

# Curso de Capacitação

# Saúde Mental



## Módulo 3:

## Clínica da Atenção Psicossocial

## Unidade 6:

# SUICÍDIO



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO**

Reitor – *Natalino Salgado Filho*

Vice-Reitor – *Antonio José Silva Oliveira*

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação – *Fernando de Carvalho Silva*

**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - UFMA**

Diretora – *Nair Portela Silva Coutinho*

**COMITÊ GESTOR - UNASUS / UFMA**

COORDENADORA GERAL

*Ana Emília Figueiredo de Oliveira*

COORDENADOR ADJUNTO

*Eurides Florindo Castro Jr.*

COORDENADORA DO CURSO

*Christiana Leal Salgado*

COORDENADOR DE COMUNICAÇÃO

*João Carlos Raposo Moreira*

COORDENADOR DE DESIGN

*Hudson Francisco de A. C. Santos*

COORDENAÇÃO DE TECNOLOGIAS E HIPERMÍDIAS

*Rômulo Martins*

COORDENADORA PEDAGÓGICA

*Patrícia Maria Abreu Machado*

COORDENADORA TUTORIA

*Maiara Marques Leite*

COORDENADORA EXECUTIVA

*Fátima Gatinho*

**PRODUÇÃO**

REVISÃO ORTOGRÁFICA

*João Carlos Raposo Moreira*

REVISÃO TÉCNICA

*Christiana Leal Salgado*

*Patrícia Maria Abreu Machado*

*Raíssa Bezerra Palhano*

DESIGN GRÁFICO

*Douglas Brandão França Junior*

DESIGN INSTRUCIONAL

*Christiana Leal Salgado*

*Luan Passos Cardoso*

*Patrícia Maria Abreu Machado*

ORGANIZADORES

*Ana Emília Figueiredo de Oliveira*

*Christiana Leal Salgado*

*Hermano Tavares*

*Patrícia Maria Abreu Machado*

*Raissa Bezerra Palhano*

*Rodrigo de Silva Dias*



# **Saúde Mental**

**Carolina de Mello Santos  
Renério Fráguas Júnior**

Copyright © UFMA/UNASUS, 2013

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS À UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO.

**Universidade Federal do Maranhão - UFMA**

**Universidade Aberta do SUS - UNASUS**

Praça Gonçalves Dias No 21, 1º andar, Prédio de Medicina (ILA)  
da Universidade Federal do Maranhão – UFMA

**Site:** [www.unasus.ufma.br](http://www.unasus.ufma.br)

**Adaptação**

Janete Valois Ferreira Serra

**Normalização:**

Bibliotecária Eudes Garcez de Souza Silva.  
(CRB 13ª Região Nº Registro – 453).

**Universidade Federal do Maranhão**

**Suicídio/Carolina de Mello Santos; Renério Fráguas Júnior  
(Org.). - São Luís, 2013**

**16f.**

**1 . Estado mental patológico. 2. Suicídio. 3. UNASUS/UFMA.I.  
Oliveira, Ana Emília Figueiredo de. II. Salgado, Christiana Leal  
Salgado. III. Tavares, Hermano. IV. Machado, Patrícia Maria Abreu.  
V.Palhano, Raissa Bezerra. VI. Dias, Rodrigo de Silva. VII. Título.**

**CDU 616.89**

# **Autores**

---

## **Carolina de Mello Santos**

Psiquiatra. Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq-FMUSP).

## **Renério Fráguas Júnior**

Psiquiatra. Doutor em Psiquiatria pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Pós-doutorado no Massachusetts General Hospital, Harvard Medical School, Boston, EUA. É professor Livre-Docente pelo Departamento e Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Atualmente é médico assistente, professor colaborador, coordenador do Grupo de Interconsulta Hospitalar e Supervisor da Residência Médica do Instituto e Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Desenvolve pesquisas na área de depressão e depressão associada a outras doenças.

# Apresentação

---

A Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) é um programa desenvolvido pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), do Ministério da Saúde (MS), que cria condições para o funcionamento de uma rede colaborativa de instituições acadêmicas e serviços de saúde e gestão do SUS, destinada a atender as necessidades de formação e educação permanente do Sistema Único de Saúde. A concepção e implantação do programa é interfederativa.

Este livro faz parte do Curso de Capacitação em Saúde Mental, destinado aos profissionais de saúde que atuam no CAPS, PSF, NASF e nos demais Dispositivos da Rede de Assistência a Saúde Mental do SUS. É uma iniciativa pioneira na área da Saúde Mental, que utiliza as tecnologias educacionais para disponibilizar um programa de qualificação profissional, gerando, no exercício de sua prática, novas competências e posturas adequadas ao modelo de atenção.

A Universidade Federal do Maranhão - UFMA, por meio da UNA-SUS, e em parceria com o Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq-FMUSP), estão associando as tecnologias educacionais interativas e os recursos humanos necessários para disponibilizar a este curso materiais educacionais de alta qualidade, que facilitem e enriqueçam a dinâmica do ensino- aprendizagem.

A rede colaborativa, proposta pela UNA-SUS, funciona por meio do intercâmbio de experiências, compartilhamento de material instrucional e cooperação para o desenvolvimento e a implementação de novas tecnologias educacionais em saúde. É uma rede compartilhada de apoio presencial ao processo de aprendizagem em serviço e intercâmbio de informações acadêmicas dos alunos para a certificação educacional compartilhada. Dessa forma é possível levar a cada trabalhador de saúde oportunidades de aprendizado, como material para auto-instrução, cursos livres e de atualização, cursos de aperfeiçoamento, especialização e até mesmo mestrados profissionais. O uso de técnicas de educação a distância minimiza a necessidade de deslocamento da cidade ou da região do trabalhador.

Esperamos que o leitor aprecie este material instrucional, tanto quanto a equipe UNA-SUS apreciou a sua elaboração e produção.

Abrace esse desafio e seja bem-vindo a este curso!!!!

**Ana Emília Figueiredo de Oliveira, Ph.D.**

Coordenadora Geral UNA-SUS/UFMA

**Christiana Leal Salgado, MSc**

Coordenadora dos Cursos- Saúde Mental UNA-SUS/UFMA

# SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>06</b>
<b>1.1</b>	<b>Situação de maior vulnerabilidade envolvendo o suicídio</b> .....	<b>06</b>
<b>2</b>	<b>TRANSTORNOS MENTAIS E O RISCO DE SUICÍDIO</b> .....	<b>07</b>
<b>3</b>	<b>INDICATIVOS DE RISCO DE SUICÍDIO</b> .....	<b>08</b>
<b>4</b>	<b>ASPECTOS PSICOLÓGICOS NO SUICÍDIO</b> .....	<b>08</b>
<b>5</b>	<b>MITOS SOBRE O SUICÍDIO</b> .....	<b>09</b>
<b>6</b>	<b>POSTURA PROFISSIONAL DIANTE DE PACIENTES SUICIDAS</b> .....	<b>10</b>
<b>7</b>	<b>COMO ABORDAR O PACIENTE COM RISCO DE SUICÍDIO</b> .....	<b>11</b>
<b>8</b>	<b>IDENTIFICAR E INTERVIR NO RISCO DE SUICIDIO</b> .....	<b>12</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>16</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O suicídio é um transtorno multidimensional que resulta de uma interação complexa entre fatores ambientais, sociais, biológicos, sendo considerado um tabu em muitas sociedades. É uma das maiores causas de mortalidade no mundo, especialmente entre os jovens. Além disso, tem sido considerada uma questão de saúde pública.

No Brasil, os coeficientes de mortalidade são três a quatro vezes maiores entre pessoas do sexo masculino e, atualmente, encontra-se em níveis de quatro a cinco óbitos para cada 100 mil habitantes. Os maiores coeficientes de suicídio estão nos estados do sul do Brasil e, recentemente, aumentou na região Centro-Oeste.

### 1.1 Situações de maior vulnerabilidade envolvendo o suicídio

As situações de maior vulnerabilidade envolvendo o suicídio estão relacionadas às: características sociodemográficas; características psicológicas; condições clínicas incapacitantes; e ao tipo de transtorno mental que acomete o sujeito (MELEIRO e WANG, 1995).

#### a) Características sociodemográficas:

- Ser do sexo masculino;
- Ter entre 15 e 35 anos ou acima de 75 anos;
- Ser de classe econômica baixa;
- Ser residente em áreas urbanas;
- Estar desempregado (perda recente do emprego);
- Ser aposentado;
- Estar em isolamento social;
- Ser solteiro ou separado;

- Ser migrantes.

#### b) Características psicológicas:

Dentre os fatores que tornam as pessoas mais vulneráveis psicologicamente, destacam-se:

- Perdas recentes;
- Perdas de figuras parentais na infância;
- Dinâmica familiar conturbada;
- Datas importantes;
- Reações de aniversário;
- Personalidade com traços significativos de impulsividade, agressividade, humor lábil.

#### c) Condições clínicas incapacitantes:

- Doenças orgânicas incapacitantes;
- Dor crônica;
- Lesões desfigurantes perenes;
- Epilepsia;
- Dor crônica;
- Trauma medular;
- Neoplasias malignas;
- AIDS.

#### d) Tipos de transtornos mentais que acometem o sujeito:

- Transtornos do humor (depressão);
- Transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas (alcooolismo);
- Transtornos de personalidade (*borderline*, narcisista e antissocial);
- Esquizofrenia;
- Transtornos de ansiedade com comorbidade potencializam riscos (alcooolismo + depressão).

## 2 TRANSTORNOS MENTAIS E O RISCO DE SUICÍDIO

Os fatores que aumentam o risco de suicídio em pessoas com depressão são:

- Homens com menos de 25 anos; fase precoce da doença; abuso de álcool; fase depressiva do transtorno bipolar, estado misto (maníaco-depressivo), mania psicótica.

Quanto aos fatores específicos associados com maior risco de suicídio entre alcoolistas:

- Início precoce do alcoolismo; História crônica de alcoolismo; Alto nível de dependência; humor depressivo; saúde física precária; desempenho precário no trabalho; história familiar de alcoolismo; eventos disruptivos recentes e perda de uma relação interpessoal importante.

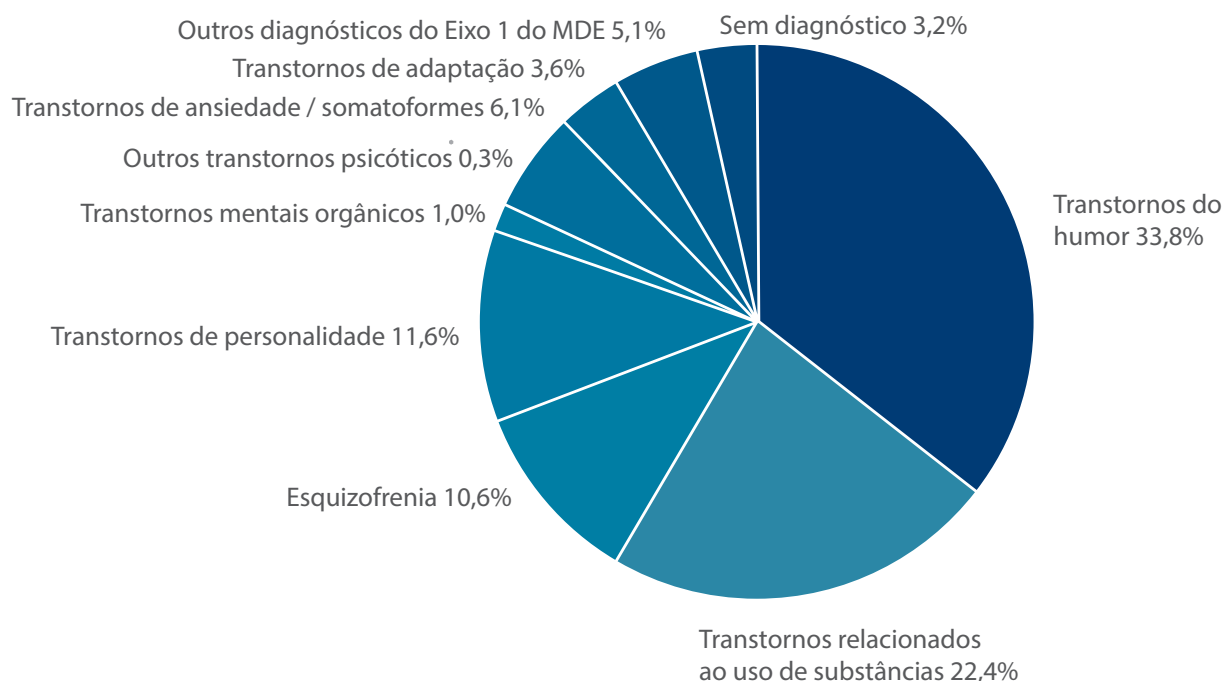
O suicídio é a maior causa de morte prema-

tura entre os esquizofrênicos e dentre os fatores de risco, citam-se:

- Ser do sexo masculino; ser jovem; estar desempregado; recaídas recorrentes; medo de deterioração, especialmente naqueles com altas habilidades intelectuais; sintomas positivos (desconfiança e delírios) e sintomas depressivos.

Entre os transtornos de ansiedade, o transtorno do pânico tem sido o mais frequentemente associado com suicídio, seguido do Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC). O transtorno somatoforme e os transtornos alimentares (anorexia nervosa e bulimia) também se relacionam a comportamentos suicidas.

Gráfico 1 – Frequência dos transtornos psiquiátricos e o risco de suicídio



Fonte: BERTOLOTE, J. M.; FLEISHMANN, A. Suicide and psychiatric diagnosis: worldwide perspective. *World Psychiatry* / (3). p. 181-185.2002

### 3 INDICATIVOS DE RISCO DE SUICÍDIO

As pessoas que pensam sobre suicídio, em geral, referem alguns sinais que podem ser detectados na sua história de vida e relacionamento com outras pessoas. Portanto, segundo dados da OMS (2000), deve-se ficar mais atento com aqueles que apresentam:

- comportamento retraído;
- inabilidade para se relacionar com a família e amigos;
- pouca rede social;
- doença psiquiátrica;
- alcoolismo;
- ansiedade ou pânico;
- mudança na personalidade;
- irritabilidade;
- pessimismo;
- depressão;
- apatia;
- mudança no hábito alimentar e de sono;
- tentativa de suicídio anterior;
- sentimento de odiar-se;
- sentimento de culpa;
- sentimento de desvalorização ou vergonha;
- uma perda recente importante – morte, divórcio, separação, etc.;
- história familiar de suicídio;
- desejo súbito de concluir os afazeres pessoais, organizar documentos, escrever um testamento, etc.;
- sentimentos de solidão;
- impotência;
- desesperança;
- cartas de despedida;
- doença física crônica, limitante ou dolorosa;
- menção repetida de morte ou suicídio.

### 4 ASPECTOS PSICOLÓGICOS NO SUICÍDIO

Existem três características relacionadas ao estado psíquico da maioria das pessoas sob risco real de suicídio:

**Ambivalência:** Quase sempre querem ao mesmo tempo alcançar a morte, mas também viver. O predomínio do desejo de vida sobre o desejo de morte é o fator que possibilita a prevenção do suicídio. Muitas pessoas em risco de suicídio estão com problemas em suas vidas e ficam nessa luta interna entre os desejos de viver e de acabar com a dor psíquica. Se

for dado apoio emocional e o desejo de viver aumentar, o risco de suicídio diminuirá.

**Impulsividade:** o suicídio pode ser também um ato impulsivo. Como qualquer outro impulso, pode ser transitório e durar alguns minutos ou horas. Normalmente, é desencadeado por eventos negativos do dia a dia. Acalmando a fase da crise e ganhando tempo, o profissional da saúde pode ajudar a diminuir o risco suicida.

**Rigidez/construção:** constantemente pen-

sam sobre suicídio como única solução e não são capazes de perceber outras maneiras de sair do problema.

### **VOCÊ SABIA?**

Que existem estágios no desenvolvimento da intenção suicida. Inicia, geralmente, com a imaginação ou com a presença da ideia suicida. Depois, o sujeito constrói um plano de

como se matar e, finalmente, culmina na ação destrutiva concreta. Entretanto, nem sempre há planejamento.

Pensam de forma rígida e drástica: "O único caminho é a morte"; "Não há mais nada o que fazer"; "A única coisa que poderia fazer era me matar".

## **5 MITOS SOBRE O SUICÍDIO(OMS, 2000)**

- ***Se eu perguntar sobre suicídio, poderei induzir o paciente a isso.***

Questionar sobre ideias de suicídio, fazendo-o de modo sensato e franco, aumenta o vínculo com o paciente. Este se sente acolhido pelo profissional cuidadoso, que se interessa pela extensão de seu sofrimento.

- ***Ele está ameaçando suicídio apenas para manipular.***

A ameaça de suicídio sempre deve ser levada a sério. Chegar a esse tipo de recurso indica que a pessoa está sofrendo e necessita de ajuda.

- ***Quem quer se matar, se mata mesmo.***

Essa ideia pode levar ao descuido no manejo das pessoas sob risco. Não se trata de evitar todos os suicídios, mas sim os que podem ser evitados.

- ***Quem quer se matar não avisa.***

Pelo menos dois terços das pessoas que tentam ou que se matam haviam comunicado de alguma maneira sua intenção para amigos, familiares ou conhecidos.

- ***O suicídio é um ato de covardia (ou de coragem).***

O que dirige a ação autoinfligida é uma dor psíquica insuportável e não uma atitude de covardia ou coragem.

- ***No lugar dele, eu também me mataria.***

Há sempre o risco de o profissional identificar-se profundamente com aspectos de desamparo, depressão e desesperança de seus pacientes, sentindo-se impotente para a tarefa assistencial.

## 6 POSTURA PROFISSIONAL DIANTE DE PACIENTES SUICIDAS

Identificar, avaliar e manejar pacientes suicidas é uma importante tarefa da equipe de saúde e tem um papel fundamental na prevenção do suicídio. Esses pacientes necessitam de apoio da equipe de saúde e de limites para se adequar ao ambiente em que vivem e às limitações existentes. Pode-se fazer uma intervenção em dois momentos, sempre de maneira firme, sem agressividade e sem um sentimento de punição:

- 1ª) Reconheça as dificuldades pelas quais a pessoa está passando, enalteça os aspectos positivos que ela possui e não incite reações de raiva;
- 2ª) Estabeleça limites objetivos de forma calma e firme. Se houver ameaças de agressão a si ou a terceiros, assegure que todas as medidas serão tomadas para protegê-la.

Quando as pessoas dizem "eu estou cansado da vida" ou "não há mais razão para eu viver", elas geralmente são rejeitadas, ou então são obrigadas a ouvir sobre outras pessoas que estiveram em dificuldades piores. Nenhuma dessas atitudes ajuda a pessoa sob risco de suicídio.

O contato inicial é muito importante. Frequentemente, ele ocorre numa clínica, casa ou espaço público, onde pode ser difícil ter uma conversa particular.

O primeiro passo é achar um lugar adequado, onde uma conversa tranquila possa ser mantida com privacidade razoável. O próximo passo é reservar o tempo necessário. Pessoas com ideação suicida usualmente necessitam de mais tempo para deixar de se achar um far-

do. É preciso também estar disponível emocionalmente para lhes dar atenção.

O mais importante é ouvi-las efetivamente. Conseguir esse contato e ouvir é por si só o maior passo para reduzir o nível de desespero suicida. O objetivo desse contato é preencher uma lacuna criada pela desconfiança, pelo desespero e pela perda de esperança e dar à pessoa a possibilidade de que as coisas podem mudar para melhor. Uma abordagem calma, aberta, de aceitação e de não julgamento é fundamental para facilitar a comunicação.

O Manual de Prevenção do Suicídio do Ministério da Saúde aponta 11 regras gerais para manejo clínico dos indivíduos com transtorno de personalidade, mais voltadas para situação de crise e iminência de incorrerem em tentativa de suicídio:

1. Dar mais apoio do que o habitual;
2. Construir, conjuntamente com o paciente, objetivos escalonados, evitando grandes metas em curto prazo;
3. O comportamento suicida envolve motivações alegadas (conscientes) e não alegadas (inconscientes). Deve-se iniciar a abordagem pelos fatores desencadeantes trazidos pelo paciente;
4. Distorções cognitivas devem ser mostradas e trabalhadas, como, por exemplo, empobrecimento das opções de solução, desesperança, pensamentos tipo "tudo ou nada" e visão dos obstáculos como intransponíveis;
5. Devem-se reforçar os vínculos saudáveis do paciente;
6. Fortalecer a sensação subjetiva de pertencer a grupos, comunidades, instituições;
7. Se a tentativa de suicídio objetivava mudar o ambiente ou pedir socorro, deve-se trabalhar,

- com o sujeito, outras estratégias que não a tentativa de suicídio, para os mesmos fins;
8. Nos casos de psicoterapia, não confundir "neutralidade" terapêutica com "passividade" terapêutica, ou seja, podem ser necessárias medidas ativas por parte do terapeuta;
  9. Os psicofármacos podem ser usados para reduzir ou eliminar a impulsividade;
  10. Estar atento para que, às vezes, o início do uso

de antidepressivos pode fortalecer a ideia suicida;

11. Por último, mesmo que no primeiro momento optarmos por apoio, técnicas cognitivas, psicofármacos, devemos lembrar que a maioria desses pacientes necessita de apoio terapêutico em longo prazo para reestruturar-se psicologicamente (MS, 2000).

## 7 COMO ABORDAR O PACIENTE COM RISCO DE SUICÍDIO (OMS, 2000)

Em geral, essas perguntas abrem espaço para as pessoas falarem de si mesmas e de como estão lidando com as dificuldades:

*"Como você se sente ultimamente?"*

*"Existem muitos problemas na sua vida?"*

*"O que tem tentado fazer para resolvê-los?"*

A partir daí, se a pessoa demonstra estar cansada de viver, parece estar querendo fugir, acha a morte atraente ou quando a equipe de saúde suspeita que exista a possibilidade de um comportamento suicida, os seguintes aspectos necessitam ser avaliados:

- **Estado mental atual:** Parece estar sob efeito de alguma substância? Apresenta discurso coerente com pensamentos sobre morte e suicídio?
- **Plano suicida atual:** Qual o grau de planejamento?
- **Sistema de apoio social da pessoa:** Família, amigos, etc.

### COMO PERGUNTAR?

Desde o início, tente estabelecer um vínculo que garanta a confiança e a colaboração do paciente, pois este pode ser um momento em que ele se encontra enfraquecido, hostil e

nem sempre disposto a colaborar. Respeite a condição emocional e a situação de vida que o levou a pensar sobre suicídio, sem julgamento moral, em uma atitude de acolhimento.

### QUANDO PERGUNTAR?

Desde o primeiro contato, você já vai criando um momento para isso. Não existe um momento específico, cada um tem sua forma de conversar e cada caso é diferente do outro, mas aí vão umas dicas de momentos oportunos:

- Quando você percebe que a pessoa tem o sentimento de estar sendo compreendida;
- Quando a pessoa está confortável falando sobre seus sentimentos;
- Quando a pessoa está falando sobre sentimentos negativos de solidão, desamparo, dentre outros.

**O QUE PERGUNTAR?** (Algumas perguntas úteis):

- *Você se sente triste?*
- *Você sente que ninguém se preocupa com você?*

- *Você sente que a vida não vale mais a pena ser vivida?*
- *Já pensou que seria melhor estar morto ou tem vontade de morrer?*

Estas perguntas o ajudarão a quantificar o risco e por isso são importantes. Todas estas questões precisam ser investigadas com cuidado, preocupação e compaixão:

- Descobrir se a pessoa tem um plano definido para cometer suicídio;
- Descobrir se a pessoa tem os meios para se matar;
- Descobrir se a pessoa fixou uma data.

## 8 IDENTIFICAR E INTERVIR NO RISCO DE SUICÍDIO (BRASIL,2006)

### BAIXO RISCO

A pessoa teve alguns pensamentos suicidas, como *“eu não consigo continuar”*, *“eu gostaria de estar morto”*, mas não fez nenhum plano.

#### Ação necessária

- **Oferecer apoio emocional**

O ideal seria ter alguém na equipe treinado para orientar o indivíduo a falar sobre as circunstâncias pessoais e sociais emergentes que o colocam sob risco.

- **Trabalhar sobre os sentimentos suicidas.**

Quanto mais abertamente a pessoa fala sobre perda, isolamento e desvalorização menos confusa suas emoções se tornam, pois quando essa confusão emocional cede, ela pode revogar a decisão de morrer e tomar a decisão de viver.

- **Focalize nos aspectos positivos da pessoa.**

Faça a pessoa falar sobre como problemas anteriores foram resolvidos sem recorrer ao suicídio. É uma forma de motivá-la e ao mesmo tempo recuperar a confiança em si mesma.

- **Encaminhe-a para um profissional de saúde mental nas seguintes situações:**

Se você não conseguir identificar uma condição tratável e/ou a pessoa não demonstrar melhora, não conseguir refletir sobre sua condição.

- **Encontre-a em intervalos regulares.**

Pelo menos até que ela receba tratamento adequado, e mantenha contato externo. Nem todos os pacientes com pensamentos suicidas serão encaminhados aos serviços especializados, entre eles os pacientes com baixo risco.

### MÉDIO RISCO

A pessoa tem pensamentos e planos, mas não ideias de cometer suicídio imediatamente.

#### Ação necessária

- Ofereça apoio emocional, trabalhe com os sentimentos suicidas da pessoa e focalize nos aspectos positivos.
- Focalize os sentimentos de dúvida entre viver e morrer de forma que gradualmente o desejo de viver se fortaleça.

- Explore alternativas para substituir o suicídio, até aquelas que não sejam as soluções ideais, na esperança de que a pessoa vá considerar ao menos uma delas.
- Faça um contrato, negocie. Esse é o momento para usar a força do vínculo existente entre você e o paciente. Extraia uma promessa sincera do indivíduo de que não vai cometer suicídio sem se comunicar com a equipe de saúde ou por um período específico. O objetivo é ganhar tempo até conseguir ajuda especializada ou até que as medidas tomadas comecem a dar resultado.
- Encaminhe a pessoa ao psiquiatra da equipe ou agende uma consulta o mais breve possível dentro do período em que foi feito o contrato.
- Entrem em contato com a família, os amigos e/ou colegas e reforce seu apoio. Antes de fazer esse contato, peça autorização ao paciente, para deixá-lo ciente sobre quais informações serão dadas, preservando seu direito ao sigilo.
- Oriente sobre medidas de prevenção ao suicídio que poderão ser realizadas pelos familiares, amigos e colegas para impedir o suicídio, tais como: esconder armas, facas, cordas, deixar medicamentos em local que a pessoa não tenha acesso, de preferência, trancados, e com alguém responsável em administrá-los. Tudo isso também deve ser esclarecido ao paciente, solicitando sua autorização. Explique que essas medidas são temporárias, até que ele melhore para reassumir o controle.
- Negocie com sinceridade, explique e peça o aval do paciente para todas as

medidas a serem tomadas.

### **ALTO RISCO**

A pessoa tem um plano definido, tem os meios para fazê-lo e planeja fazê-lo prontamente. Muitas vezes já tomou algumas providências prévias e parece estar se despedindo.

#### **Ação necessária**

- Estar junto da pessoa. Nunca deixá-la sozinha.
- Ouvir, mostrar empatia, ser afetuoso, ficar calmo e dar apoio.
- Levar a situação a sério e verificar o grau de risco.
- Perguntar sobre tentativas anteriores.
- Identificar outras formas de dar apoio emocional.
- Falar gentilmente com a pessoa e remover pílulas, faca, arma, venenos, etc., que estejam ao alcance do paciente.
- Explicar que você está ali para ajudá-la, protegê-la e que no momento ela parece estar com muita dificuldade para comandar a própria vida.
- Fazer um contato, como descrito anteriormente, e tentar ganhar tempo.
- Informar a família e reafirmar seu apoio.
- Esta é uma situação de emergência, se não tiver médico psiquiatra acessível ou hospitalidade diurna e noturna, 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.
- Explique ao profissional que irá recebê-la o resultado da sua avaliação, pois é indispensável que ele entenda o motivo do encaminhamento. Além do mais, você tem informações importantes.

- Se no local em que você trabalha pode ser feita a avaliação psiquiátrica ou existe hospitalidade diurna e noturna, um acolhimento pode ser feito, seguido de investigação inicial e posterior tratamento. Tente convencer a pessoa a permanecer no serviço para receber ajuda e os cuidados necessários. Mesmo em um ambiente protegido, ela deverá ficar sob maior observação, pois ainda existe o risco de ela tentar o suicídio utilizando os meios que estiverem ao seu alcance.
- Se você esgotou todas as tentativas de convencimento do paciente para uma internação voluntária e percebe um risco de suicídio iminente, peça ajuda da família, pois uma internação involuntária poderá ser necessária.
- Falar que tudo vai ficar bem, sem agir para que isso aconteça.
- Desafiar a pessoa a continuar em frente.
- Fazer o problema parecer trivial.
- Dar falsas garantias.
- Jurar segredo.
- Deixar a pessoa sozinha.

### **Precauções**

- **Melhora falsa ou enganosa:** Quando um paciente agitado de repente fica calmo ele pode ter tomado a decisão de cometer suicídio, daí a calma após a decisão.
- **Negação:** Pacientes que têm intenções muito sérias de suicidar-se podem deliberadamente negar a ideiação suicida.

### **Como encaminhar para a equipe de saúde mental**

- Você deve ter tempo para explicar à pessoa a razão do encaminhamento.
- Esclareça que o encaminhamento não significa que está lavando as mãos em relação ao problema.
- Se comprometa e veja a pessoa depois. Mantenha contato periódico.
- Tente obter uma contra referência do atendimento.

### **O que não fazer**

- Ignorar a situação.
- Ficar chocado ou envergonhado e em pânico.
- Tentar se livrar do problema acionando outro serviço e considerar-se livre de qualquer ação.

### **RECOMENDAÇÕES PARA O ATENDIMENTO ADEQUADO DO PACIENTE COM RISCO DE SUICÍDIO (APA, 2003)**

- Todos os diagnósticos psiquiátricos agudos e crônicos devem ser estabelecidos.
- Todas as circunstâncias e motivações envolvendo o ato auto-lesivo devem ser investigados.
- O risco de suicídio, em curto prazo, deve ser cuidadosamente avaliado.
- Manejo individualizado da tentativa de suicídio.
- Seguimento e tratamento em longo prazo de transtornos psiquiátricos crônicos devem ser implementados.
- Auxílios práticos para fatores precipitantes imediatos devem ser oferecidos.

- Acesso rápido para o seguimento psiquiátrico sistemático deve ser providenciado.
- Documentação adequada de dados clí-

nicos, diagnósticos e condutas deve ser providenciada.

## REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors**. American Psychiatric Association, Arlington, VA, 2003.

CHACHAMOVICH, E. et al. Quais são os recentes achados clínicos sobre a associação entre depressão e suicídio? **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v.31, supl. 1, p. S18-25, 2009.

CONTE, M. et al. Programa de prevenção ao suicídio: estudo de caso em um município do sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.8, p.2017-2026, 2012.

HECK, R.M. et al. Ação dos profissionais de um centro de atenção psicossocial diante de usuários com tentativa e risco de suicídio. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.21, n.1, p. 26-33, jan./mar. 2012.

MELEIRO, A.M.A.S.; WANG, Y.P. Suicídio e tentativa de suicídio. *In*: LOUZÃ NETO, M.R.; MOTTA, T.; WANG, Y.P.; ELKIS, H. **Psiquiatria Básica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995, p. 376 - 96.

OMS. Departamento de Saúde. **Prevenção do suicídio**: um manual para médicos clínicos gerais. Genebra, 2000.

OPAS. Ministério da Saúde. **Prevenção do suicídio**: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. UNICAMP, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Prevenção do Suicídio**: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Brasília: MS, OPAS, Unicamp; Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual\\_prevencao\\_suicidio\\_saude\\_mental.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_prevencao_suicidio_saude_mental.pdf) . Acesso em 19/09/2013.