizar planos ou tentativa de suicídio;
- Fazer julgamentos de valor ou morais;
- Fugir da discussão do tema da morte ou do suicídio (adiar a avaliação correta do risco);
- Impedir que a pessoa expresse raiva;
- Não aceitar dúvidas e desconfianças em relação ao nosso desejo de ajudar;
- Leitura de pensamentos do suicida;
- Desvalorizar a situação ou sentimentos do suicida;
- Dar conselhos ou respostas banais e não dirigidas a pessoa com transtorno mental;
- Manter atitude fria ou distante;
- Recorrer ao conforto superficial;
- Ser muito passivo ou expectante;
- Aceitar a transferência de responsabilidade do pessoa com transtorno mental com comportamento suicida.

TRATAMENTO

- Psicoterapia — comportamental dialética; cognitivo comportamental; interpessoal; familiar.
- ISRS e tricíclicos são eficazes para depressão.
- Em casos agudos pode ser necessária a sedação dos pacientes agitados com neurolépticos ou benzodiazepínicos.
- Efeito antisuicídio: Lítio (para transtornos do humor); e Clozapina para psicoses.
- ECT — indicado para ideação suicida grave e persistente e que a necessidade de ação rápida se faz premente.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

- A maioria das mortes é prevenível
- Nenhum paciente deve ter alta sem avaliação do risco de suicídio adequada
- O suicídio consumado tem um forte impacto emocional em todos os envolvidos.
- Pósvenção: habilidades e estratégias para cuidar de si ou ajudar o outro a se curar após uma vivência de comportamento suicida.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



Obrigado

- ▶ Instituto Nacional de Emergência Médica – INEM. Manual de Procedimentos CAPIC – CODU. Centro de Apoio Psicológico e COMPORTAMENTO SUICIDA – CAPIC. Lisboa, 2011.
- ▶ Instituto Nacional de Emergência Médica – INEM. Manual da Unidade Móvel de Intervenção Psicológica em Emergência – UMIPE. Centro de Apoio Psicológico e COMPORTAMENTO SUICIDA – CAPIC. Lisboa, 2011.
- ▶ Vermont Department of Health. Protocols. Vermont Statewide. Emergency Medical Services. Outubro, 2013.
- ▶ Corpo de Bombeiros da Polícia Militar do Estado de São Paulo. Gerenciamento de crises envolvendo suicidas e atentados terroristas. Coletânea de Manuais Técnicos de Bombeiros. Manual Técnico de Bombeiros 35 – MTB35. 1ª Edição, 2006.
- ▶ Rodrigues, A.; Kapczinski, F. Risco de Suicídio. In: Quevedo, J.; Carvalho, A. F. Emergências Psiquiátricas. 3ª Edição. Porto Alegre: Editora Artmed, 2014.

Rafael Vinhal da Costa
Médico psiquiatra
Saúde Mental – SAMU/DF
rafaelvinhal@gmail.com
61-999514774