Neury José Botega

CAPÍTULO 9

COMPORTAMENTO SUICIDA NA DEPRESSÃO

Aspectos-chave

- A taxa de suicídio vem crescendo no Brasil, chegando a 6,6 mortes por 100.000 habitantes.
- O número de tentativas de suicídio é 10 vezes superior às mortes por suicídio, trazendo desafios de manejo destas pessoas nos serviços de saúde.
- A autoagressão (*cutting*), apesar de não ser um indicativo direto de risco iminente de suicídio, sinaliza sofrimento mental.
- Uma série de falsas crenças dos profissionais que assistem à estas pessoas dificulta a construção de estratégias eficazes no cuidado.
- O mapeamento de fatores predisponentes, precipitantes e protetores é essencial para o planejamento terapêutico.
- A depressão é o transtorno mental mais associado ao suicídio.
- A gradação do risco de suicídio permite aos profissionais estabelecer a conduta mais adequada, ética e protetiva. A rede social mais próxima (familiares, amigos e/ou conhecidos) deve ser acionada.
- O monitoramento do caso envolve garantia da segurança, obtenção de colaboração, orientação aos cuidadores e manutenção da estabilidade clínica.
- A Atenção Primária à Saúde (APS) tem um papel importante no manejo de pessoas com risco de suicídio.

Comportamento suicida na depressão

A autoagressão humana, em especial, o suicídio são fenômenos complexos. A causa que, rapidamente tentamos encontrar pode ter sido, simplesmente, a gota d´água que fez o copo extravasar. Na base da autoagressão há uma história de vida, de sofrimento, que culmina com um não encontrar saída para a dor de existir.

Magnitude

Ao contrário do que se observa na maioria dos países-membro da Organização Mundial da Saúde, a taxa de suicídio[(3)] vem crescendo em nosso país e chegou a 6,6 no ano de 2019. Se comparada às taxas de outros países, não é tão alta. Mas como nosso país é populoso, essa taxa relativamente pequena resulta em elevado número de mortes [7 15].

Em 2019, houve 13.520 suicídios, em números oficiais, o que dá uma média de 37 suicídios diariamente [7]. A magnitude real do número de suicídios deve ser pelo menos 20% maior, segundo o próprio Ministério da Saúde reconhece.

As taxas de suicídio no Brasil crescem mais entre adolescentes e adultos jovens do sexo masculino. O suicídio de adolescentes aumentou 24% entre 2006 e 2015, segundo estudo que abrangeu registros de mortalidade em seis capitais brasileiras [11]. **E na população indígena, há uma tragédia silenciosa: metade do elevado número de suicídios é de adolescentes**.

No espectro do comportamento autoagressivo, o suicídio é a ponta de um iceberg. Estima-se que o número de tentativas de suicídio supere o de suicídios em pelo menos dez vezes. Também vem aumentando o número de crianças e de adolescentes que se automutilam. O mais comum é fazer cortes superficiais em várias partes do corpo.

Ainda que não haja o claro desejo de se matar, a tentativa de suicídio e o *cutting* são importantes sinalizadores de sofrimento psíquico. Por isso, ideias, amea ças e tentativas de suicídio - mesmo aquelas que parecem calculadas para não resultarem em morte - devem ser encaradas com seriedade, como um sinal de alerta a indicar sofrimento e atuação de fenômenos psíquicos e sociais complexos [6].

Crenças e atitudes

Diante de um paciente com risco de suicídio, assaltam-nos pelo menos dois temores: o de nos sentirmos responsáveis por uma vida (“posso perder o paciente”) e o de, por falta de treinamento, não saber bem o que falar, o que fazer. Somos tomados, então, por um sentimento que combina apreensão e impotência. O medo de ser responsabilizado pela morte de um paciente aliado à sensação de impotência leva muitos profissionais a evitar o trabalho com pessoas potencialmente suicidas.

O primeiro passo para se conduzir bem frente a tal situação é não estar sob a influência de falsas crenças em relação ao suicídio (Quadro 1). Essas crenças moldam nossas atitudes, as quais, por sua vez, influenciam o que fazemos ou o que deixamos de fazer pelos pacientes que atendemos [4].

---

(3) Uma das maneiras de medir a magnitude do suicídio em uma população é a taxa, ou o coeficiente, de mortalidade por suicídio, que representa o número de suicídios para cada 100 mil habitantes ao longo de um ano.

Quadro 1. Crenças errôneas em relação ao suicídio.

Crenças errôneas em relação ao suicídio

Se eu perguntar sobre suicídio, poderei induzir o paciente a isso
Por causa do estigma, as pessoas temem conversar sobre suicídio. Questionar sobre ideias de suicídio, fazendo-o de modo sensato e franco, fortalece o vínculo com o paciente, que se sente acolhido por um profissional cuidadoso, que se interessa pela extensão de seu sofrimento.

Ele está ameaçando o suicídio apenas para manipular...
Pode não ser bem assim. Muitas pessoas que se matam haviam dado sinais verbais ou não verbais de sua intenção para amigos, familiares ou médicos. A menção ao suicídio pode significar um pedido de ajuda. Ainda que em alguns casos possa haver um componente manipulativo, não se pode deixar de considerar a existência do risco de suicídio.

Quem quer se matar, se mata mesmo
Essa ideia pode conduzir ao imobilismo terapêutico. Ao contrário dessa ideia, as pessoas que pensam em suicídio frequentemente estão ambivalentes entre viver ou morrer. Quando elas obtêm apoio emocional, no momento certo, podem desistir do suicídio. Quando falamos em prevenção, não se trata de evitar todos os suicídios, mas sim os que podem ser evitados.

O suicídio só ocorre quando há uma doença mental
Ainda que uma doença mental esteja presente na maioria dos casos de suicídio, isso não é obrigatório. O comportamento suicida geralmente indica um sofrimento profundo, mas não necessariamente, uma doença mental. Lembrar, também, que a maioria das pessoas acometidas por um transtorno mental não se mata.

No lugar dele, eu também me mataria...
Há sempre o risco de o profissional identificar-se profundamente com aspectos do desamparo e da desesperança de seus pacientes, sentindo-se impotente para a tarefa assistencial. E há também o perigo de se valer de um julgamento pessoal subjetivo para iniciar ações ou para deixar de fazê-lo.

Veja se da próxima vez você se mata mesmo!
O comportamento suicida exerce um impacto emocional sobre nós, desencadeia sentimentos de franca hostilidade e rejeição. Isso nos impede de tomar a tentativa de suicídio como um marco a partir do qual podem se mobilizar forças para uma mudança de vida.

Quem se mata é bem diferente de quem apenas tenta
Vistas em conjunto, as pessoas que tentam o suicídio têm características diferentes daquelas que chegam a um desenlace fatal. No entanto, há muita heterogeneidade entre as tentativas de suicídio quanto à motivação, à intencionalidade e ao grau de letalidade. Além disso, é equivocado extrapolar achados de estudos populacionais a situações individuais.

Uma vez suicida, sempre suicida!
A elevação do risco de suicídio costuma ser passageira e especificamente relacionada a algumas condições de vida. Embora a ideação suicida possa retornar em outros momentos, ela não é permanente. Pessoas que já pensaram em se matar, ou que chegaram a tentar o suicídio, podem viver, e bem, uma longa vida.

Fonte: Botega, 2015

Avaliação do risco de suicídio

O risco de suicídio, por mais cuidado que tenhamos em sua formulação, distancia-se da noção de previsão de quem irá, ou não, tirar a própria vida. A formulação de risco tem a principal vantagem de orientar o manejo clínico e colocar as ações terapêuticas numa ordem de prioridade. Não custa lembrar que o risco não é estático, seu grau varia ao longo do tempo. O anexo, ao final do capítulo, poderá ser utilizado como um roteiro de avaliação.

A postura do profissional, desde o modo de se dirigir ao paciente, sua maneira de conduzir a entrevista, suas expressões verbais e não verbais, tudo isso faz parte do que ficou conhecido sob a denominação de *rapport*: um relacionamento cordial, de entendimento, de aceitação e empatia mútua, capaz de facilitar e aprofundar a experiência terapêutica. Observar e ouvir atentamente; nunca fazer discurso moralista ou rapidamente aconselhar.

O estabelecimento do *rapport* é pré-requisito para uma boa entrevista. No caso da avaliação de risco de suicídio, é o que permite ao paciente confiar em nós e afirmar que sim, que tem pensado em se matar. É, também, o que possibilita ao terapeuta ouvir um não e continuar a suspeitar de que existe, sim, um risco de suicídio, apesar da negativa do paciente.

Procure, sempre, compreender segundo o ponto de vista do paciente, levando em conta o contexto social, cultural e familiar em que ele se encontra inserido. Não há lugar para comentários que visão um apaziguamento rápido. Na verdade, tais comentários desconsideram o sofrimento de uma pessoa.

1. O que está acontecendo?

Há algumas perguntas que o entrevistador deve ter em mente, ainda que não as formule para o paciente: o que dói na vida dessa pessoa...?, qual a motivação para o suicídio, qual o significado que, para ela, sua morte terá para os outros? Nascerão algumas suposições que, posteriormente, com o decorrer de novas consultas, o profissional poderá explorar melhor.

Durante uma avaliação clínica inicial, é preciso obter muitas informações em um espaço de tempo limitado. Por isso, num segundo momento da entrevista, o profissional passará a conduzir a entrevista, valendo-se de questões diretivas.

É útil irmos pelas áreas listadas a seguir, formulando questões introdutórias gerais. Para evitar respostas do tipo sim ou não, procure introduzir a palavra como (Poderia me dizer como é sua família...?, Como estão as coisas em seu casamento... na escola...no trabalho...?) e a expressão Eu gostaria de compreender melhor como você tem se sentido... (em casa, com o parceiro, na escola ou no trabalho).

- Dificuldades e perdas (reais ou imaginadas) nos relacionamentos afetivos
- Mudança da situação socioeconômica (principalmente dificuldades financeiras)
- Discórdia e violência no ambiente familiar
- Abuso ou negligência (física, sexual, emocional)
- Fracasso e humilhação (relacionamentos, profissão, escola)

São frequentes as situações em que, devido às más condições clínicas, o paciente não é capaz de relatar seus problemas. Necessitamos, então, de fontes secundárias de informação, geralmente de pessoas próximas a ele. Mas atenção, esses relatos costumam mesclar fatos com interpretações!

2. Estado mental atual

A avaliação ampla e aprofundada do estado mental requer conhecimentos que vão além do escopo deste capítulo. Aqui destacamos alguns estados mentais que mais fortemente se associam ao risco de suicídio.

***Psychache* (psique) e constrição cognitiva.** O neologismo *psychache* (psique) foi idealizado para denominar uma dor intolerável, vivenciada como uma turbulência emocional interminável, uma sensação angustiante de estar preso em si mesmo, sem encontrar saída. Junto com esse desespero, costuma haver a sensação de que a vida entrou em colapso. O suicídio passa a ser visto como única saída, uma forma de cessação da consciência para interromper a dor psíquica [13].

Ansiedade, inquietude e insônia. De modo geral, a inquietude motora, as preocupações excessivas e os sintomas corporais que acompanham a ansiedade levam ao desespero e à ideação suicida. O controle da ansiedade e das crises de pânico é sempre um objetivo terapêutico essencial no tratamento de pessoas sob risco de suicídio. Também devemos dar atenção à insônia, um fator de risco igualmente modificável pelo tratamento [10].

Impulsividade e agressividade. Atos impensados e explosões de raiva podem aparecer espontaneamente no relato, a ponto de o clínico não ter dúvidas de que se encontra diante de uma pessoa impulsiva e agressiva. É comum, no entanto, que os pacientes relutem em nos

contar eventos dessa natureza. Precisaremos lhes perguntar e, frequentemente, contar com a informação complementar de um familiar.

Desesperança. Alguns estudos mostraram que sentimentos de desesperança, bem como a falta ou enfraquecimento de razões para viver associam-se mais fortemente ao suicídio do que o próprio humor deprimido [2 14]. Ao avaliar a desesperança, procure, também, quais as razões que o paciente encontra para viver.

Vergonha e vingança. É aconselhável não menosprezar o sentido de expiação de culpa, ou de ataque vingador, que um suicídio pode representar. Pode levar ao suicídio a vergonha que se abate em quem teve um segredo descoberto, ou em quem falhou e frustrou a expectativa própria ou de outrem.

No contexto das relações humanas, o suicídio pode ser usado também como vingança. Atenção ao atender uma pessoa que, devido a uma ruptura amorosa, sente-se tão injustiçada e humilhada, tão vazia e impotente, que apenas uma ideia poderosa lhe vem em mente: retaliação pelo suicídio. Considere alguns fatores agravantes:

- Se a pessoa estiver morando sozinha;
- Com pouco ou nenhum apoio de amigos e de familiares;
- Se estiver insistindo desesperadamente numa reconciliação improvável;
- Se sua forma de pensar e de agir for do tipo ou tudo ou nada;
- Se houver histórico de impulsividade;
- Se passou a ingerir bebida alcoólica em excesso, etc.

Nesses casos, mesmo na ausência dos principais fatores de risco (transtorno mental, tentativa de suicídio prévia) um contexto insuportável leva à necessidade de fazer alguma coisa definitiva. Para cessar a dor psíquica, ou para permanecer para sempre na lembrança do ser amado perdido, o suicídio pode ser visto como a melhor opção.

Ambivalência. A ambivalência é a convivência de sentimentos e ideias opostas. Isso faz parte da natureza humana. Muitos pacientes pensam em se matar, ao mesmo tempo em que comparecem pontualmente às consultas. Há o desejo de morrer junto com o desejo de ser amparado e resgatado de um tormento.

A ambivalência não deve ser confundida com incoerência, nem usada para “acusar” a dúvida ou “pouca coragem” de uma pessoa. Que a ambivalência nos sirva de alento para seguirmos ao lado de nossos pacientes, que, pensam em suicídio e nos pedem ajuda.

3. Fatores de risco e de proteção

Esse componente da avaliação procura coletar e ponderar informações sobre fatores que aumentam, ou diminuem, o risco de suicídio, segundo estudos populacionais. Tais fatores são estabelecidos após tratamento estatístico de dados compilados a partir de grande número de casos de suicídio. Isso implica cuidados quando, no raciocínio clínico, fazemos a transposição desse referencial para um caso individual.

Os fatores de risco têm valores preditivos distintos e relativos. Seu impacto difere segundo várias características, entre as quais sua duração, fase da vida em que ele ocorre e com qual intensidade.

Nenhum fator de risco ou de proteção, isoladamente, pode determinar ou evitar um suicídio. Assim, por exemplo, apesar de o sexo feminino, na maioria dos países, estar relacionado a menor risco de suicídio, a elaboração de um plano suicida pesa consistentemente para elevar o risco, independentemente do sexo.

Na prática clínica, um fator de risco relacionado à vida mental ou à história pessoal e familiar de um indivíduo tem mais peso do que os fatores sociodemográficos [3].

De qualquer forma, a presença de um forte fator de risco (Quadro 2), ou a combinação de vários fatores, é sempre um alerta: uma avaliação cuidadosa do risco de suicídio não pode deixar de ser feita.

Quadro 2. Alguns dos principais fatores de risco de suicídio.

Predisponentes	Precipitantes
Tentativa de suicídio	Desilusão amorosa
Transtornos psiquiátricos	Separação conjugal
Suicídio na família	Conflitos relacionais
Abuso físico ou sexual na infância	Derrocada financeira
Impulasividade/agressividade	Perda de emprego
Isolamento social	Desonra, humilhação
Doenças imcapacitantes/incuráveis	Embriaguez
Desespero e inquietude	Acesso a um meio letal
Alta recente de internação psiquiátrica	

Fonte: Botega, 2015

Embora haja escassez de estudos que evidenciem a real proteção que certas circunstâncias possam dar em relação ao suicídio, costumamos considerá-los quando da avaliação clínica. Muitos dos chamados fatores de proteção influenciam o desenvolvimento psíquico desde a mais tenra idade e nos protegem contra várias adversidades, não apenas contra o suicídio.

Quais fatores de proteção estariam presentes na vida do paciente? Perguntas sobre com quem ele reside, sobre como é o ambiente familiar e como está seu relacionamento em casa costumam dar boa abertura; também perguntas sobre seus relacionamentos nas esferas escolar, profissional e social. Crença e frequência a cultos religiosos contribuem para formarmos uma ideia a respeito dos fatores de proteção contra o suicídio.

Transtornos mentais

Os transtornos mentais, juntamente com tentativa de suicídio pregressa, são os principais fatores de risco para o suicídio. A depressão, o transtorno do humor bipolar, a dependência de álcool e de outras drogas psicoativas, bem como a esquizofrenia e certos transtornos de personalidade (impulsividade, agressividade, labilidade) são os que mais predispõem ao suicídio.

Tentativa de suicídio pregressa

Uma única tentativa de suicídio, independentemente da intenção suicida, já aumenta o risco de novas tentativas. Lembremos, também, que em aproximadamente metade dos casos de suicídio, houve anteriormente uma tentativa de pôr fim à vida. Por isso, perguntar sobre tentativas de suicídio faz parte da avaliação sistemática do risco de suicídio. Tais eventos não devem simplesmente figurar como um item a mais, e pouco explorado, dentre os antecedentes pessoais.

As circunstâncias e as consequências das tentativas de suicídio (e também de outros atos de autolesão, sem intenção letal) devem ser detalhadas: frequência, contexto em que ocorreram, fatores precipitantes, grau de intencionalidade suicida (tentativa planejada? não planejada e impulsiva?), gravidade do evento (necessidade de assistência médica? de internação hospitalar? consequências físicas?), sentimentos após ter sobrevivido (alívio? frustração? vergonha? desejo de empreender nova tentativa?), consequências e mudanças ocasionadas pela tentativa de suicídio, visão atual em relação a esses acontecimentos.

Comportamento suicida em adolescentes

O mundo psíquico de um adolescente está em ebulição, ainda não se atingiu a maturidade emocional. Há maior dificuldade para lidar com conflitos interpessoais, término de relacionamentos, vergonha ou humilhação e rejeição pelo grupo social. A tendência ao imediatismo e à impulsividade implica maior dificuldade para lidar com a frustração e digerir a raiva.

Perfeccionismo e autocrítica exacerbada, problemas na identidade sexual, bem como bullying, são outros fatores que se combinam para aumentar o risco.

Quando dominados por sentimentos de frustração e desamparo, alguns adolescentes veem na autoagressão um recurso para interromper a dor que o psiquismo não consegue processar. Quando o pensar não dá conta de ordenar o mundo interno, o vazio e a falta de sentido fomentam ainda mais o sofrimento, fechando-se assim um círculo vicioso que pode conduzir à morte. Nos suicídios impulsivos, a ação letal se dá antes de haver ideias mais elaboradas capazes de dar outro caminho para a dor psíquica. O ato suicida ocorre no escuro representacional, como um curto-circuito, um ato-dor.

Há, também, os suicídios que se vinculam a transtornos mentais que incidem na adolescência, como a depressão, o transtorno afetivo bipolar e o abuso de drogas. Diagnóstico tardio, carência de serviços de atenção à saúde mental e inadequação do tratamento agravam a evolução da doença e, em consequência, o risco de suicídio.

O Quadro 3 reúne alguns sinais que alertam sobre a existência de sofrimento psíquico e, também, de possível risco de suicídio. Muitos desses sinais são inespecíficos, pois também aparecem quando do surgimento de alguns transtornos mentais que podem ter início na adolescência (esquizofrenia, depressão, drogadição e transtorno afetivo bipolar).

Quadro 3. Sinais de alerta em relação a risco de suicídio em adolescentes.

Sinais de alerta em relação a risco de suicídio em adolescentes
▪ Mudanças marcantes na personalidade ou nos hábitos
▪ Comportamento ansioso, agitado ou deprimido
▪ Piora do desempenho na escola, no trabalho, em outras atividades que costumava manter
▪ Afastamento da família e de amigos
▪ Perda de interesse em atividades de que gostava
▪ Descuido com a aparência
▪ Perda ou ganho inusitados de peso
▪ Mudança no padrão usual de sono
▪ Comentários autodepreciativos persistentes
▪ Comentários negativos em relação ao futuro, desesperança
▪ Disforia marcante (combinação de tristeza, irritabilidade, acessos de raiva)
▪ Comentários sobre morte, sobre pessoas que morreram, interesse por essa temática
▪ Doação de pertences que valorizava
▪ Expressão clara ou velada de querer morrer ou de dar fim à vida

Fonte: Botega, 2015

Risco crônico de suicídio

Ocasionalmente, atendemos pessoas com histórico de várias tentativas de suicídio com baixa intencionalidade suicida, realizadas com métodos de baixa letalidade, como por exemplo, cortes superficiais na pele, ingestão de vários comprimidos que não chegam a representar um risco para a vida. A intenção letal ausente ou diminuta leva alguns autores a preferir a expressão *autoagressão* deliberada, ou *parassuicídio*, em vez de *tentativa de suicídio*.

Nesse grupo de repetidores de tentativas de suicídio há maior porcentagem de mulheres, menor religiosidade, menor número de casados, maior frequência de depressão, maior número de internações psiquiátricas, mais pessoas com traços de raiva e impulsividade, mais casos de dependência de álcool ou drogas e de disfunção no desempenho de papéis sociais [8].

A maioria desses pacientes têm certos traços marcantes de personalidade: instabilidade nas emoções, a impulsividade, a dramaticidade e a tendência sedutora ou manipuladora do comportamento. Muitos indivíduos se automutilam como forma de aliviar um estado de sofrimento psíquico intenso; alguns, para experimentar algum grau de excitação enquanto se cortam. Outros assim procedem como forma de se punir ou de descarregar a raiva [1 12].

A noção simplista de que o paciente faz menção ou tenta o suicídio tão somente para chamar a atenção e *manipular* as pessoas deve ser rejeitada. Esse pode até ser um componente de seu comportamento (mobilizar e controlar pessoas próximas, seduzir, escapar de situações adversas, fugir de responsabilidades), mas não é o único.

Falsas melhoras

Os períodos de início de recuperação de quadros depressivos graves, quando o paciente volta a ter iniciativa e aumento de energia, são críticos para o risco de suicídio. Ficamos aliviados ao ver o início da melhora e nos esquecemos de repetir a avaliação de risco de suicídio. Lembrar também que no início do tratamento com antidepressivos, principalmente em adolescentes, podem surgir pensamentos suicidas ou comportamento autoagressivo.

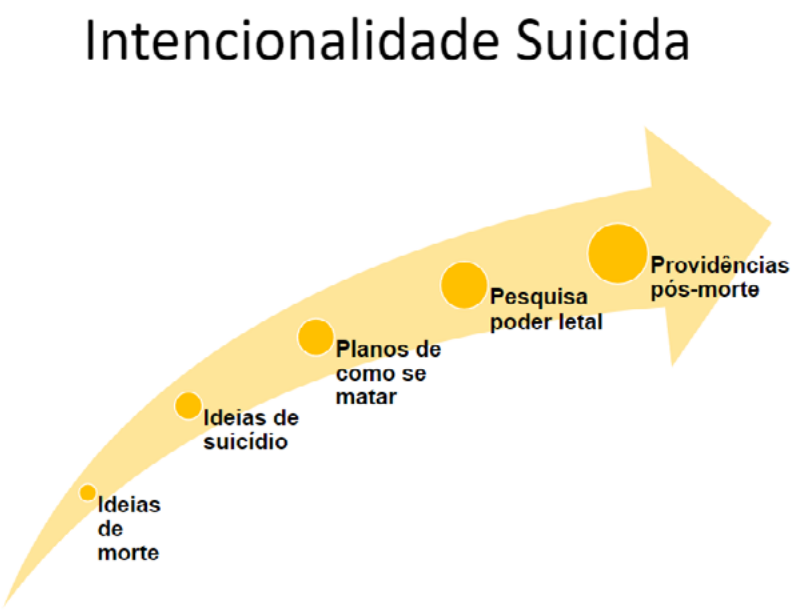
Deve-se desconfiar das falsas melhoras, especialmente quando situações de crise ainda continuam sem solução, ou foram temporariamente apaziguadas por medicação ou internação hospitalar.

4. Intencionalidade suicida

A intencionalidade suicida diz respeito ao desejo e à determinação de pôr fim à vida. A gravidade da intencionalidade é determinada por dois fatores concorrentes: a intensidade da motivação suicida, e o grau com que essa motivação é contrabalanceada pelo desejo conflitante de continuar a viver [9].

De modo geral, consideramos que a intencionalidade suicida cresce a partir de ideias vagas sobre morrer, geralmente de forma passiva, chegando a planos detalhados de como se matar, incluindo providências tomadas antes da morte e cuidados para evitar eventual salvamento logo após a tentativa de suicídio (Figura 1).

Figura 1. Características que se acompanham de aumento da intencionalidade suicida.



Fonte: Botega, 2015

De modo geral, consideramos que a intencionalidade suicida cresce a partir de ideias vagas sobre morrer, geralmente de forma passiva, chegando a planos detalhados de como se matar, incluindo providências tomadas antes da morte e cuidados para evitar eventual salvamento logo após a tentativa de suicídio (Figura 1).

Importante, não deixe a avaliação da intencionalidade suicida para o final da consulta! Você precisará de tempo, caso as primeiras respostas sejam afirmativas. Esse tempo deverá ser utilizado não só no aprofundamento da avaliação do risco de suicídio, como também nas primeiras providências, no caso de alto risco, visando à segurança do paciente.

Se a temática do suicídio não aparecer espontaneamente no relato do paciente, você poderá introduzi-la, dando a entender que é um cuidado a mais que se deve ter na avaliação clínica, que certos pensamentos podem surgir em tempos de sofrimento angustiante. Geralmente isso é feito quando fazemos as perguntas usuais que avaliam o humor e os sintomas depressivos. **A melhor maneira de saber se uma pessoa tem pensado em suicídio é perguntar para ela. Ao contrário de uma crença comum, falar a respeito de suicídio não inocula essa ideia na mente de uma pessoa**. Isso já foi comprovado cientificamente.

De fato, os pacientes costumam ficar agradecidos e aliviados ao perceberem que fazemos, com interesse, uma pergunta tão importante quanto rotineira. Assim, sentem que poderão falar abertamente, sem vergonha ou receios, sobre um assunto tão perturbador. O profissional que não investiga a presença de ideação suicida pode, ao contrário da crença comum, contribuir para o aumento da angústia do paciente potencialmente suicida.

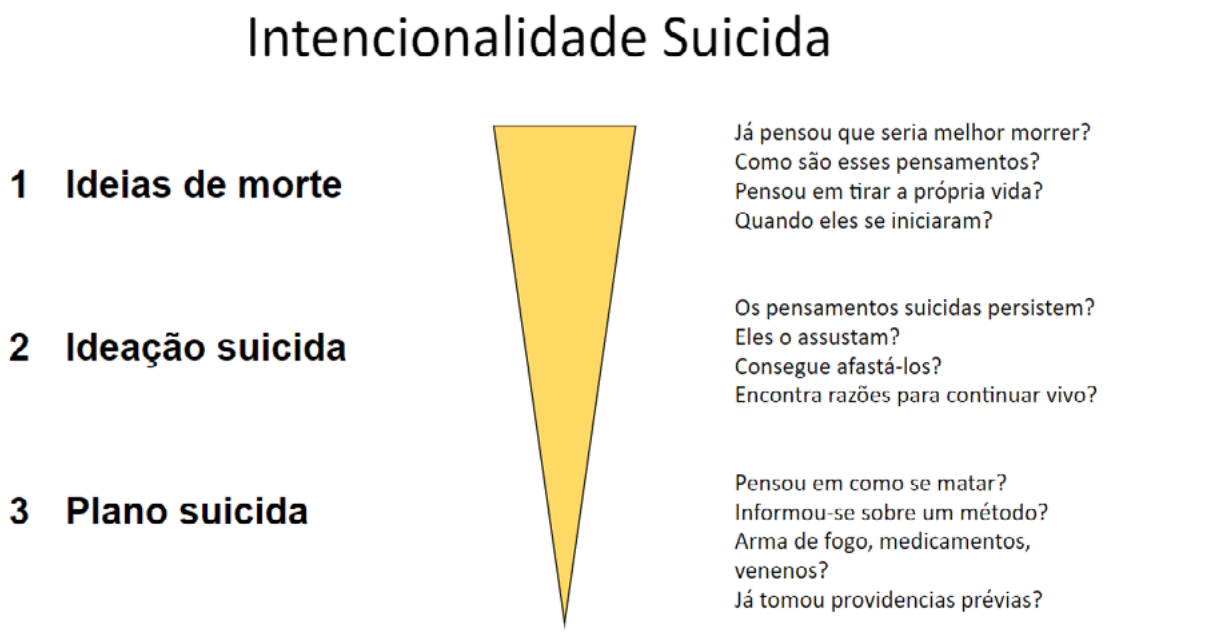
De início, pode ser feita uma pergunta geral sobre o valor dado à vida, ou sobre ideias passivas de morte. A seguir, o questionamento sobre comportamento suicida deve ser feito utilizando-se uma linguagem clara e direta. Alguns exemplos:

- Diante das dificuldades que você veio enfrentando, algumas pessoas poderiam pensar que a vida ficou difícil demais... Você chegou a pensar que não vale mais à pena viver?
- Você pensa muito sobre morte, sobre pessoas que já morreram, ou sobre sua própria morte?
- Quando você diz que preferiria estar morto, isso é um desejo de morrer devido a uma doença, por exemplo, ou chega a pensar em suicídio?
- Você pensou em suicídio durante essa última semana?

Várias perguntas devem ser feitas sobre ideação suicida, pelo menos três; uma questão só não basta. Deve ser feita uma sequência de perguntas que parte do mais geral e que vai se afunilando em detalhes sobre eventual plano suicida (Figura 2).

A sequência de perguntas indica que estamos interessados em obter informações que se concentram em três áreas de interesse: presença e natureza das ideias de morte (passivas ou ativas); persistência e intensidade da ideação suicida (e qual o controle que o paciente tem sobre ela) e plano suicida. Em geral, quanto maior a intensidade e a persistência dos pensamentos suicidas, maior o risco de suicídio (Suominen et al., 2004).

Figura 2. Sequência de perguntas que investigam o grau de intencionalidade suicida.



Fonte: Botega, 2015

Ideias passivas de morte. O paciente responde que pensa, sim, que seria melhor morrer devido a uma doença, por exemplo, mas que não quer, ou não teria coragem de se matar. Em pacientes de câncer, pode haver ideias fugazes ou persistentes de morrer logo, sem intenção claramente suicida e sem um plano letal.

Lembrar que na depressão frequentemente observa-se um autoabandono decorrente da hipobulia (ausência de motivação) e da anedonia (ausência de prazer). Não se trata, propriamente, de uma ideia ativa de se matar, mas de um deixar-se morrer, quando não mais se encontram motivação e satisfação para viver.

Ideação suicida. De início, a ideação suicida costuma trazer desconforto. A ideia de pôr fim à vida, quando passa pela cabeça, parece perigosa e alheia ao indivíduo, provoca ansiedade. No entanto, o agravamento de uma crise, sentida como intolerável e interminável, faz com que o suicídio passe a ser visto como uma possibilidade de alívio, uma saída. É por isso que sugerimos o detalhamento a respeito dos graus de incômodo e de controle frente à ideação suicida.

Ocultação da intenção suicida. Alguns pacientes respondem evasivamente as nossas perguntas. Outros ocultam deliberadamente a intenção suicida. Nessas condições, um clínico experiente tem boas razões para não se fiar nas respostas do paciente (se ele intui que algo está errado, provavelmente algo está errado). Detalhes da anamnese, a existência de um transtorno mental grave, a dramática condição de vida, ou o estado mental sugerem o contrário do que lhe afirma o paciente. Alguns sinais:

- Evidência de quadro psicótico
- Paciente evita contato visual durante a entrevista
- Incapacidade de se estabelecer um contato empático
- Paciente aparenta raiva ou distanciamento emocional
- Relutância em responder questões sobre ideação suicida
- Respostas do tipo “eu não sei...”, “sei lá...”

Intenção suicida inconsciente. Ocasionalmente, observamos que pessoas melancólicas passam a adotar comportamentos impulsivos, com risco de morte, que não lhe eram habituais, como, por exemplo, dirigir em alta velocidade, notadamente em autoestradas. É como se, secretamente, depositassem a continuidade da existência nas mãos do destino: se morrer, melhor. Geralmente isso não é relatado espontaneamente pelo paciente, pois ele não se dá conta do *componente suicida* que impregnou suas ações.

Plano suicida. Perguntar sobre os detalhes de um plano suicida (como, onde e quando) não é curiosidade mórbida, é conduta clínica imprescindível. Nunca se esqueça de questionar sobre

a existência e a facilidade de acesso a meios letais, incluindo armas de fogo, venenos, pesticidas agrícolas, medicamentos estocados para uma *overdose*, etc.

Poder letal. A crença de que um método escolhido para o suicídio levará a um desfecho fatal costuma ser mais relevante, em termos de intencionalidade, do que a letalidade potencial e objetiva. Por exemplo, um paciente pode ter tomado dez comprimidos de benzodiazepínico e ter um risco elevado de suicídio, pois pensava que isso (um medicamento de tarja preta) seria suficiente para levá-lo à morte.

Outro forte indicador de risco é o fato de o paciente ter se informado sobre o poder letal de um método (em livros, na *internet*) como também o pensamento de adotar o mesmo recurso empregado por uma pessoa próxima que se matou.

Quanto mais detalhado o plano, maior o risco de suicídio, como também a escolha de métodos violentos, altamente letais e irreversíveis, acesso ao meio letal e capacidade para colocá-lo em marcha, providências tomadas em preparação para a morte, exclusão da chance de socorro médico, proposta de pacto suicida a outrem, plano de homicídio seguido de suicídio.

A Escala de Intencionalidade Suicida [2], muito utilizada em pesquisas, é útil também na prática clínica. Seus principais itens, resumidos no Quadro 4, podem orientar a anamnese quando da ocorrência de tentativas de suicídios. Costumamos assumir que, quanto maior a intenção letal de uma tentativa de suicídio, maior o risco de futuro suicídio.

Quadro 4. Circunstâncias que sugerem alta intencionalidade suicida.

Circunstâncias que sugerem alta intencionalidade suicida
▪ Comunicação prévia de que iria se matar
▪ Mensagem ou carta de adeus
▪ Providências finais (ex.: conta bancária) antes do ato
▪ Planejamento detalhado
▪ Precauções para que o ato não fosse descoberto
▪ Ausência de pessoas por perto que pudessem socorrer
▪ Não procurou ajuda logo após a tentativa de suicídio
▪ Método violento, ou uso de drogas mais perigosas
▪ Crença de que o ato seria irreversível e letal
▪ Afirmação clara de que queria morrer
▪ Desapontamento por ter sobrevivido

Fonte: Beck et al., 1974

5. Formulação do risco de suicídio

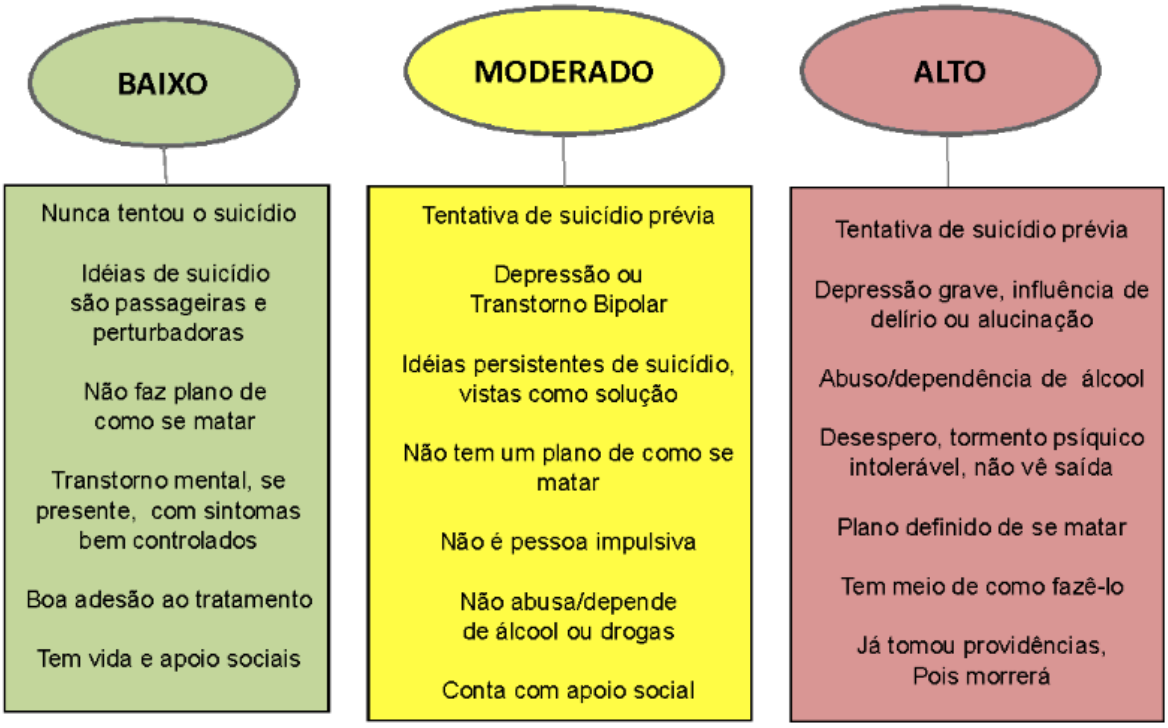
Um conjunto de informações relevantes e articuladas permite um parecer final, embasado cientificamente, que chamamos de formulação do risco de suicídio. Não custa relembrar que uma formulação de risco não é uma predição sobre quem poderá ou não se matar. Ela é um julgamento clínico que permite priorizar as ações dirigidas ao paciente.

Um risco moderado, por exemplo, faz da prevenção do suicídio um dos objetivos mais importantes do tratamento. Já um risco muito alto, iminente, de o paciente se matar exige que a prevenção do suicídio seja prioritária em relação a outros objetivos terapêuticos. A formulação de um baixo risco de suicídio, por sua vez, não significa que o potencial suicida seja insignificante; tão somente não há evidência de intenção letal ou de um plano suicida.

A formulação de risco só é possível após uma avaliação clínica cuidadosa e sistemática. Basear-se tão somente na intuição, após breve entrevista sem informações detalhadas, é temerário. Ainda assim, há nessa tarefa algo de intuitivo, uma *impressão clínica*, como dizemos. Essa última, fundamentalmente, forma-se a partir de considerações ligadas à personalidade e ao estado mental do paciente, bem como de aspectos intersubjetivos que se estabelecem entre o profissional, o paciente e a dinâmica da família em que esse último se encontra inserido.

O esquema didático da Figura 3 aparece em vários manuais de prevenção do suicídio destinados a profissionais de saúde. Alguns parâmetros são combinados, de forma ilustrativa, em três configurações de risco de suicídio.

Figura 3. Esquema didático com três gradações de risco de suicídio.



Fonte: Botega, 2015

A formulação do risco de suicídio, juntamente com as principais medidas e recomendações realizadas, deve ser documentada no prontuário do paciente, da forma mais completa possível. Se algo não foi possível ser feito ou esclarecido, isso também deve constar do registro. Após a autorização deste ou de seus familiares, a formulação deve ser compartilhada com outros profissionais envolvidos no tratamento.

Registrar a formulação de risco traz algumas vantagens, entre as quais: permite ao profissional pensar na avaliação que conduziu e, eventualmente, dar-se conta de algo que ficou faltando; auxilia outros profissionais que futuramente tenham acesso às anotações; sob um ponto de vista legal, não há qualquer evidência de que o profissional concluiu a avaliação de risco, se ele não a escrever no prontuário.

À medida que avançamos na avaliação e concluímos a formulação de risco de suicídio, nos conscientizamos a respeito dos problemas, das características pessoais e das circunstâncias de vida do paciente. Mentalmente, passamos a montar uma estratégia de manejo imediato do risco, bem como de tratamento nos curto e médio prazos.

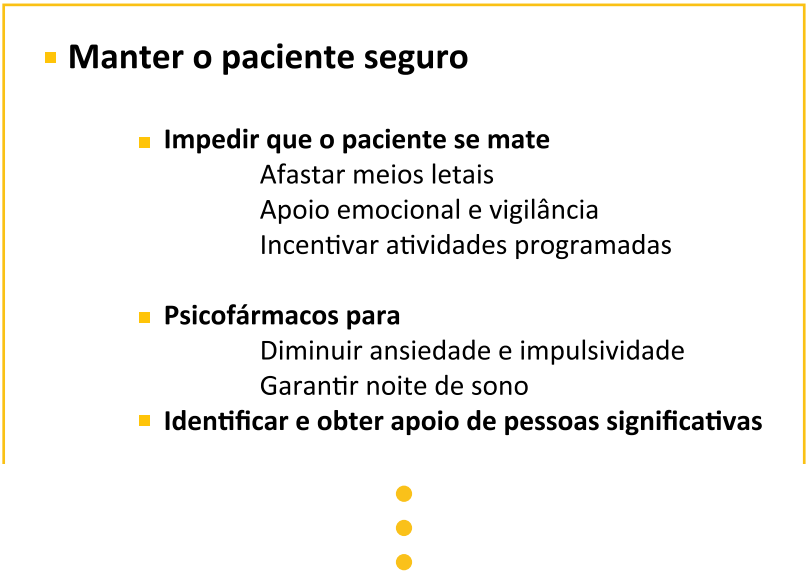
Manejo

Os objetivos essenciais do manejo da crise suicida são: no curto prazo, manter o paciente seguro; no médio prazo, manter o paciente estável. Não se deve passar rapidamente pela simplicidade óbvia dessa afirmação. Ela implica prioridades que não podem ser confundidas.

No curto prazo são necessárias ações rápidas e objetivas. Casos de risco de suicídio sempre devem ser encaminhados a um serviço de saúde mental, a fim de o paciente ser mais profundamente avaliado e intensivamente acompanhado.

A Figura 4 esquematiza um plano terapêutico geral para alcançar o objetivo de manter o paciente seguro, com estratégias e ações de prevenção que devem ser desencadeadas sequencialmente.

Figura 4. Sequência de ações que compõem um plano de terapêutico geral na crise suicida.



- **Esclarecimento e apoio aos familiares**
- **Monitorar e obter colaboração**
  - **Incrementar e facilitar contatos**
    - Consultas frequentes
    - Telefonemas periódicos
  - **Elaborar um plano de segurança**
    - Identificar gatilhos
    - Diminuir estressores
    - Aumentar apoio social
    - Viabilizar contatos emergenciais
  - **Repetir avaliações do risco**
- **Discussão clínica e supervisão**
  - **Rever disponibilidade externa e interna**
- **Manter o paciente estável**
  - **Diagnosticar e tratar transtornos mentais**
  - **Lidar com estressores crônicos**
  - **Abordar comportamentos disfuncionais**
  - **Estimular e encaminhar para psicoterapia**
  - **Cuidar da adesão ao tratamento**

Fonte: Botega, 2015

Monitorar e obter colaboração

A equipe de atenção básica deve, idealmente, acompanhar de perto os pacientes com risco de suicídio, mesmo quando eles se encontram em tratamento psiquiátrico.

Além da imprescindível disponibilidade interna - de acolher o paciente, ouvi-lo com atenção e participar de um trabalho conjunto – deve haver horários reservados na agenda que possam ser abertos para os casos de crise.

Além de consultas frequentes, é aconselhável fazer telefonemas periódicos para um paciente em crise. Se você mencionar que fará um telefonema, ato contínuo anote isso em sua agenda. Isso evitará tanto o esquecimento, quanto o pensamento recorrente eu *não posso me esquecer de...* Ao anotar na agenda, considere o tempo extra que gastará nos telefonemas [5].

Receber o telefonema prometido tem efeito terapêutico. Nossos pacientes não estão acostumados a receber telefonemas agendados por profissionais de saúde, sempre tão ocupados. Fazendo-o, você fortalecerá o vínculo e a aliança de trabalho com aquela pessoa e, com esperança, o risco de suicídio diminuirá.

Em alguns casos de maior gravidade, a equipe de saúde mental indicará uma internação psiquiátrica. A indicação de uma internação nem sempre é bem recebida, e nem sempre há uma vaga hospitalar prontamente disponível. Costuma ser difícil a negociação com pacientes ou familiares contrários à internação.

O ideal é conversar francamente sobre as condições que justificam a permanência em uma instituição psiquiátrica (Quadro 5), bem como sobre os riscos de assim não se proceder. Esgotados os recursos de negociação, uma internação involuntária pode ser necessária. Nesse caso, familiares e autoridades judiciais devem ser comunicadas.

Quadro 5. Circunstâncias que indicam a necessidade de uma internação psiquiátrica

Circunstâncias que indicam a necessidade de uma internação psiquiátrica
▪ Estado mental crítico, cuja gravidade impeça boa condução ambulatorial
▪ Exigência de se obter histórico mais acurado ou completo
▪ Necessidade de um período mais longo de observação do paciente
▪ Reavaliação do tratamento psiquiátrico que vinha sendo realizado
▪ Ausência de uma rede de apoio social
▪ Família claramente disfuncional ou sem condições de dar continência emocional
▪ Familiares mostram-se cansados de cuidar do paciente

Fonte: Botega, 2015

No acompanhamento de uma pessoa com risco de suicídio, lembrar que o essencial é ouvi-la atenciosamente, estar ao lado dela. Se ela sentir que estamos ao seu lado, ela poderá se acalmar, e consequentemente, pensar em vez de agir. Falar sobre sua vontade de morrer é diferente de, concretamente, colocar a vida em risco. A partir de então, ela própria poderá nos ajudar a continuar a ajudá-la.

Anexo: Roteiro para avaliação do risco de suicídio

AVALIAÇÃO DO RISCO DE SUICÍDIO

Paciente: ..... **Sexo:** ..... **Idade:** ..... **Data:** ..... **Avaliador:** .....

O que está acontecendo? .....

- ☐ Desencadeante .....
- ☐ Motivação
- ☐ Significado do morrer .....

Estado Mental Atual

- ☐ Delírio/Alucinação
- ☐ Depressão
- ☐ Desesperança
- ☐ Desespero *(psychache)*
- ☐ Colapso Existencial
- ☐ Incontinência afetiva
- ☐ Instabilidade de humor
- ☐ Ansiedade/Inquietude
- ☐ Impulsividade/Agressividade
- ☐ Raiva
- ☐ Constrição Cognitiva
- ☐ Vergonha/Humilhação
- ☐ Insônia
- ☐ Dor/Incapacitação

Intencionalidade SuicIda

IDEIAS DE MORTE → **IDEIAS DE SUICÍDIO** → **TENTATIVA DE SUICÍDIO PRÉVIA** → **PLANO SUICIDA**

- ☐ Passivas
- ☐ Rejeita o suicídio

- ☐ Persistentes
- ☐ Intensas
- ☐ Incontroláveis
- ☐ Vistas como alívio
- ☐ Aceitáveis

- ☐ Quantas .....
- ☐ Última .....
  - Motivação
  - Inctensionalidade
  - Letalidade

- ☐ Em preparação
- ☐ Detalhado
- ☐ Conhece poder letal
- ☐ Tem os meios
- ☐ Providências

Principais Fatores de Risco

- ☐ Transtorno mental
- ☐ Tentativa de suicídio
- ☐ Álcool ou outra droga
- ☐ Abuso físico ou sexual
- ☐ Exposição a um suicídio
- ☐ Isolamento
- ☐ Falta de apoio social
- ☐ Suicídio na família
- ☐ Discórdia familiar
- ☐ Desilusão amorosa
- ☐ Relações conflituosas
- ☐ Desemprego
- ☐ Derrocada financeira
- ☐ Desonra
- ☐ Acesso a meio letal
- ☐ Rigidez cognitiva
- ☐ Perfeccionismo
- ☐ Conflito de indentidade
- ☐ Dor/Incapacidade
- ☐ Alta hospitalar recente
- ☐ Não adere a tratamento

Formulçação do Risco e Manejo .....

- ☐ Risco baixo .....
- ☐ Risco moderado .....
- ☐ Risco alto

Fonte: Botega, 2015

Referências bibliográficas

1. Asarnow JR, Porta G, Spirito A, Emslie G, Clarke G, Wagner KD et al. Suicide attempts and non-suicidal self-injury in the treatment of resistant depression in adolescents. J Am Acad Child Adol Psychiatry. 2011;50(8):772-81.

2. Beck AT, Resnik HLP, Lettieri DJ (ed.). The prediction of suicide. Bowie: Charles Press;1974.

3. Bertolote JM, Mello-Santos C, Botega NJ. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. Rev Bras Psiquiatr. 2010; 32 Suppl 2:S87-95.

4. Botega NJ, Silva SV, Reginato DG, Rapeli CB, Cais CF, Mauro ML, Stefanello S, Cecconi JP. Maintained attitudinal changes in nursing personnel after a brief training on suicide prevention. Suicide Life Threat Behav. 2007;37(2):145-53.

5. Botega NJ, Silveira IU, Mauro MLF. Telefonemas na crise: percursos e desafios na prevenção do suicídio. Rio de Janeiro: ABP-Artmed; 2010.

6. Botega NJ. Crise suicida: avaliação e manejo. Porto Alegre: Artmed; 2015.

7. Brasil. Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas. Boletim Epidemiológico 2021; vol 52, nº 33. Brasília: Ministério da Saúde.

8. Cais CFS, Stefanello S, Mauro MLF, Freitas GVS, Botega NJ. Factors associated with repeated suicide attempts: Preliminary results of the WHO Multisite Intervention Study on Suicidal Behavior (SUPRE-MISS) from Campinas, Brazil. Crisis 2009;30(2):73-8.

9. Dulit RA, Michels, R. Psychodynamics and suicide. In: Jacobs D. Suicide and clinical practice. Washington: American Psychiatric Press; 1992, pp. 43-53.

10. Golsdstein TR, Bidge JÁ, Brent DA. Sleep disturbance preceding completed suicide in adolescents. J Consult Clin Psychology. 2008; 76(1):84-91.

11. Jaen-Varas D, Mari JJ, Asevedo E, Borschmann R Diniz E, Ziebold C, Gadelha A. The association between adolescent suicide rates and socioeconomic indicators in Brazil: a 10-year retrospective ecological study. Braz J Psychiatry. 2019; 41(5):389-95.

12. King, CA, Foster CE, Rogalski KM. Teen suicide risk: a practitioner guide to screening, assessment and management. New York: Guilford Press; 2013.

13. Shneidman ES. Suicide as psychache: a clinical approach to self-destructive behavior. Northvale: Jason Aronson Inc.; 1993.

14. Young M, Fogg L, Scheftner W, Fawcett J, Akiskal H, Maser J. Stable trait components of hopelessness: baseline and sensitivity to depression. J Abnormal Psychology. 1996; 105:105-65.

15. World Health Organization. Suicide worldwide in 2019: global health estimates. Geneve: WHO; 2021.