

CARLOS FILINTO DA SILVA CAIS

PREVENÇÃO DO SUICÍDIO:

Estratégias de abordagem aplicadas no município de Campinas-SP

CAMPINAS

2011

CARLOS FILINTO DA SILVA CAIS

PREVENÇÃO DO SUICÍDIO:

Estratégias de abordagem aplicadas no município de Campinas-SP

Tese de doutorado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para a obtenção do título de Doutor em Ciências Médicas, área de concentração Saúde Mental

ORIENTADOR: NEURY JOSÉ BOTEGA

CAMPINAS

2011

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP**

Bibliotecária: Rosana Evangelista Poderoso – CRB-8ª / 6652

C124p Cais, Carlos Fílinto da Silva
Prevenção do suicídio: estratégias de abordagem aplicadas no município de Campinas-SP / Carlos Filinto da Silva Cais. -- Campinas, SP : [s.n.], 2011.

Orientador : Neury José Botega
Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Suicídio. 2. Tentativa de suicídio. 3. Saúde mental. 4. Prevenção primária. 5. Comportamento auto-destrutivo. 6. Comportamento. I. Botega, Neury José. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Título em Inglês: Suicide prevention: approach strategies implemented in Campinas-SP

Keywords: • Suicide
• Attempted suicide
• Mental health
• Primary prevention
• Self-injurious behavior
• Behavior

Titulação: Doutor em Ciências Médicas
Área de Concentração: Saúde Mental

Banca examinadora:

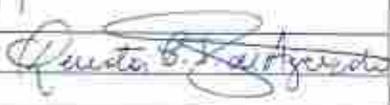
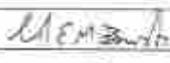
Prof. Dr. Neury José Botega
Prof. Dr. Renério Fráguas Junior
Prof. Dr. Cristina Marta Del-Ben
Prof. Dr. Renata Cruz Soares de Azevedo
Prof. Dr. Claudio Eduardo Muller Banzato

Data da defesa: 10.02.2011

Banca examinadora de Tese de Doutorado

Carlos Filinto da Silva Cais

Orientador(a): Prof(a). Dr(a). Neury José Botega

Membros:	
Professor (a) Doutor (a) Renério Fráguas Júnior	
Professor (a) Doutor (a) Cristina Marta Del-Ben	
Professor (a) Doutor (a) Renata Cruz Soares de Azevedo	
Professor (a) Doutor (a) Claudio Eduardo Muller Banzato	
Professor (a) Doutor (a) Neury José Botega	

Curso de pós-graduação em Ciências Médicas da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 10/02/2011

DEDICATÓRIA

A minha família Vivi, Manu e Vini
O sentido de tudo que faço

AGRADECIMENTOS

Ao Neury meu orientador, pela competência, pela confiança depositada, por abrir as portas e fazer as coisas acontecerem

A Vivien minha esposa pela generosidade e amor

Aos meus filhotes Manuella e Vinícius pela alegria que me trouxeram e por atrasarem com prazer a conclusão deste doutorado

Aos meus pais pelo amor e pela sabedoria em permitir com paciência a minha não muito usual trajetória acadêmica

A Isabel Ugarte grande companheira deste projeto e amiga para sempre

A Clarissa e ao Ricardo pela grande amizade e por terem permitido que o Rodrigo se juntasse a Manu e ao Vini na árdua tarefa de atrasar a conclusão deste doutorado

Ao Deivisson e Sabrina pela amizade e colaboração

Aos meus sogros e cunhados pelo carinho

Aos meus pacientes pelo privilégio do aprendizado a partir de seus relatos de vida

“Porque que é que a simplicidade da linguagem é tão importante para os pensadores iluministas? Porque o verdadeiro pensador iluminista, o verdadeiro racionalista, nunca pretende convencer ninguém a fazer nada. Não, nem sequer deseja convencer ninguém: tem permanentemente consciência de que pode estar errado. Acima de tudo, valoriza demasiado a independência intelectual dos outros para querer convencê-los em questões importantes. Prefere provocar a contradição, preferivelmente sob a forma de crítica racional e disciplinada. Não procura convencer mas despertar – desafiar os outros a formarem opiniões livres.(...) Uma das razões por que o pensador iluminista não quer convencer ninguém de nada é o seguinte. Ele sabe que, fora do estreito campo da lógica, e talvez da matemática, nada pode ser provado.”

Karl Popper

SUMÁRIO

RESUMO	xvii
ABSTRACT	xx
INTRODUÇÃO	21
Dados epidemiológicos	21
Panorâmica das estratégias de prevenção do suicídio.	22
Revisão sistemática e recomendações	26
Suicídio e transtorno mental	27
Capacitação de médicos generalistas; profissionais de saúde mental e profissionais de saúde em geral em prevenção do suicídio	30
Monitoramento de indivíduos que tentaram o suicídio	35
Projeto SUPRE-MISS	36
Posicionamentos na construção deste projeto	42
OBJETIVOS	43
HIPÓTESES	45
MÉTODO	46
Delineamento	46
Definições para este estudo	46
Local e Sujeitos	47
Calculo do tamanho da amostra	48
Instrumentos	49
Procedimentos	52
Análise de dados	55
Aspectos éticos e Financiamento	58
RESULTADOS	59
Resultados capacitação	59
Resultados monitoramento	72
DISCUSSÃO	100
Discussão capacitação	100
Discussão monitoramento	106
Recomendações	110
Conclusão	111
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	112
ANEXOS (questionários, programa etc.)	122
Parecer do comitê de ética	143

	PÁG.
Tabela 1- Suicídio..... ..	15
Tabela 2- Comparação do número de suicídios, no seguimento de 18 meses, no conjunto dos países, nos indivíduos submetidos à intervenção breve (IB) versus tratamento usual (TU)	18
Tabela 3- Comportamento suicida na população geral (área urbana)	19
Tabela 4- Número de participantes e de preenchimento dos questionários em cada um dos três tempos de avaliação	39
Tabela 5 Características sócio-demográficas dos profissionais participantes da capacitação	40
Tabela 6- Evolução da resposta de cada um dos itens do questionário de conhecimento.....	44
- Tabela 7 Mudança de atitudes do início para o final do curso	45

Tabela 8	Evolução da estimativa dos suicídios nos quais haveria transtorno mental	49
Tabela 9	Resultados das <i>anovas</i> para medidas repetidas na comparação entre antes e ao final do curso (entre gêneros, faixas etárias, profissões e religiões).	50
Tabela 10	Gênero, idade e método da tentativa de suicídio dos indivíduos monitorados	51

LISTA DE FIGURAS

	PÁG.
Figura 1- Cronograma telefonemas.....	dos 35

LISTA DE GRÁFICOS

	PÁG.
Gráfico 1- Evolução do Conhecimento/Habilidades Clínicas dos profissionais submetidos à capacitação.....	42
Gráfico 2- Evolução do Conhecimento/Habilidades Clínicas dos profissionais submetidos à capacitação que responderam o questionário antes e ao final do curso (n=159)	43
Gráfico 3- Evolução do Conhecimento/Habilidades Clínicas dos profissionais submetidos à capacitação que responderam o questionário nos três tempos (n=56)	43
Gráfico 4 Evolução de atitudes	46
Gráfico 5 Evolução de atitudes dos profissionais que responderam antes e ao final do curso n=135	47
Gráfico 6 Evolução de atitudes dos profissionais que responderam nos três tempos de avaliação n=32	48

RESUMO

Este projeto implementou localizadamente duas estratégias selecionadas de prevenção de suicídio sintonizadas com as recomendações da Organização Mundial da Saúde: capacitação de equipes de saúde e estímulo aos indivíduos que tentaram o suicídio para que conseguissem e se mantivessem em tratamento. Para avaliar a eficácia da capacitação, o projeto mensurou o impacto da mesma em termos de mudança de conhecimento, habilidades clínicas e atitudes das equipes de saúde em relação ao comportamento suicida. Já em relação ao monitoramento avaliaram-se qualitativamente alguns casos monitorados visando à obtenção de informações que pudessem aperfeiçoar os serviços de saúde.

A capacitação foi eficaz em promover mudanças desejadas nos profissionais de saúde, tanto do ponto de vista de mudanças de atitudes, quanto de aprimoramento nos conhecimentos/habilidades clínicas em prevenção do suicídio. Estas mudanças se deram do início do curso para o final do mesmo e mantiveram-se diferentes de antes do curso em uma reavaliação após nove meses. Em relação ao conhecimento/habilidades clínicas, auferido através do respectivo questionário o mesmo subiu de 9,4 em 21 pontos possíveis para 13,7 em 21 ($p < 0,001$ com nível de significância de 95%) e após nove meses se manteve diferente do início do curso: 11,5 em 21 pontos possíveis ($p < 0,001$). Foram criados constructos agrupando itens correlacionados do Questionário de Atitudes Frente ao Comportamento Suicida: Sentimentos negativos diante do paciente; Percepção de capacidade profissional e Direito ao Suicídio, os três constructos mostraram mudanças favoráveis do início do curso para o final do mesmo ($p= 0,04$; $p<0,01$ e $p=0,02$ respectivamente) e os dois primeiros mantiveram-se diferentes do início do curso em uma reavaliação após nove meses do final do curso ($p= 0,04$; $p<0,01$ e $p=0,07$ respectivamente).

Em relação ao monitoramento, nenhum dos 67 indivíduos monitorados faleceu por suicídio durante o seguimento de seis meses e quatro fizeram nova tentativa de suicídio neste período. Através da avaliação qualitativa de seis casos monitorados,

notaram-se benefícios a adesão dos mesmos ao tratamento em saúde mental, e também pontos de possível aprimoramento no fluxo e acolhimento dos pacientes que tentaram o suicídio.

ABSTRACT

Keywords: suicide, attempted suicide, mental health, primary prevention, self-injurious behavior, behavior.

Two strategies in tune with the recommendations of the World Health Organization for suicide prevention were implemented: training of healthcare teams in suicide prevention and systematically monitoring individuals who attempted suicide by phone calls or home visits in order to help them to seek and keep treatment.

A 18 hours-duration suicide prevention training designed to improve health professional's knowledge and attitudes in suicide prevention was provided to 270 health professionals who were in contact with patients at high risk for suicide in their routine practice. Questionnaires were used to assess changes in professional's attitudes and knowledge. The score in the questionnaire for the assessment of suicide prevention knowledge, which had 21 as maximum score, increased from 8.9 to 13 ($p < 0.001$, significance level of 95%) and when professional's knowledge was assessed nine months later it remained significantly higher than at first assessment: 11.5 ($p < 0.001$).

The Suicide Behavior Attitude Questionnaire had 25 items assessing professional's attitudes, 18 of them showed significant changes after the training. The questionnaire was divided in sub-scales: "right to suicide"; "negative feelings towards the patient with suicidal behavior" and perceived professional ability to deal with patients with suicidal behavior". The three constructs showed favorable changes right after the training ($p = 0.04$, $p < 0.01$ and $p = 0.02$) and the first two remained different nine months later ($p = 0.04$, $p < 0.01$ and $p = 0.07$ respectively). The suicide prevention training adopted has enhanced knowledge and attitudes toward suicide prevention in healthcare workers

Regarding the monitoring of patients, none of the 67 monitored individuals died by suicide during the following six months and only four attempted suicide again during the follow-up. Qualitative evaluation of six cases allowed for the identification of aspects of health care delivery to patients who attempted suicide that might need to be improved.

INTRODUÇÃO

DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

O suicídio tem grande impacto no tecido social, caracterizando-se como um problema de saúde pública global e brasileiro, como podemos inferir pelos seguintes dados (WHO 2003, 08,09):

- O número de mortes por suicídio, em termos globais, no ano de 2.007, girou em torno de um milhão de pessoas.
- Na faixa etária entre 15 e 35 anos, o suicídio está entre as três principais causas de morte.
- Nos últimos 45 anos, a mortalidade global por suicídio vem migrando, em participação percentual, do grupo dos mais idosos para o de indivíduos mais jovens (15 a 45 anos).
- Estima-se que o número de tentativas de suicídio supere o número de suicídios em pelo menos 20 vezes.
- Para cada suicídio há, em média, cinco ou seis pessoas próximas ao falecido que sofrem intensas conseqüências emocionais, sociais e econômicas.
- 1,4% do ônus global ocasionado por doenças no ano 2002 foram devido a tentativas de suicídio, e estima-se que chegará a 2,4% em 2020.

O Brasil encontra-se no grupo de países com baixa taxa de suicídio, em torno de 5,2/100.000 habitantes ano, (em 67º, quando comparado a outros países), mas como é um país populoso, atinge o nono lugar em números absolutos de suicídios

– 9328 em 2008 (Brasil, 2010; Lovisi et al 2009; WHO, 2003). Deixando-se à margem o problema da sub-notificação, o suicídio respondeu por 0,9% de todos os óbitos da população brasileira em 2008 (Brasil, 2010).

Pritchard e Hean (2008) apontam que na América Latina, Brasil incluso, uma parte maior dos suicídios em comparação aos países desenvolvidos está “mascarada” nas estatísticas oficiais sob a sigla de “morte de causa indeterminada”. O IBGE, comparando dados do governo com registrados em cartório, estimou que cerca de 15% dos óbitos a cada ano não são notificados. Simultaneamente, em cerca de 10% dos atestados de óbito por causas externas (suicídios, homicídios, acidentes etc.) é descrito apenas a lesão que ocasionou a morte, sem menção à circunstância que levou a esta, sendo então catalogadas como “morte de causa externa de tipo ignorado”, não entrando nos registros os eventuais suicídios (IBGE 2006).

PANORÂMICA DAS ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO DO SUICÍDIO.

As explicações para o fenômeno do suicídio são complexas, multifatoriais e incompletas. Mas apesar de não termos uma compreensão definitiva ou amplamente majoritária, é possível diminuir sua incidência com estratégias preventivas coletivas e individuais (Mann et al 2005).

Tem crescido o número de países com estratégias de prevenção bem desenvolvidas. Alguns, como Finlândia, Noruega, Suécia, Austrália e Nova Zelândia implementaram estratégias nacionais amplas. Outros, estratégias mais localizadas e destinadas a grupos específicos, como a França, ou então, a cargo de cada região para atender suas peculiaridades a partir de diretrizes nacionais, como a Escócia (Beautrais and Mishara 2008).

Nos últimos anos, estudos baseados em projetos de prevenção têm sido realizados, formando um conjunto de evidências na literatura científica sobre quais destas ações têm se mostrado eficazes e exequíveis. A seguir apresentaremos

sucintamente alguns destes, com intuito de mostrar uma panorâmica geral das estratégias efetivas de prevenção do suicídio:

Nos anos de 1983-84, o comitê para prevenção e tratamento da depressão da Suécia ofereceu um programa de capacitação visando diagnóstico e manejo da depressão para todos os médicos generalistas da ilha de Gotland. Gotland tinha cerca de 58000 habitantes, vivia predominantemente da agricultura, turismo e pequenas indústrias, e possuía altas taxas de suicídio predominantemente ligadas a sintomas depressivos. Tal programa levou a uma melhor detecção e tratamento dos casos de depressão, com redução de 60% na taxa de suicídio nos dois anos seguintes, 75% de diminuição na taxa de internação psiquiátrica por depressão, 50% a menos tanto em faltas ao trabalho pela depressão, como em encaminhamentos de indivíduos deprimidos aos psiquiatras. Notou-se também um aumento de 50% na prescrição de antidepressivos, uma redução de 25% na prescrição de benzodiazepínicos e um aumento de 30% na prescrição de lítio. O custo total do programa foi abaixo de um milhão de dólares e o mesmo poupou danos de cerca de 26 milhões de dólares. Infelizmente, após quatro anos os coeficientes de suicídio voltaram ao nível anterior, sendo que neste período 50% dos médicos generalistas que participaram da capacitação não trabalhavam mais na rede primária (Rutz W et al 1995, 1997; Rutz W 2001). Os achados do estudo de Gotland foram replicados com sucesso em outros locais da Suécia por outros autores (Henriksson S and Isacsson G, 2006).

A restrição do acesso a métodos letais de suicídio é uma das estratégias de prevenção com maior consistência de estudos apontando efeito na redução no número de suicídios (Lester 1991; Loftin et al 1991; Kapur et al 1992; Ohberg et al 1995; Ludwig e Cook 2000; Gunnell et al 2000; Hawton 2002; Mott et al 2002; Gibbons et al 2005). Novos estudos continuam mostrando que o efeito da diminuição na acessibilidade a métodos letais, principalmente métodos largamente usados em uma determinada região, não é anulado por uma substituição de método, acarretando em uma redução do número de suicídios. Neste sentido

Nordentoft et al (2007) acompanharam a evolução do número de suicídios na Dinamarca entre os anos de 1970 e 2000 de acordo com a disponibilidade e acessibilidade de barbitúricos, analgésicos, monóxido de carbono no gás de cozinha e emitido pelo escapamento de veículos automotores, controlando estes fatores com a variação na taxa anual de suicídio na Dinamarca para cada ano do período avaliado. O estudo aponta que tanto a restrição de barbitúricos, quanto de monóxido de carbono no gás de cozinha ou escapamento de veículo tiveram significativo efeito na redução de suicídios.

A percepção de que a imprensa ficcional e não-ficcional pode influenciar o suicídio é antiga. Goethe foi a público se defender, pois, aparentemente, cerca de uma centena de jovens tinha cometido suicídio após a publicação de seu livro “*Os Sofrimentos do Jovem Werther*”, em 1774. Alguns jovens estavam vestidos no mesmo estilo que o personagem Werther, adotaram o mesmo método de suicídio, ou o livro foi encontrado no local da morte. Neste romance o protagonista se apaixona por uma mulher que não está ao seu alcance, e decide tirar a própria vida. Este fenômeno originou o termo “*Efeito Werther*”, usado na literatura médica para designar suicídios por imitação.

No metrô de Viena aconteceram 22 casos de suicídio num período de 18 meses, (duas vezes o registrado nos três anos anteriores), após uma cobertura sensacionalista de um incidente em 1986. Após a percepção de tal fato, a imprensa e a Associação Austríaca para a Prevenção do Suicídio iniciaram uma série de discussões sobre o assunto que culminou com o desenvolvimento de um manual para os profissionais da mídia sobre como divulgar casos de suicídio. Etzersdorfer e Sonneck (1998) apresentam que nos cinco anos subseqüentes a este manual, a taxa de suicídios no metrô austríaco caiu 75%. Os autores ponderam que embora alguma troca de método de suicídio deva ter ocorrido, foi registrada uma queda na taxa de suicídio de cerca de 20% considerando todos os métodos.

O estudo de Aseltine et al (2007) avalia a efetividade de uma estratégia escolar de prevenção de suicídio em adolescentes nomeada “*Signs of Suicide (SOS)*”. O projeto promove a concepção entre os adolescentes de que o suicídio é diretamente ligado a transtornos mentais, principalmente depressão, e não é uma reação normal ao stress ou a problemas emocionais. O objetivo do programa é ensinar os adolescentes do colegial a perceber e a responder aos “sinais de suicídio” neles mesmos ou nos outros como uma emergência e a maneira adequada de proceder. 4133 estudantes do colegial em nove escolas da Geórgia (EUA) foram randomizados entre o grupo de intervenção e o grupo controle, entre 2001 e 2003. Menor taxa de tentativas de suicídio foi encontrada no grupo de intervenção (3% x 4,5%), $p=0,007$ assim como melhores níveis de conhecimento e atitudes acerca do comportamento suicida.

Em 1996, após o massacre de Port Artur, onde um atirador com um uma pistola semi-automática matou 35 pessoas e feriu seriamente outras 18, o governo australiano decidiu restringir a circulação de armas de fogo entre a população civil. Proibiu a posse de armas de maior poder letal, como semi-automáticas, e fez o recolhimento voluntário de armas com compensação financeira. Um total de cerca de 700.000 armas que estavam em posse da população civil foram recolhidas. As armas em posse de civis passaram a necessitar de licença com justificativa para seu uso, de forma que poucos civis foram autorizados a possuírem armas de fogo. Chapman et al 2006 estudaram o impacto de tais medidas nos anos subseqüentes no número de suicídios por arma de fogo, homicídios, homicídios em massa, e no total de mortes por armas de fogo. Os suicídios na Austrália representam mais de 70% das mortes por armas de fogo; nos 18 anos anteriores à restrição as armas de fogo, a média de suicídios por este método era de 492 suicídios por ano, nos sete anos subseqüentes esta média caiu para 246 por ano. Antes da restrição, o número de suicídios por armas de fogo vinha caindo a uma média anual de 3% ao ano, este decaimento acelerou-se para 7,4% ao ano após a restrição ($p=0,007$). O número total de suicídios (por diversos métodos) que crescia a uma média de 1%

ao ano antes da restrição, passou a apresentar queda de 4,4% ao ano ($p < 0,001$), fortalecendo a hipótese que não houve uma substituição significativa para outro método de suicídio. O número de homicídios por arma de fogo caiu de uma média de 92,9 por ano para 55,6 por ano após a restrição, e o total de homicídios (por todos os métodos) que vinha crescendo a uma média de 1% ao ano, passou a apresentar uma diminuição de 2,4% ao ano após a restrição, fortalecendo a hipótese que não houve uma substituição significativa para outro método de homicídio ($p=0,05$). Nos 13 anos que antecederam a restrição, 104 pessoas morreram em 13 homicídios em massa com armas de fogo, já nos 10 anos subsequentes, não ocorreu nenhum homicídio em massa por armas de fogo. Chapman et al concluem que a restrição de armas de fogo implementada na Austrália foi eficiente na redução de suicídios e homicídios por armas de fogo e também na redução do total de suicídios e homicídios.

REVISÃO SISTEMÁTICA E RECOMENDAÇÕES

Um dos principais estudos sobre prevenção do suicídio foi a revisão sistemática de Mann et al (2005). Com vistas a avaliar a efetividade de estratégias específicas de prevenção do suicídio, foram avaliados os estudos sobre prevenção do suicídio publicados entre início de 1966 e junho de 2005 a partir da consulta das bases de dados MEDLINE, the Cochrane Library, and PsychINFO. Especialistas de 15 países revisaram todos os estudos. Foi possível então encontrar 93 estudos com medidas de desfecho avaliadas. Havia três tipos de estudos: revisão sistemática ou meta-análise (10); estudos quantitativos, estudos de coorte ou randomizados e controlados (42); estudos ecológicos ou de bases populacionais ($n=41$). As intervenções avaliadas foram principalmente: campanhas educacionais para públicos específicos e generalizadas, detecção e tratamento de indivíduos com alto risco de suicídio, restrição do acesso a meios letais e orientação à mídia de como divulgar casos de suicídio.

A escassez de estudos, e heterogeneidades metodológica e das populações estudadas não permitiram a realização de uma meta-análise. Os resultados

mostraram evidências de eficácia mais robustas em relação à educação médica para reconhecimento e tratamento da depressão e em relação à restrição ao acesso a meios letais para cometer suicídio. Uma série de outras intervenções como detecção/tratamento de indivíduos em risco ou orientação à mídia de como divulgar casos de suicídio reúnem já alguma evidência de efetividade, mas são necessários mais estudos para que possa ser apontada evidência robusta.

Baseando-se na literatura científica, a Organização Mundial da Saúde (WHO 2004; 2005) faz algumas recomendações para prevenção do suicídio:

- Identificar e reduzir a disponibilidade e o acesso aos meios para se cometer suicídio (ex. armas de fogo, substâncias tóxicas);
- Melhorar os serviços de atenção à saúde, promover suporte e reabilitação para as pessoas com comportamento suicida;
- Melhorar os procedimentos diagnósticos e subsequente tratamento dos transtornos mentais;
- Aumentar a atenção entre profissionais de saúde para suas próprias atitudes e tabus em relação à prevenção do suicídio e às doenças mentais;
- Aumentar o conhecimento, através da educação pública, sobre doença mental e o seu reconhecimento precoce;
- Auxiliar a mídia a noticiar suicídios ou tentativas de suicídio;
- Incentivar a pesquisa na prevenção do suicídio, encorajar a coleta de dados das causas de suicídio e evitar a duplicação dos registros estatísticos;

- Prover treinamento para as equipes envolvidas em prevenção, como profissionais de saúde, indivíduos-chave e grupos de apoio.

SUICÍDIO E TRANSTORNO MENTAL

Sairemos agora da panorâmica geral das estratégias efetivas de prevenção do suicídio para apresentarmos alguns dados da literatura científica que também influenciaram as escolhas deste projeto, que de um conjunto de estratégias possíveis selecionou como estratégias escolhidas: capacitar equipes de saúde, com conteúdo focalizado no aprimoramento de habilidades para diagnóstico precoce e tratamento dos transtornos mentais e também estimular os indivíduos que tentaram o suicídio a procurarem e a se manterem em tratamento.

Bertolote e Fleischmann (2002) realizaram uma revisão sistemática de 31 artigos publicados entre 1959 e 2001. Nestes, 15.629 casos de suicídio em indivíduos com idade acima de 10 anos foram avaliados quanto à presença de transtorno mental, seja por avaliação psiquiátrica ocorrida antes do suicídio, ou pelo método da autópsia psicológica após o mesmo. O estudo mostrou que em 97% dos casos de suicídio caberia um diagnóstico de transtorno mental na ocasião do ato fatal. Estudos têm demonstrado que o diagnóstico e tratamento correto dos transtornos mentais são medidas fundamentais com vistas a se reduzir suicídio (Mann, 2005; WHO, 2004).

Transtornos depressivos na população geral são relativamente comuns, atingindo cerca de 2 a 4% dos homens e de 2 a 6% das mulheres num determinado momento (Blazer et al., 1994). Um levantamento realizado em amostras estratificadas de três capitais brasileiras mostrou que 3% dos entrevistados estavam padecendo de depressão (Almeida et al., 1992). Quando se refere ao acometimento ao longo de toda vida, tem-se que entre 10 e 25% das mulheres e 5 a 12% dos homens serão acometidos (Botega, Furlaneto e Fráguas Jr, 2006). Em

algumas populações específicas a prevalência da depressão sobe consideravelmente, como em pacientes internados em enfermarias clínicas, nas quais entre 20 e 33% dos indivíduos têm importantes sintomas depressivos (Furlaneto, 1996).

A correlação entre depressão e suicídio é inequívoca, o risco de suicídio aumenta mais de 20 vezes em indivíduos com episódio depressivo maior, e sobe ainda mais em sujeitos com comorbidade com outros transtornos psiquiátricos ou doenças clínicas (Lönnqvist, 2000). Dados de autópsia psicológica mostram que aproximadamente metade dos indivíduos que faleceram por suicídio estava em um episódio depressivo; se considerados os indivíduos com outros transtornos mentais onde a sintomatologia depressiva é central, como nos transtornos de ajustamento com sintomas depressivos, a porcentagem sobe para cerca de 80% (Rich et al., 1986).

Depressão não tratada ou incorretamente tratada cronifica-se com frequência (Botega, Furlaneto, Fráguas Jr, 2006). Tal fato ganha grande importância quando considerado que a maioria dos casos não tem diagnóstico e tratamento corretos (Fráguas Jr, 1995). Mitchell et al 2009 conduziram uma meta-análise com 41 estudos e 50371 pacientes sobre o diagnóstico de depressão por médicos generalistas. Foram identificados em média apenas 47% dos casos de depressão, e para cada dois diagnósticos corretos foram feitos três diagnósticos de depressão na ausência da mesma, falso positivo. O tratamento farmacológico da depressão, por sua vez, é tecnicamente mais acessível aos generalistas, já que cerca de dois terços das pessoas tratadas com dose e tempo corretos responde ao primeiro antidepressivo prescrito (Schatzberg, 2003). Diagnóstico precoce e tratamento correto da depressão são, comprovadamente, uma das maneiras mais eficazes de se prevenir suicídio (Mann, 2005; WHO, 2004).

Gilbody 2003, revisando 35 intervenções educacionais e organizacionais no manejo da depressão no nível primário, aponta que o conjunto dos estudos

demonstra resultados negativos das intervenções predominantemente educacionais em aprimoramento no manejo da depressão. Dois anos após no mesmo periódico foi publicada a revisão sistemática de Mann 2005 (já descrita anteriormente), que em contraponto a revisão de Gilbody 2003 encontrou fortes evidências de que o treinamento de médicos para reconhecimento e tratamento da depressão é efetivo para melhora de manejo da mesma, repercutindo em prevenção do suicídio. A nosso ver a revisão de Gilbody mistura estudos com estratégias, metodologias e aferições muito distintas o que compromete muito a análise do conjunto. Neste aspecto a revisão de Mann é mais cuidadosa, pois faz análises devidamente separadas e evita conclusões generalizantes na comparação de objetos muito diversos, por sinal, equívoco comum das revisões sistemáticas e metanálises em saúde mental e psiquiatria.

Acima, usamos a depressão como exemplo de possível repercussão do aperfeiçoamento de diagnóstico e tratamento na redução do suicídio por ser a patologia mais freqüentemente associada aos suicídios, mas a mesma associação está presente em diversos outros transtornos mentais. Por exemplo, em uma méta-análise incluindo 31 estudos (Baldessarini et al 2006), totalizando 85229 indivíduos.ano de exposição, concluiu-se que indivíduos com transtorno do humor em uso de lítio têm uma chance cinco vezes menor de falecerem por suicídio ou tentarem o suicídio (RR = 4.91, 95% CI 3.82-6.31, $p < 0.0001$). Quando retiradas as depressões unipolares e avaliados apenas os indivíduos com diagnóstico de Transtorno Afetivo Bipolar obteve-se também uma redução significativa do risco de suicídio ou de tentativas de suicídio com o uso de lítio.

CAPACITAÇÃO DE MÉDICOS GENERALISTAS; PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL E PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM GERAL EM PREVENÇÃO DO SUICÍDIO

Os achados do estudo de Gotland (Rutz W et al 1995,1997; Rutz W 2001), (descrito na página 5), tem sido replicado em outros países como aponta o estudo abaixo.

Em uma região da Hungria contendo 73000 habitantes e com alta taxa de suicídio, 59,7/100.000 habitantes/ano, aplicou-se um programa de prevenção de suicídio baseado em educação dos médicos generalistas e suas respectivas enfermeiras com duração de cinco anos, o programa visava treinamento para detecção e manejo dos transtornos do humor. 28 dos 30 médicos generalistas, os quatro psiquiatras e o único psicólogo da região em questão aceitaram participar do programa de treinamento. Simultaneamente, formou-se um centro para tratamento de depressão para onde poderiam ser encaminhados pacientes selecionados e um serviço de interconsulta psiquiátrica por telefone disponível aos médicos. Como resultado, nos cinco anos do programa, de 2001 a 2005, em comparação ao quinquênio anterior, de 1996 a 2000, obteve-se uma queda da taxa de suicídio superior ao restante do estado e ao restante do país ($P < 0,001$ e $P < 0,001$, respectivamente), acompanhada de aumento da prescrição de antidepressivos. Entretanto, não se encontrou uma queda estatisticamente significativa dos suicídios em relação a uma região não contígua escolhida como região controle. (Szanto K et al 2007)

A maioria dos estudos que correlacionaram treinamento de clínicos para diagnóstico e tratamento de depressão e comportamento suicida (embora distintos metodologicamente) encontraram algum ganho na redução de comportamento suicida (Ex: Henriksson S e Isacsson G 2006; Hegerl U 2006). Alguns trabalhos encontraram apenas ganhos indiretos, como melhora no reconhecimento e manejo de depressão por parte dos clínicos, mas que não se reverteram em reduções estatisticamente significativas nas taxas de suicídio (Ex: Roskar et al

2010). Porém existem estudos onde não se encontrou nem ganhos indiretos, como o trabalho que descreveremos a seguir por ter sido realizado no Brasil e por sugerir-nos que o conteúdo da capacitação para prevenção do suicídio deva ser planejado a partir das realidades locais das equipes de saúde e ser altamente focalizado no aprimoramento de habilidades, mais que no fornecimento de informações.

A Organização Mundial da Saúde executou em cinco países da América Latina, Brasil incluso, um programa de treinamento breve, de dois dias, de médicos da rede primária visando aprimoramento na detecção e no manejo da depressão. Foi usado material de treinamento desenvolvido pela Associação Mundial de Psiquiatria. Foram avaliados conhecimentos, atitudes e habilidades clínicas um mês antes e um mês após a capacitação de 107 clínicos no conjunto dos cinco países. Durante uma semana típica de atendimento destes médicos foram aplicados a 6174 pacientes atendidos por estes clínicos a escala de Zung de depressão e um “checklist” de depressão baseado no DSM-IV/CID-10. Como resultado do treinamento o conhecimento dos clínicos a respeito de depressão melhorou discretamente, algumas atitudes tiveram mudança, mas pouco impacto foi encontrado nas habilidades clínicas, não houve aumento no diagnóstico correto de depressão, nem melhora no manejo psicofarmacológico. A concordância entre o diagnóstico de depressão dos clínicos e o feito a partir de auto-aplicação pelos pacientes de escalas de depressão também permaneceu baixo. Mas os clínicos ficaram mais confiantes em tratar depressão e encaminharam menor número de pacientes aos psiquiatras (Levav et al 2005). Os resultados brasileiros foram mais decepcionantes que os globais, pois não ocorreram mudanças significativas em conhecimento, atitudes ou habilidades clínicas (Valentini et al 2004).

A literatura médica acerca de capacitação de profissionais de saúde mental em prevenção do suicídio é mais escassa do que a de médicos generalistas. Oordt et al 2009 apresentam um estudo em que oitenta e dois profissionais de saúde

mental da Força Aérea Americana foram submetidos a um curso de capacitação em prevenção do suicídio de 12 horas em um dia e meio de treinamento. Estes profissionais eram, principalmente, psicólogos com doutorado (47%), psicólogos com mestrado ou “social workers” com doutorado (27%) e psiquiatras (13%). A capacitação era dividida em 4 horas de treinamento em avaliação de risco de suicídio, 4 horas de manejo de comportamento suicida e 4 horas de questões diversas ligadas ao comportamento suicida. Os profissionais foram avaliados antes, ao final e após 6 meses do curso por meio de um questionário analógico com 6 questões. Houve mensuração do nível de concordância com estas questões que inquiriam acerca de algumas práticas e da confiança em tratar pacientes com comportamento suicida. As seis questões eram: 1) Estou mais confiante em minha habilidade de avaliar pacientes com risco de suicídio; 2) Estou mais confiante em minha habilidade de tratar pacientes com risco de suicídio; 3) Sou hesitante em perguntar ao paciente sobre comportamento suicida; 4) Acredito que pacientes em risco de suicídio são melhor tratados com internação hospitalar; 5) Eu acredito que clínicos deveriam ser legalmente responsáveis por proteger os pacientes deles mesmos; 6) Eu acredito que minha prática clínica é suficiente para me proteger de processos jurídicos em caso de suicídio de um paciente. Do início para o final do curso houve mudanças estatisticamente significativas apenas nas questões 2 e 4. Após 6 meses apenas metade dos profissionais responderam o questionário e ocorreram mudanças estatisticamente significativas apenas nas questões 1 e 2.

A prevenção de suicídio feita por profissionais de saúde é factível, e não deve ser tarefa restrita apenas dos profissionais especializados. Luoma, Martin e Pearson (2002) revisando 40 estudos apontam que 75% dos indivíduos que faleceram por suicídio tiveram contato com profissionais de saúde no nível primário no ano anterior, e 45% no mês anterior ao suicídio. O contato com profissionais de saúde mental é significativamente menor: 33% dos indivíduos que faleceram por suicídio passaram por algum profissional de saúde mental no último ano e apenas 20% no último mês.

O projeto Storm (Skills Training On Risk Management) assim como o desta tese visou capacitar simultaneamente profissionais da saúde primária, profissionais de saúde mental e emergencistas que lidassem em suas rotinas com indivíduos em risco de suicídio. 167 profissionais (47% dos elegíveis) de uma região da Inglaterra participaram de uma capacitação ao longo de 6 meses no ano de 1997 por três enfermeiras com especialização em saúde mental; apenas 69% dos profissionais completaram o curso. Os autores calcularam que caso a capacitação resultasse em uma diminuição de 2,5% no número de suicídios o custo de cada vida preservada seria de aproximadamente 100.000 libras (ano base 2000) o que justificaria o projeto. Foram detectadas mudanças favoráveis nas atitudes dos profissionais e na confiança em lidar com pacientes com comportamento suicida. As taxas de suicídio no quadriênio anterior foram de 8.8/100.000 habitantes/ano e no quadriênio seguinte de 8.6/100.000 habitantes ano (redução de 2,3%, próxima do valor estipulado, mas sem significância estatística na redução; e como não havia grupo controle talvez sem correlação com a capacitação efetuada). O projeto STORM foi replicado com sucesso na Escócia em 2004 em termos de mudança positiva de atitudes e confiança em lidar com indivíduos com comportamento suicida por parte dos profissionais que participaram da capacitação (Morris et al 2005; Gask et al 2006, 2008; Appleby et al 2000).

Hodges, Inch e Silver 2001 realizaram uma revisão dos programas educacionais em saúde mental para médicos generalistas da atenção primária, visando extrair recomendações generalizáveis que aumentassem a chance de sucesso em modificar conhecimento, atitudes e práticas clínicas de saúde mental dos generalistas na atenção primária. Várias das recomendações desta revisão foram adotadas na capacitação deste projeto como: adequar o conteúdo da capacitação a realidade clínica do capacitado e não a realidade clínica vivida pelo capacitador, estimular a participação ativa do capacitado através de “role playing” ou discussão de casos clínicos, a duração da capacitação e o ambiente devem permitir a

formação de algum vínculo que facilite a discussão sincera de atitudes na prática clínica, devem ser inseridas avaliações das atitudes, práticas e conhecimentos não somente para medir a efetividade das estratégias educacionais, mas também para reforçar o aprendizado.

MONITORAMENTO DE INDIVÍDUOS QUE TENTARAM O SUICÍDIO

Veremos a seguir alguns estudos relacionados ao monitoramento de indivíduos que tentaram o suicídio, e que demonstram a importância de se dirigir especial atenção aos mesmos devido ao maior risco de suicídio destes indivíduos.

Owens et al. (2002) conduziram uma revisão sistemática, na qual foram incluídos 78 estudos em que a entrada de determinado paciente em um serviço de saúde por uma tentativa de suicídio era considerada o marco zero, a partir do qual os pacientes eram seguidos. Esta revisão permitiu o cálculo da taxa de suicídio em momentos distintos ao longo do tempo. Para tal, os autores agruparam os estudos de acordo com o tempo de seguimento, como podemos verificar na tabela 1 a seguir:

Tabela 1- Suicídio

Tempo de seguimento	1ano	1a4 anos	4a9 anos	Mais de 9 anos
Mediana da taxa de suicídio	1,8%	3%	3,4%	6,7%
Número de estudos incluídos	26	21	24	7

Fonte: Owens, D.; Horrocks, J.; House, A. (2002). Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *British Journal of Psychiatry* 181:193-199.

Na mesma revisão, Owens et al. (2002) ponderam que o risco de suicídio em pacientes que já tentaram o suicídio é, pelo menos, uma centena de vezes maior que o risco da população em geral. Um histórico de tentativa de suicídio e a presença de transtorno mental são os maiores indicadores de risco de suicídio. (Allgulander, 1990; Isometsa, 1998; Owens, 2002; Suominen, 2004).

Crawford et al 2007, realizaram uma revisão sistemática mensurando a eficácia em termos de prevenção do suicídio de intervenções psicossociais realizadas em indivíduos após uma tentativa de suicídio. Foram incluídos nesta revisão 18 estudos englobando 3918 sujeitos; ocorreram 18 suicídios nos grupos de intervenção e 19 nos grupos controle o que não caracterizou uma diferença estatisticamente significativa. Rudd 2007 questiona a validade dos achados de Crawford, primeiramente pela inclusão na revisão de estudos com protocolos muito questionáveis em termos de prevenção de suicídio (como uma intervenção baseada em apenas dois telefonemas ao indivíduo que tentou o suicídio), também pelo mesmo ter inserido estudos com referencial teórico e metodologia muito distintas, e ter misturado estudos que lidavam com indivíduos que tentaram o suicídio com estudos de intervenção em indivíduos que tinham cometido apenas auto-lesões sem desejo de morte propriamente dita (“self-harm”). Outra pontuação que consideramos válida é que se esta revisão fosse realizada no ano seguinte (2008) e incluísse os 2238 pacientes do estudo SUPRE-MISS (Estudo Multicêntrico de Intervenção no Comportamento Suicida da Organização Mundial da Saúde) (Fleischmann A, Bertolote JM, Wasserman D et al 2008) o resultado desta revisão poderia ser bastante distinto.

Países com experiências consistentes no campo das políticas de prevenção do suicídio têm articulado, conjuntamente à implantação dessas, estudos de avaliação de seu impacto (Taylor, 1997). Temos poucos estudos brasileiros ligados a estratégias de prevenção do suicídio. O grupo de pesquisa e trabalho em suicidologia do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP executou três projetos distintos neste sentido nos últimos cinco anos, os quais serão descritos a seguir, pois a participação do autor desta tese nestes três projetos em conjunto com seus resultados, foram fatores de grande influência no formato deste projeto:

PROJETO SUPRE-MISS

(Estudo Multicêntrico de Intervenção no Comportamento Suicida da Organização Mundial da Saúde).

Este projeto visou diminuir a escassez de dados sobre comportamento suicida em países em desenvolvimento e testar em distintas culturas uma estratégia de prevenção dirigida a indivíduos que tentaram o suicídio. Oito países participaram do estudo (África do Sul, Brasil, China, Estônia, Índia, Irã, Sri Lanka e Vietnã) com a supervisão científica do Australian Institute for Suicide Research and Prevention e do National Centre for Suicide Research and Prevention of Mental Health do Instituto Karolinska na Suécia.

O projeto tinha dois componentes: um estudo randomizado, longitudinal, que comparava uma “intervenção breve” com o tratamento usual em indivíduos que dessem entrada nos prontos socorros participantes por uma tentativa de suicídio, e um inquérito nas comunidades das cidades participantes inferindo comportamento suicida na população geral.

Na “intervenção breve”, além do encaminhamento para o seguimento usual, o paciente passava por uma entrevista motivacional, de aproximadamente 60 minutos, e por contatos posteriores (telefonemas ou visitas domiciliares) na 1ª, 2ª, 4ª, 7ª e 11ª semanas e no 4º, 6º, 12º e 18º mês após a tentativa de suicídio. O intuito maior dessa intervenção foi favorecer a adesão ao tratamento e evitar comportamento suicida futuro.

No Brasil, Campinas foi escolhida como cidade para a execução do projeto, devido ao histórico de pesquisa em prevenção do suicídio da UNICAMP. A íntegra do projeto SUPRE-MISS encontra-se no seguinte endereço eletrônico:

http://www.who.int/mental_health/PDFdocuments/SUPRE-MISS.pdf.

A seguir apresentaremos alguns resultados globais e referentes aos dados colhidos no Brasil do SUPRE-MISS:

Tabela 2 – Comparação do número de suicídios, no seguimento de 18 meses, no conjunto dos países, nos indivíduos submetidos à intervenção breve (IB) versus tratamento usual (TU)

Total de indivíduos	IB (%) de suicídios após 18M	TU (%) de suicídios após 18M	TU / IB suicídios após 18M	Qui-quadrado / p
2238	0,5%	2,2%	4,4	13,348 / p<0,001 Nível de significância 5%

Fonte: Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries. Fleischmann A, Bertolote JM, Wasserman D, De Leo D, Bolhari J, Botega NJ, De Silva D, Phillips M, Vijayakumar L, Värnik A, Schlebusch L, Thanh HT. Bull World Health Organ. 2008 Sep; 86(9): 703-9.

Podemos observar na tabela 2 acima que o grupo de indivíduos submetidos a “intervenção breve” teve uma incidência de suicídios 4,4 vezes menor que o grupo controle. Isto é ainda mais relevante por se tratar de uma intervenção relativamente barata e de “tecnologia” de fácil replicação. Outros dados da tabela que gostaríamos de ressaltar é o número grande de indivíduos participantes do estudo e a consistência estatística dos resultados.

Na tabela 3 a seguir podemos observar dados sobre comportamento suicida ao longo da vida colhidos da população geral, os quais são mais escassos do que dados sobre comportamento suicida na população que procura serviços de saúde. Chamamos a atenção para a grande variação nas incidências de comportamento suicida entre os diversos países. Tal fato era esperado, pois se tratam de culturas

muito distintas entre si. Podemos observar que conforme caminhamos de ideação suicida para plano, tentativa e chegamos a suicídio propriamente dito a amplitude desta variação entre os países se estreita.

Tabela 3 - Comportamento suicida na população geral (área urbana)

País	Ideação suicida (%)	Plano suicida (%)	Tentativa de suicídio (TS) (%)	Atendimento médico pela TS
África do Sul (Durban)	25,4%	15,6%	3,4%	1,5%
Brasil (Campinas)	18,6%	5,2%	3,1%	1,1%
China (Yuncheng)	18,5%	7,4%	2,4%	1,8%
Estônia (Talinn)	12,4%	5,4%	3,6%	1,4%
Índia (Chennai)	2,6%	2,0%	1,6%	1,4%
Irã (Karaj)	14,1%	6,7%	4,2%	2,1%
Siri-Lanka (Colombo)	7,3%	1,5%	2,1%	1,1%

Fonte: Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D, Bolhari J, Botega N, De Silva D, et al. Suicide attempts, plans, and ideation in culturally diverse sites: the WHO SUPRE-MISS community survey. *Psychol Med* 2005; 35(10):1457-65.

Nos próximo parágrafo apresentaremos resultados do SUPRE-MISS com dados colhidos exclusivamente no Brasil:

Duzentos e três indivíduos que deram entrada no pronto-socorro do Hospital das Clínicas da Unicamp devido a uma tentativa de suicídio durante a fase de entrada do estudo SUPRE-MISS foram separados em dois grupos: se já haviam tentado o suicídio (cento e um indivíduos), ou se deram entrada no pronto socorro pela primeira tentativa de suicídio de suas vidas (cento e dois indivíduos). Entre os primeiros (chamados de “repetidores”) encontramos várias características distintas como por exemplo: mais mulheres ($p=0,02$), donas de casa ($p=0,03$) e sintomas

depressivos auferidos pela Escala de Beck ($p=0,005$). (Cais et al 2009). Algumas das características no comportamento suicida dos indivíduos auferidas em estudos como este, realizados com dados exclusivamente brasileiros, ou em estudos que comparavam os dados de diferentes culturas (vide Bertolote 2005 – tabela 3) reforçaram-nos a impressão de que as estratégias de prevenção devem ser particularizadas para cada cultura, e que estudos que descrevam a aplicação de estratégias de prevenção no Brasil (ainda escassos) como o deste projeto, são fundamentais para a acumulação destes subsídios.

SEGUIMENTO DE INDIVÍDUOS QUE TENTARAM O SUICÍDIO NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Em uma parceria UNICAMP, FAPESP e Prefeitura Municipal da Cidade de São Paulo, estabeleceu-se um programa nas subprefeituras da Sé e do Jabaquara nos anos de 2004 e 2005 de: monitoramento, coleta de dados e busca ativa para seguimento, de todos os indivíduos destas regiões que viessem a tentar o suicídio. Foi realizada também capacitação das equipes de saúde, envolvendo cursos teóricos e supervisão clínica.

Em termos de resultados os principais ganhos foram provavelmente melhor articulação entre os serviços e entre os profissionais; não houve mensuração de efetividade em termos de redução das taxas populacionais de suicídio. Entre os 75 pacientes monitorados não houve nenhum suicídio ou nova tentativa de suicídio durante o monitoramento.

Este projeto funcionou como modelo inicial de capacitação e monitoramento a partir do qual se promoveram modificações sucessivas até a chegada ao modelo usado no projeto de Campinas. Por exemplo, neste último houve ampliação do conteúdo da capacitação (Ex: inclusão de manejo de álcool e drogas, psicoses).

CAPACITAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DO HC-UNICAMP

Um total de 317 profissionais da enfermagem do Hospital das Clínicas da Unicamp foram submetidos a uma breve capacitação (6 horas) em prevenção do suicídio. A capacitação visou, além da mudança de conhecimento, uma mudança de atitude dos profissionais de enfermagem no manejo de indivíduos com comportamento suicida. Na ausência de um instrumento na literatura considerado satisfatório para aferir atitudes em relação ao comportamento suicida, incluiu-se neste projeto o desenvolvimento de tal instrumento, fato que culminou na elaboração do Questionário sobre a Atitude Frente ao Comportamento Suicida (QuACS) (Botega et al 2005). Com a aplicação do Questionário sobre a Atitude Frente ao Comportamento Suicida no início, no final e após seis meses do término da capacitação, verificou-se que ocorreram mudanças favoráveis na atitude da enfermagem do Hospital das Clínicas da Unicamp e que as mudanças mantiveram-se presentes após seis meses do treinamento (Botega et al, 2007). Este instrumento (QACS) tem sido adotado por outros grupos que atuam em prevenção do suicídio Ex: (Berlim et al 2007), e será adotado também neste projeto.

A experiência propiciada por estas três estratégias de prevenção do suicídio, em conjunto com a constatação na literatura médica de que capacitar profissionais de saúde para prevenção do suicídio e concentrar esforços preventivos nos indivíduos que já tentaram o suicídio estão entre as estratégias de prevenção do suicídio mais eficientes, moldaram o formato deste projeto.

POSICIONAMENTOS NA CONSTRUÇÃO DESTE PROJETO

Antes de progredirmos para a descrição dos objetivos iremos explicitar algumas escolhas implícitas neste projeto, pois se referem a valores do autor desta tese com relação à prevenção do suicídio.

A primeira e mais óbvia escolha é que suicídio deva ser ativamente prevenido, ou seja, de algum modo a decisão subjetiva de um indivíduo de terminar a própria vida não é “acatada”.

A primeira justificativa desta escolha é que baseados na literatura médica, como exposto na introdução, e também na experiência clínica, consideramos que o suicídio se dá na grande maioria dos casos em um estado de importante alteração mental, reversível na sua grande maioria quando corretamente abordado. Podemos chamar este estado mental alterado de transtorno mental, angústia intensa, dor psíquica intensa etc., disto dependerá nossa afiliação filosófica e maior ou menor apego a nosografia/nosologia psiquiátrica. Mas a afiliação é o que menos importa, importando sim, que a despeito de nomenclaturas há um reconhecimento de que o suicídio se dá em um contexto de alteração do funcionamento mental que, sobretudo, pode se reverter em um tempo futuro. Ou seja, é por acreditarmos que o suicídio não é na grande maioria dos casos propriamente uma livre-escolha do indivíduo que fica justificada a intervenção. A segunda justificativa é que a decisão do suicídio não afeta somente o próprio indivíduo, mas sim e de maneira contundente as pessoas que lhe são próximas e o tecido social como um todo.

A segunda escolha deste projeto, é que apesar de vermos a gênese do suicídio como multifatorial, passando por questões socioculturais, genéticas, psicodinâmicas, filosófico-existenciais, psiquiátricas e ambientais, decidiu-se focar na abordagem de saúde. Tal escolha se dá pela percepção, novamente baseada na literatura médica e na experiência clínica, que o transtorno mental é um

“vulnerabilizador necessário”, ou seja, apesar da multifatorialidade do fenômeno suicídio, sem a presença do transtorno mental a grande maioria dos suicídios não ocorreria. Também pela exeqüibilidade, pois apesar de mudanças na cultura e no ambiente em que vivemos se fazerem necessárias é evidentemente mais factível abordarmos o problema do transtorno mental. Isso não significa negar-se a necessidade de mudanças culturais e ambientais no tecido social, trata-se apenas de uma focalização necessária para que uma estratégia de prevenção possa ser constituída. A escolha de uma abordagem pelo viés da saúde passa também pelo fato dos planejadores deste projeto serem profissionais da saúde.

A terceira escolha deste projeto em ordem de importância, é que dentro de várias abordagens possíveis no foco da saúde escolhemos: capacitar profissionais da saúde concentrando-se no diagnóstico precoce e tratamento dos transtornos mentais epidemiologicamente mais correlacionados com suicídio e aprimorar suas atitudes no manejo de pacientes com comportamento suicida. Conjuntamente também foi escolhido monitorar indivíduos que incorreram em comportamento suicida visando aumentar a adesão dos mesmos ao tratamento. Ao longo desta introdução foram apresentadas informações da literatura médica que justificaram estas escolhas.

OBJETIVOS

- **Geral:** Avaliar os resultados da implementação de estratégias de prevenção do suicídio no município de Campinas.
- **Específicos:**
 - Aperfeiçoar atitudes das equipes de saúde da rede pública do município de Campinas no manejo de pacientes que tentaram o suicídio ou que estejam em risco de suicídio.
 - Aumentar conhecimento/habilidades clínicas das equipes de saúde da rede pública do município de Campinas em prevenção do suicídio.
 - Aperfeiçoar o fluxo e a adesão ao tratamento em saúde mental dos pacientes do Distrito Sudoeste de Campinas que tentaram o suicídio, visando com isso diminuir comportamento suicida futuro.

HIPÓTESES

- Os profissionais submetidos à capacitação apresentarão atitudes mais favoráveis em relação às pessoas que tentam suicídio ou que estejam em risco de suicídio.
- Os profissionais submetidos à capacitação apresentarão melhora em seus conhecimentos/habilidades clínicas sobre comportamento suicida.
- Através da avaliação qualitativa do monitoramento de seis indivíduos, espera-se encontrar pontos de possível aprimoramento no fluxo e adesão dos indivíduos ao tratamento em saúde mental.

MÉTODO

1- Delineamento

Este é um estudo de intervenção, longitudinal, não controlado, com aspectos quantitativos e qualitativos, que avalia duas estratégias de prevenção do suicídio aplicadas no município de Campinas: Capacitação de profissionais de saúde para prevenção do suicídio e monitoramento dos indivíduos de uma região de Campinas que tentaram o suicídio.

2- Definições para este estudo

Capacitação em prevenção do suicídio – Processo que pretende por meio de métodos e ações educacionais organizados, construir conhecimento, gerar ou aprimorar habilidades e atitudes que gerem como resultante comportamento apto a prevenir suicídio (Modificado de Chiavenato 1985). (Preferimos neste projeto o termo capacitação de profissionais de saúde ao invés de educação de profissionais de saúde, pois o primeiro termo tem uma historicidade de emprego mais relacionada ao aprimoramento de habilidades profissionais).

Suicídio- Ato de auto-agressão cujo resultado foi a morte do indivíduo e sobre o qual o indivíduo tinha consciência de que ao realizá-lo estaria pondo sua vida em risco, mesmo que o executasse com ambivalência. Baseado na definição da Organização Mundial da Saúde (WHO 2002).

Tentativa de suicídio - Para que um ato de auto-agressão fosse considerado como tentativa de suicídio, o indivíduo teria que afirmar que tinha tido consciência de que tal ato poria sua vida em risco, mesmo quando executado com ambivalência. Baseado na definição de Asberg (1976).

Comportamento Suicida – Chama-se aqui de comportamento suicida um amplo espectro de condições e comportamentos, (que vão desde a ideação suicida até o suicídio, passando pelo planejamento e tentativa), pois em diferentes intensidades

todos se correlacionam ao suicídio propriamente dito (Allgulander 1990; Isometsa 1998; Fleischmann 2005).

Atitudes – O significado empregado neste estudo ao termo atitudes segue a tradição da psicologia social e da psicologia da saúde (LaPiere 1934; Fishbein e Ajzen 1975), refere-se ao conjunto de sentimentos e cognições que possuímos em relação a um objeto qualquer, sentimentos e cognições estes que influenciam o comportamento em relação a este objeto.

Monitoramento de indivíduos que tentaram o suicídio – Neste estudo significou registro, comunicação aos serviços de saúde e seguimento por meio de telefonemas periódicos destes indivíduos.

3- Local e Sujeitos

Capacitação

Um curso de capacitação em prevenção do suicídio de 18 horas de duração foi aberto a todos os profissionais de saúde de nível superior que atuassem na rede municipal de Campinas-SP e que nas suas rotinas clínicas lidassem com pacientes com risco de suicídio, estimados em aproximadamente 400 profissionais pelo coordenador de saúde mental do município. A seleção dos profissionais que viriam a participar da capacitação visou profissionais que realmente lidassem em suas rotinas com pacientes em risco de suicídio. Tal seleção foi feita pelas equipes de saúde conjuntamente com suas coordenações. O curso foi divulgado por meio de folders-pôster colocados nas unidades de saúde (anexo). Participaram da capacitação 270 profissionais de saúde (principalmente médicos generalistas, equipes de saúde mental da rede básica, dos CAPS e CAPS álcool e drogas).

Monitoramento - Central de monitoramento da adesão ao tratamento e busca ativa

Esta foi uma central criada para “monitorar” indivíduos que tentaram o suicídio no sentido de facilitar a chegada e adesão dos mesmos ao tratamento.

Foram incluídos em monitoramento todos os 75 indivíduos que deram entrada no pronto socorro do Hospital Ouro Verde entre junho de 2007 e junho de 2008 devido a uma tentativa de suicídio. O Hospital Ouro Verde é a referência do distrito de saúde Sudoeste como pronto atendimento. O distrito Sudoeste tem população de 186.765 habitantes e área de abrangência de 89,7 km². O mesmo foi escolhido para a realização do monitoramento entre os cinco distritos de Campinas por ter a maior porcentagem de população dependente do Sistema Único de Saúde (95% da população), focalizando a estratégia de prevenção em população economicamente desprivilegiada. Tal fato permitiu também um maior controle do fluxo de tentativas de suicídio na região, pois se reduziu o número de casos não notificados por procura da saúde suplementar: planos, consultórios etc.

4- Calculo do tamanho da amostra

Capacitação - Tomando como base a capacitação realizada com as equipes de enfermagem do HC-UNICAMP em 2005 (Botega et al, 2005 e 2007) e a aplicação do questionário de atitudes ocorrida nesta capacitação, estimou-se que seria necessária uma amostra de ao menos 170 indivíduos, partindo-se de três suposições: que este grupo de profissionais, mais heterogêneo nas suas formações profissionais, apresentasse ao menos o mesmo nível de variabilidade em atitudes em comparação ao grupo de profissionais da enfermagem; que as respostas ao questionário de conhecimento apresentassem o mesmo nível de variabilidade das respostas do questionário de atitudes, e que o nível de recusa em responder os questionários não superasse 20% dos indivíduos participantes da capacitação.

Monitoramento – Para o monitoramento não foi feito cálculo do tamanho da amostra, pois não havia expectativa de atingirmos um número de indivíduos que permitisse significância estatística para avaliação de redução de suicídios ou de tentativa de suicídios (por exemplo: o projeto SUPRE-MISS descrito na introdução conseguiu este número de monitorados significativo somando dados de diversos centros em diferentes países)

5- Instrumentos

Capacitação:

QUACS - Questionário de Atitudes Frente ao Comportamento Suicida (versão estendida):

Foi criado para a capacitação das equipes de enfermagem do HC-Unicamp (Botega et al 2005). Para tal foram feitos inicialmente grupos focais com as equipes de enfermagem de onde foram retiradas 56 frases que correspondessem a atitudes. Um conjunto de 25 frases foi escolhido por 10 especialistas em prevenção do suicídio como as mais pertinentes para aferição de atitudes. Foi realizado um projeto piloto com a enfermagem e após este se eliminou quatro frases, três porque apresentaram baixa variação de respostas e mais uma que foi considerada não bem formulada pelos profissionais da enfermagem. Criou-se então um instrumento visual analógico com 21 afirmações, seguidas de escalas visuais analógicas de auto-preenchimento, que mensura atitude nos seus aspectos cognitivos, afetivos e comportamentais (vide anexo). Sua consistência interna foi avaliada estatisticamente. Por meio de análise fatorial, foi possível agrupar itens afins em três constructos (fatores) visando facilitar a avaliação de mudança de atitudes. Por meio de análise fatorial constatou-se a validade destes constructos (fatores); os mesmos foram responsáveis por 40% da variância total. No mesmo questionário foram respondidos dados sociodemográficos e foi solicitada uma estimativa da porcentagem dos indivíduos que estariam sofrendo de um transtorno mental dentro do conjunto de pessoas que falecem por suicídio.

Além das 21 afirmações do questionário original foram acrescentadas para este projeto quatro afirmações, apresentadas a seguir, sobre atitudes com relação a indivíduos deprimidos.

1. É difícil diferenciar se os pacientes apresentam-se simplesmente infelizes, ou se têm uma depressão que necessita de tratamento

Discordo _____ Concordo
totalmente _____ plenamente

2. Ficar deprimido é a maneira como pessoas mais frágeis lidam com dificuldades da vida

Discordo _____ Concordo
totalmente _____ plenamente

3. A depressão reflete uma característica do paciente que é difícil modificar

Discordo _____ Concordo
totalmente _____ plenamente

4. Ficar deprimido faz parte do processo de envelhecimento

Discordo _____ Concordo
totalmente _____ plenamente

Assim como no trabalho original (Botega 2005), agrupamos itens do questionário de atitudes em fatores, de modo a facilitar a avaliação de mudança de atitudes.

Itens do questionário de atitudes agrupados em fatores neste projeto:

Fator 1- Sentimentos negativos diante do paciente

No fundo, prefiro não me envolver muito (+)

Às vezes dá até raiva, porque tanta gente querendo viver... (+)

A gente se sente impotente diante de uma pessoa que quer se matar (+)

Fator 2- Percepção de capacidade profissional

Sinto-me capaz de ajudar uma pessoa que tentou se matar (+)

Tenho preparo profissional para lidar com pacientes com risco de suicídio (+)

Sinto-me inseguro (a) para cuidar de pacientes com risco de suicídio (-)

Fator 3- Direito ao Suicídio

Apesar de tudo, se uma pessoa deseja se matar, ela tem esse direito (+)

A vida é um dom de Deus, e só ele pode tirar (-)

Quem tem Deus no coração, não vai tentar se matar (-)

No fator 2 o item 3 é computado com sinal trocado (-) assim como os itens 2 e 3 no fator 3.

Questionário de conhecimento/habilidades clínicas em prevenção do suicídio:

Este questionário de auto-preenchimento foi desenvolvido para este projeto. Inicialmente foram criadas 34 questões de múltipla escolha com cinco alternativas cada, sendo apenas uma a correta. Estas foram avaliadas por oito especialistas que eliminaram 13 questões consideradas como menos relevantes ou menos aptas para avaliar conhecimento/habilidades clínicas, de forma que a versão final contém 21 questões de múltipla escolha (vide anexos). A maior parte das questões (18) foi formulada a partir da apresentação de casos clínicos representativos das situações mais comuns em que o profissional de saúde se depara com pacientes em risco de suicídio (Ex; casos de depressão e dependência de álcool). Quatorze questões avaliaram diretamente habilidade de manejo em situações clínicas e as sete restantes conhecimento geral em prevenção do suicídio (Ex: conhecimento epidemiológico). Em relação às áreas temáticas: sete questões abordavam depressão e transtornos do humor, seis questões uso de substâncias psicoativas (predominantemente álcool), três conhecimento epidemiológico, duas funcionamento psíquico do indivíduo em risco de suicídio, uma acerca de estratégias de prevenção de suicídio, uma sobre intencionalidade suicida, uma acerca dos fatores de risco e de proteção, e uma sobre avaliação do risco de suicídio (vide anexo).

Monitoramento – Não foram usados questionários ou escalas psicométricas, usou-se a técnica da entrevista psicológica semi-aberta (Turato 2003). Estruturadamente apenas se colheu informações a respeito da repetição ou não de comportamento suicida e adesão ao tratamento. Foram anotados os diálogos visando avaliação qualitativa.

6. Procedimentos

Capacitação:

A capacitação em prevenção do suicídio teve carga horária de 18 horas, divididas em 14 horas de exposição teórica e 4 horas de discussão de casos clínicos visando o aperfeiçoamento de técnicas de manejo. Os participantes traziam para a discussão casos que estavam sendo conduzidos naquele período na rede municipal de saúde e que os estava afligindo devido ao risco de suicídio. Os mesmos eram estimulados a expor suas próprias atitudes e preocupações na condução dos casos clínicos. A capacitação foi repetida três vezes para três turmas de abril a julho de 2007, nas dependências da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. Logo antes do início do curso, ao final e nove meses após o término do curso, foi aplicado aos participantes o questionário mensurando atitudes em relação ao comportamento suicida e o questionário de conhecimento/habilidades clínicas em prevenção do suicídio. Com a finalidade de reunir os participantes após nove meses do final da capacitação para a terceira aplicação do questionário, foi feito um mini-curso de quatro horas centrado na temática do suicídio na adolescência.

Conteúdo das aulas:

O conteúdo está apresentado com certa minúcia (vide anexo), pois em nossa visão o formato final do mesmo é um dos resultados importantes deste estudo, pois reflete a hierarquização dos conteúdos mais importantes do ponto de vista do grupo de prevenção de suicídio da Unicamp, e correlaciona-se diretamente com os resultados da capacitação. O mesmo originou-se em modificações sucessivas

de programas de prevenção do suicídio progressos, os quais foram conduzidos pelo grupo de prevenção do suicídio da Unicamp. Exerceram maior influência no formato final desta capacitação, a capacitação de profissionais de saúde da rede pública no município de São Paulo, e das equipes de enfermagem do Hospital das Clínicas da UNICAMP.

O objetivo básico desta capacitação foi:

- Aprimorar nos profissionais de saúde a capacidade de detecção precoce e manejo de transtornos mentais que possam desencadear comportamento suicida;
- Avaliação do risco de suicídio de um indivíduo;
- Técnicas de manejo ou encaminhamento de indivíduos em risco de suicídio.
- Aumento da auto-percepção da atitude perante um paciente com comportamento suicida e aprimoramento da mesma

Foi entregue para todos os participantes da capacitação, digitalizados em um CD-ROM, o manual de prevenção do suicídio dirigido aos profissionais das equipes de saúde mental elaborado pelo grupo de prevenção do suicídio da Unicamp (Ministério da Saúde/OPAS/UNICAMP-2006) e todos os slides usados na capacitação (vide anexos). Foi entregue também em versão impressa o manual de prevenção do suicídio da Organização Mundial da Saúde (WHO-2000).

Monitoramento:

Central de monitoramento da adesão ao tratamento e busca ativa

As funções desta central, localizada no Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, foram: facilitar o agendamento dos pacientes que tentaram o suicídio, monitorar a adesão ao

tratamento usando-se de procedimentos de “busca ativa”, como telefonemas ou visitas domiciliares, visando motivar o paciente a manter-se em tratamento e/ou minimizar os obstáculos que podiam estar dificultando a adesão ao mesmo, (obviamente respeitando-se o desejo dos indivíduos e sua privacidade), e coletar dados acerca de novas tentativas de suicídio ou suicídios.

A central era gerenciada por uma psicóloga, contratada para gerenciar e executar o monitoramento dos pacientes. Tinha como recursos um computador e um telefone-fax.

O fluxo de pacientes neste monitoramento se dava da seguinte forma: quando um indivíduo dava entrada no Pronto Socorro do Hospital Ouro Verde devido a uma tentativa de suicídio, recebia o atendimento clínico habitual e quando da alta as equipes de saúde eram instruídas a encaminharem o mesmo para seguimento (em geral ambulatorial) para alguma equipe de saúde mental daquele distrito, e então era comunicada a Central de monitoramento. A seguir a psicóloga checava a chegada do paciente às equipes de saúde mental, estabelecia contato com as mesmas e iniciava o monitoramento por meio de telefonemas na primeira, segunda e quarta semanas após a tentativa de suicídio e também no segundo e sexto mês após a mesma.

FIGURA 1- CRONOGRAMA DOS TELEFONEMAS

TELEFONEMAS

1s

2s

4s

2m

6m

A postura da psicóloga ao realizar as ligações foi previamente combinada: procurava-se favorecer o estabelecimento de vínculo com o indivíduo usando predominantemente de escuta acolhedora e intervenções não diretivas. O objetivo era a construção conjunta de uma narrativa a respeito do que ocorrera ao indivíduo. A partir da identificação de obstáculos subjetivos e objetivos ao tratamento procurava-se superá-los. Algumas informações como novas tentativas de suicídio, eram colhidas de modo semi-estruturado. Em resultados apresentamos sumarizados alguns exemplos representativos deste seguimento telefônico.

Na semana anterior ao início do monitoramento foi feito um treinamento de três horas em prevenção do suicídio com os integrantes da equipe de emergência do Hospital Ouro Verde que teriam maior participação na inclusão de pacientes neste monitoramento.

7- Análise de dados

Capacitação:

Na pontuação do questionário de conhecimento/habilidades clínicas, (vide anexos), foi somado um ponto para cada resposta correta das 21 questões de múltipla escolha, sendo então a pontuação total resultante de 0 a 21 pontos. Já no questionário de atitudes cada item corresponde a uma escala visual analógica de 10 cm entre discordância total e concordância total, (vide anexos), de forma que esta marcação de distância é transformada em uma pontuação de 0 a 10 em cada resposta de item. A pontuação de cada um dos três fatores criados, direito ao suicídio, sentimentos negativos perante o paciente com comportamento suicida e percepção de capacidade profissional, pode variar entre 0 e 30 pontos, pois cada um deles possui três itens. Embora nestes dois últimos fatores (sentimentos negativos e percepção de capacidade profissional) alguns itens entrem na somatória com sinal trocado, a amplitude mantém-se em 30 pontos de forma que se centraliza a distribuição de forma a computar-se como se fosse de 0 a 30. Em direito ao suicídio uma maior pontuação pode significar uma atitude menos “moralista/judiciosa”; em sentimentos negativos perante o paciente quanto maior a pontuação maior a presença de tais sentimentos, os quais podem dificultar o auxílio ao indivíduo que incorreu em comportamento suicida; em relação ao fator percepção de capacidade profissional uma maior pontuação pode significar profissionais mais confiantes em lidar com indivíduos com comportamento suicida.

Para comparar variáveis categóricas entre grupos de indivíduos submetidos à capacitação (Ex: médicos, psicólogos etc.) foram utilizados os testes Qui-Quadrado ou exato de Fisher. Para comparar variáveis numéricas entre dois grupos foi utilizado o teste de Mann-Whitney devido à ausência de distribuição normal das variáveis, e o teste de Kruskal-Wallis para comparação das variáveis contínuas entre três ou mais grupos.

Para analisar a evolução das variáveis numéricas entre dois tempos (Ex: antes do curso e ao final do curso) foi utilizado o teste de Wilcoxon para amostras relacionadas, e para as variáveis categóricas foi utilizado o teste de McNemar. Para comparar os escores dos questionários entre as três avaliações, (antes do curso, ao final do mesmo e após nove meses), foi utilizada a análise de variância para medidas repetidas (ANOVA). Foi utilizado o teste de comparação múltipla de Tukey para comparar os escores entre os fatores, (constructos criados a partir do questionário de atitudes, Ex: direito ao suicídio), nestes três momentos, e o teste de perfil por contrastes para analisar a evolução entre as três avaliações em cada fator. As variáveis foram transformadas em postos (*ranks*) nestas análises devido à ausência de distribuição normal. Para comparar as variáveis categóricas entre os três tempos de avaliação foi utilizado o teste de Cochran. O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5% ($p < 0,05$). Para a análise estatística foi utilizado o

programa computacional SAS for Windows (Statistical Analysis System), versão 9.1.3.

Monitoramento – A partir da leitura do conjunto de relatos foram escolhidos conjuntamente pelo autor desta tese e pela psicóloga responsável pelo monitoramento seis casos representativos para uma leitura qualitativa. Para que um relato de caso fosse considerado como representativo dentro do conjunto de relatos usou-se os parâmetros da relevância teórica e repetição da análise qualitativa (Turato 2003).

8- Aspectos éticos e Financiamento

Este projeto foi submetido e aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa da FCM/Unicamp. Os profissionais da saúde submetidos à capacitação e que aceitaram preencher os questionários de conhecimento/habilidades clínicas e de atitudes assinaram um consentimento formal. (Anexos).

O custo total do projeto foi de 75.000 reais, financiado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e repassado pelo Ministério da Saúde; a mesma fiscalizou e aprovou o planejamento, a execução e os resultados deste projeto.

RESULTADOS

RESULTADOS CAPACITAÇÃO (GERAL)

Como podemos observar na tabela 4 abaixo, dos 270 profissionais de saúde que fizeram a capacitação, 230 (85,2%) aceitaram responder os questionários de atitude e conhecimento/habilidades clínicas no início e no final da mesma. E 56 indivíduos (20,7%) aceitaram retornar após nove meses, para o curso em que se fez o terceiro preenchimento dos dois questionários.

TABELA 4 – NÚMERO DE PARTICIPANTES E DE PREENCHIMENTO DOS QUESTIONÁRIOS EM CADA UM DOS TRÊS TEMPOS DE AVALIAÇÃO

PARTICIPARAM DA CAPACITAÇÃO 270 INDIVÍDUOS		
230 ACEITARAM PREENCHER OS DOIS QUESTIONÁRIOS		
EFETIVAMENTE PREENCHERAM		
QUESTIONÁRIO DE CONHECIMENTOS		QUESTIONÁRIO DE ATITUDES
ANTES DO CURSO	226 INDIVÍDUOS	196 INDIVÍDUOS
AO FINAL DO CURSO	194 INDIVÍDUOS	198 INDIVÍDUOS
56 INDIVÍDUOS RETORNARAM APÓS NOVE MESES PARA FAZER UM MINI-CURSO SOBRE SUICÍDIO EM ADOLESCENTES E PREENCHER OS DOIS QUESTIONÁRIOS PELA TERCEIRA VEZ		
EFETIVAMENTE PREENCHERAM		
QUESTIONÁRIO DE CONHECIMENTOS		QUESTIONÁRIO DE ATITUDES
56 INDIVÍDUOS		53 INDIVÍDUOS

Na tabela 5 a seguir apresentamos o perfil sócio-demográfico dos indivíduos que fizeram a capacitação.

TABELA 5 – CARACTERÍSTICAS SÓCIODEMOGRÁFICAS DOS PROFISSIONAIS PARTICIPANTES DA CAPACITAÇÃO

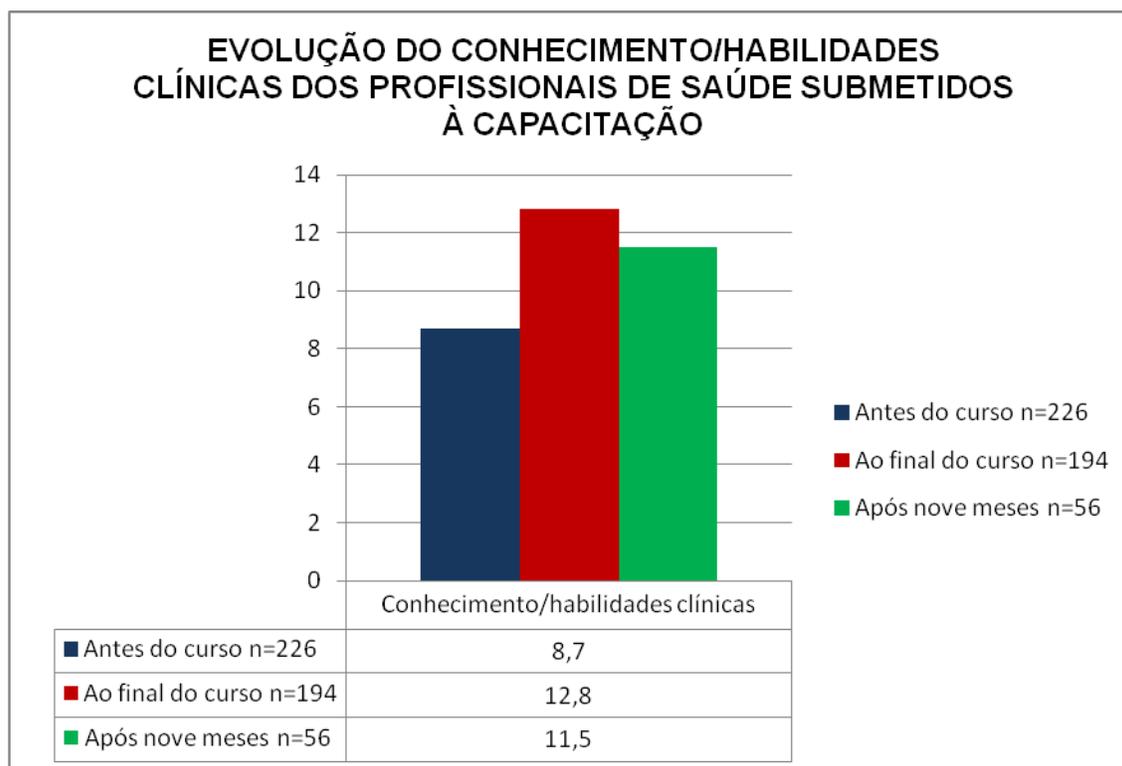
VARIÁVEIS	FREQUÊNCIA (N=270)	PORCENTAGEM
GÊNERO		
FEMININO	229	84,8%
MASCULINO	41	15,2%
FAIXA ETÁRIA		
< 30	63	23,3%
30 a 40	107	39,6%
> 40	100	37,1%
PROFISSÕES		
MÉDICOS	57	21,1%
PSICÓLOGOS	69	25,6%
TERAPEUTAS OCUPACIONAIS	43	15,9%
OUTRAS (Enfermeiros, Assistente Sociais, Educadores Sociais de nível superior etc.)	101	37,4%
RELIGIOSIDADE		
CONSIDERAM-SE RELIGIOSAS	131	67,2%
RELIGIÃO		
CATÓLICOS	128	56,9%
ESPIRÍTAS	39	17,3%
EVANGÉLICOS	27	12%
SEM RELIGIÃO OU OUTRAS	31	13,8%
NÃO RESPONDERAM	45	

Os profissionais de saúde que compareceram após nove meses para responder os questionários não se diferenciavam dos que não compareceram em gênero ($p=0,66$); distribuição das profissões ($p=0,29$); faixa etária ($p=0,31$); considerarem-se religiosos ($p=0,49$); mas tinham diferente afiliação religiosa com maior proporção de espíritas e menor de evangélicos ($p=0,02$). Apesar dos mesmos apresentarem maior pontuação no questionário de conhecimento antes do curso (9,47 versus 8,49), tal diferença não apresentou significância estatística ($p=0,07$).

RESULTADOS CAPACITAÇÃO (CONHECIMENTO/ HABILIDADES CLÍNICAS)

Nos próximos três gráficos apresentaremos as mudanças de pontuação no questionário de conhecimento/habilidades clínicas, considerando respectivamente: todas as respostas preenchidas em cada tempo de avaliação, apenas os indivíduos que responderam antes do curso e também ao final do curso, e apenas os indivíduos que responderam em todos os três tempos de avaliação. Nos três gráficos notaremos que o conhecimento/habilidade clínica em prevenção do suicídio muda significativamente com a capacitação.

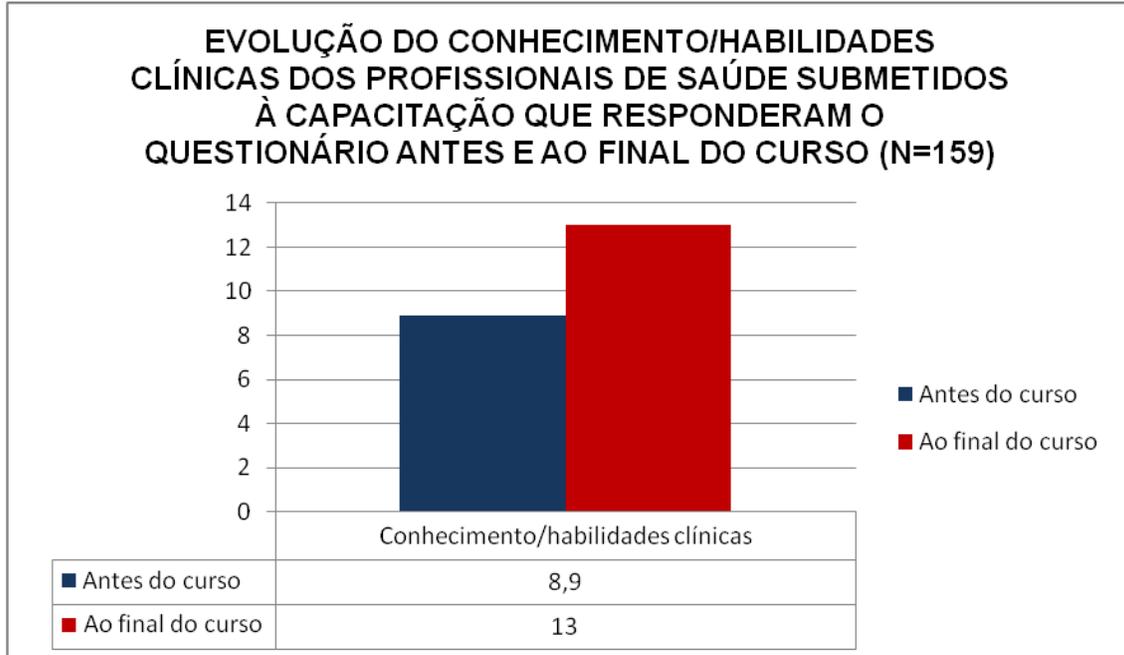
GRÁFICO 1



Procedeu-se a análise estatística (ANOVA) para a diferença entre os três tempos $p < 0,001$ ($T1 \neq T2$, $T1 \neq T3$).

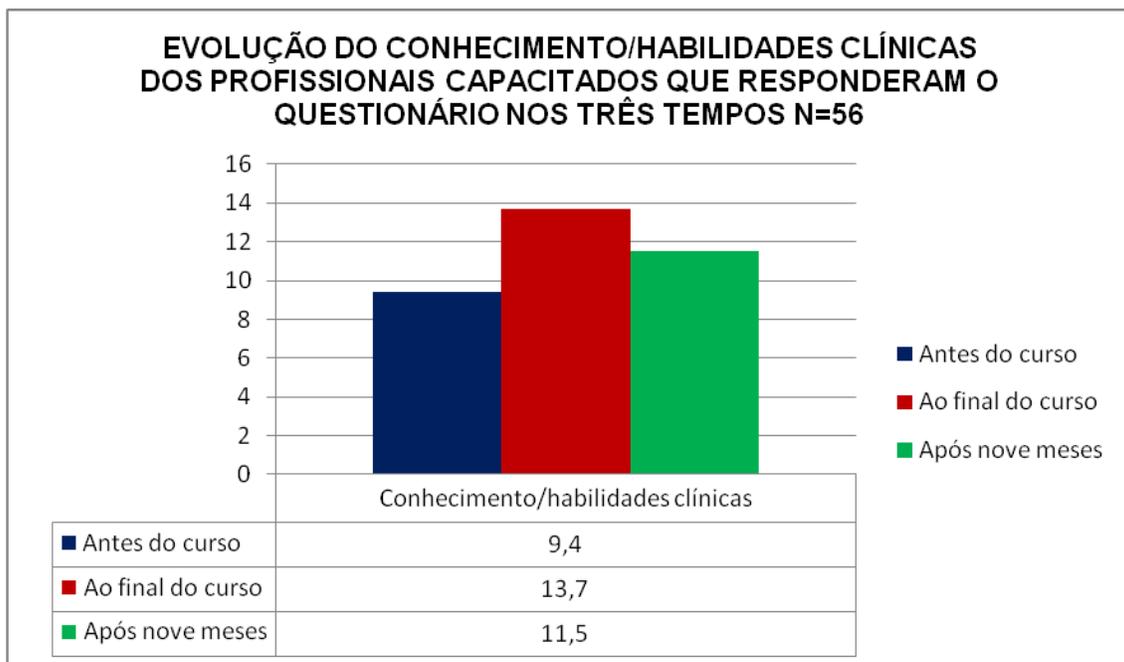
T1= Antes do curso T2= Ao final do curso T3= Após nove meses do término do curso

GRÁFICO 2



*p < 0,001 com nível de significância de 95%

GRÁFICO 3



Procedeu-se a análise estatística (ANOVA) para a diferença entre T1 e T2, p<0,001 T1 e T3; p<0,001

T1= Antes do curso T2= Ao final do curso T3= Após nove meses do término do curso

Na tabela descritiva a seguir apresentamos as respostas dos profissionais de saúde nos diferentes tempos para cada uma das questões do questionário de conhecimento/habilidades clínicas.

TABELA 6 - EVOLUÇÃO DA RESPOSTA DE CADA UM DOS ITENS DO QUESTIONÁRIO DE CONHECIMENTO

ITEM DO QUESTIONÁRIO CONHECIMENTO	% DE ACERTO T1 N=196	% DE ACERTO T2 N=198	% DE ACERTO T3 N=53	TESTE ESTATÍSTICO DE MC NEMAR T1≠T2
1	68,1 %	87,6 %	87,5 %	p < 0,001
2	51,3 %	54,6 %	67,8 %	p = 0,8
3	30,5 %	71,6 %	82,1 %	p < 0,001
4	50,4 %	72,6 %	60,7 %	p < 0,001
5	62,8 %	73,2 %	66 %	p = 0,01
6	39,8 %	54,6 %	48,2 %	p = 0,04
7	31,8 %	28,3 %	28,5 %	p = 0,64
8	43,3 %	69,5 %	55,3 %	p < 0,001
9	26,5 %	28,3 %	25 %	p = 0,65
10	19,9 %	36,6 %	21,4 %	p < 0,001
11	21,6 %	60,3 %	50 %	p < 0,001
12	28,3 %	72,1 %	53,5 %	p < 0,001
13	31,4 %	59,7 %	44,6 %	p < 0,001
14	22,5 %	41,2 %	32,1 %	p < 0,001
15	48,6 %	52 %	44,6 %	p = 0,43
16	44,6 %	73,7 %	66 %	p < 0,001
17	13,7 %	42,7 %	32,1 %	p < 0,001
18	71,2 %	86,6 %	82,1 %	p < 0,001
19	45,5 %	59,7 %	48,2 %	p = 0,02
20	57 %	80,4 %	75 %	p < 0,001
21	63,2 %	79,9 %	82,1%	p < 0,001

RESULTADOS CAPACITAÇÃO (ATITUDES)

A tabela 7 a seguir apresenta a diferença em cada um dos itens do questionário de atitudes do logo antes do curso para o final do mesmo, de modo a mostrar uma panorâmica geral das mudanças de atitudes propiciadas pela capacitação.

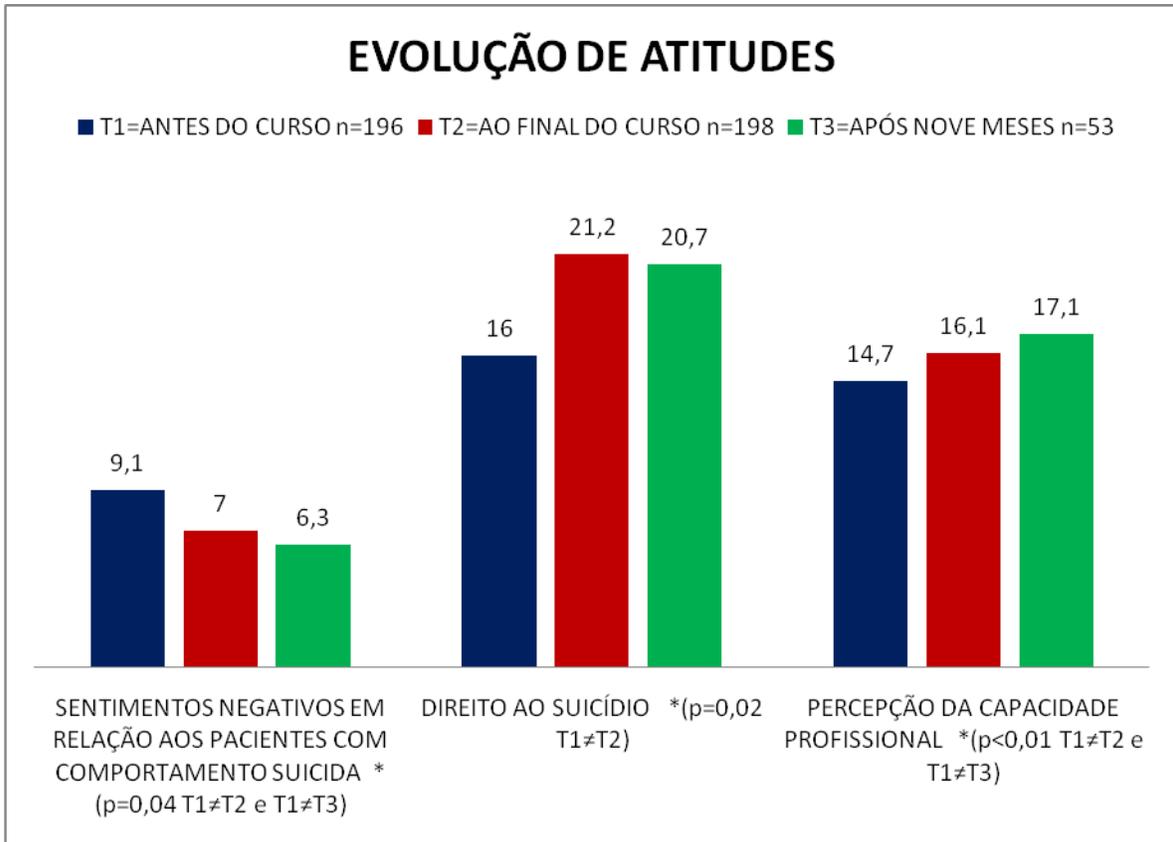
TABELA 7 MUDANÇA DE ATITUDES DO INÍCIO PARA O FINAL DO CURSO

ITEM DO QUESTIONÁRIO DE ATITUDES	MÉDIA (DESVIO PADRÃO) ANTES DO CURSO	MÉDIA (DESVIO PADRÃO) AO FINAL DO CURSO	p
É difícil diferenciar se os pacientes apresentam-se simplesmente infelizes, ou se têm uma depressão que necessita de tratamento	3,9 (3,2)	2,4 (2,7)	p<0,001
Ficar deprimido é a maneira como pessoas mais frágeis lidam com dificuldades da vida	3,6 (3,1)	2,1 (2,8)	p<0,001
A depressão reflete uma característica do paciente que é difícil modificar	3,2 (2,9)	2 (2,5)	p<0,001
Ficar deprimido faz parte do processo de envelhecimento	2,1 (2,8)	1,3 (2,2)	p=0,04
Sinto-me capaz de ajudar uma pessoa que tentou se matar	6,5 (2,8)	7,5 (2,3)	p<0,001
Quem fica ameaçando, geralmente não se mata	1,9 (2,5)	0,5 (1)	p<0,001
Apesar de tudo, penso que uma pessoa tem o direito de se matar	2,9 (3,2)	3,3 (3,3)	p=0,01
Diante de um suicídio penso: se alguém tivesse conversado, a pessoa teria encontrado outro caminho	6,8 (2,5)	6,3 (2,9)	p=0,04
A vida é um dom de Deus, e só Ele pode tirar	5,5 (3,7)	4,9 (3,7)	p=0,009
Sinto-me capaz de perceber quando um paciente tem risco de se matar	5,5 (2,8)	7,1 (2,4)	p<0,001
Geralmente, quem se mata tem alguma doença mental	3,8 (3,5)	6,3 (3,4)	p<0,001
Tenho receio de perguntar sobre idéias de suicídio, e acabar induzindo o paciente a isso	1,9 (2,8)	0,4 (1,9)	p<0,001
Acho que tenho preparo profissional para lidar com pacientes com risco de suicídio	4,7 (3)	7 (2,6)	p<0,001
Sinto-me inseguro (a) para cuidar de pacientes com risco de suicídio	5,2 (3,4)	3,1(3)	p<0,001
A gente se sente impotente diante de uma pessoa que quer se matar	5 (3,3)	3,6 (2,9)	p<0,001
No caso de pacientes que estejam sofrendo muito devido a uma doença física, acho mais aceitável a idéia de suicídio	2,5 (3)	3 (3,2)	p<0,001
Quem quer se matar mesmo, não fica “tentando” se matar	2,3 (3,1)	0,8 (2)	p<0,001
Um paciente internado dificilmente se mata sem que tenha um forte motivo pra isso	2,7 (3)	1,9 (2,6)	p=0,02
No fundo, prefiro não me envolver muito com pacientes que tentaram o suicídio	1,6 (2,5)	1,3 (2,1)	p=0,3
Acho que é preciso ser uma pessoa corajosa para se matar	3,2 (3,5)	3,3 (3,4)	p=0,7
Às vezes dá raiva, porque tanta gente querendo viver... e aquele paciente querendo morrer	2,4 (3,2)	2,1(2,9)	p=0,26
Se eu sugerir um encaminhamento ao psiquiatra para um paciente que falou em se matar, penso que isso será bem aceito pelo psiquiatra	6,2 (2,9)	6,9 (2,7)	p=0,05
Quem tem Deus no coração, não vai tentar se matar	2,5 (3,1)	2,3 (3)	p=0,84
Quando uma pessoa fala de por fim à vida, tento tirar aquilo da cabeça dela	6,7 (3,1)	6,3 (3,2)	p=0,59
Eu já passei por situações que me fizeram pensar em suicídio	3 (3,8)	3,3 (3,6)	p=0,39

p valor referente ao teste estatístico de Wilconox

Novamente apresentaremos três gráficos com respectivamente: todas as respostas preenchidas em cada tempo de avaliação, apenas os indivíduos que responderam antes do curso e também ao final do curso, e apenas os indivíduos que responderam em todos os três tempos de avaliação; mas agora estaremos apresentando a evolução dos três constructos criados para avaliar mudanças de atitudes (direito ao suicídio, percepção de capacidade profissional para lidar com pacientes com comportamento suicida e sentimentos negativos perante o paciente com comportamento suicida). Podemos notar nos três gráficos (4,5,6) que a capacitação foi capaz de mudar atitudes no que refere a estes três constructos enumerados acima (a única mudança que não atingiu significância estatística foi o direito ao suicídio apenas quando avaliado pelos indivíduos que responderam nos três tempos da avaliação, provavelmente devido ao n pequeno (32), mas o mesmo fator, direito ao suicídio, mostra-se significativamente modificado pela capacitação quando consideramos todas as respostas preenchidas em cada tempo de avaliação ou apenas os indivíduos que responderam antes do curso e também ao final do curso.

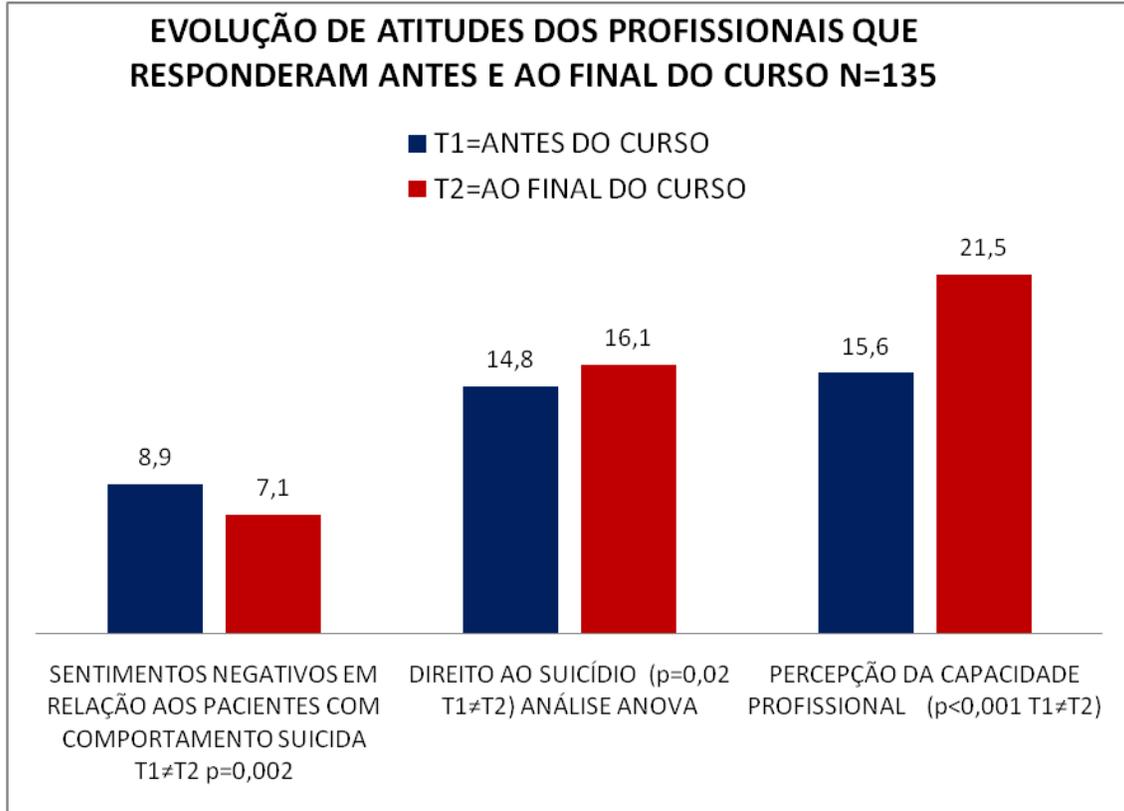
GRÁFICO 4



* Análise estatística (ANOVA) para a diferença entre os três tempos

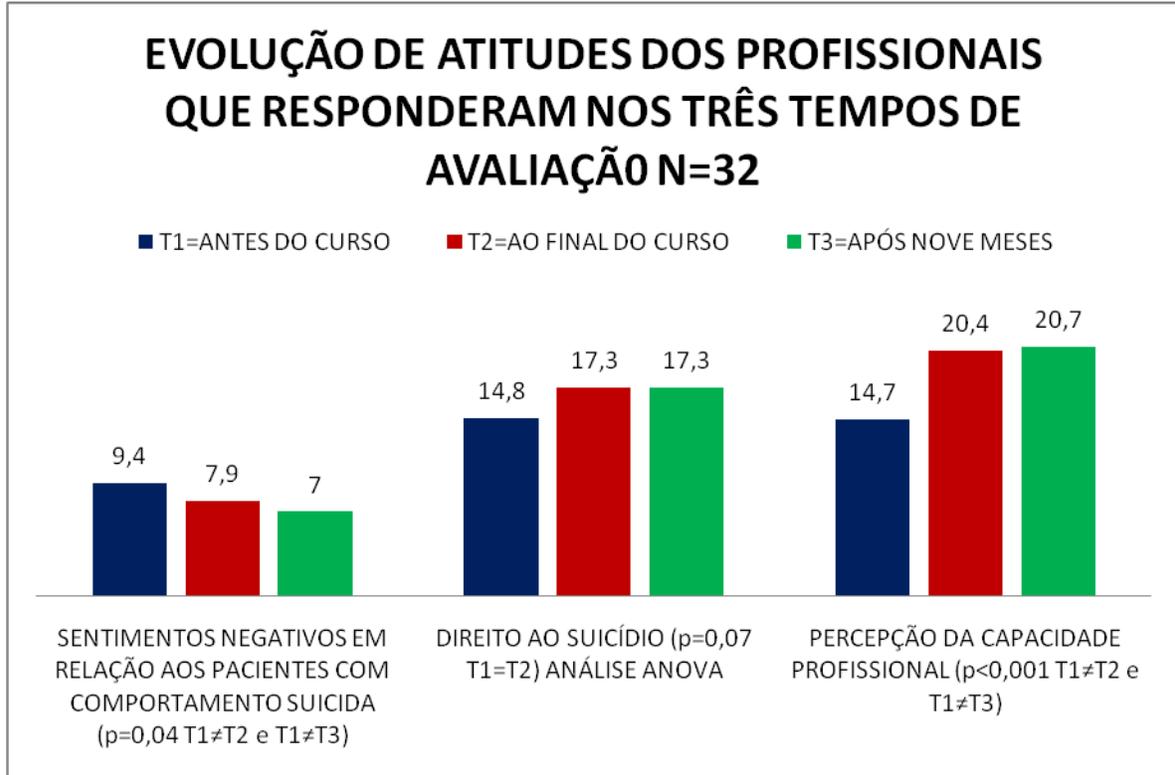
T1= Antes do curso T2= Ao final do curso T3= Após nove meses do término do curso

GRÁFICO 5



T1= Antes do curso T2= Ao final do curso T3= Após nove meses do término do curso

GRÁFICO 6



Procedeu-se a análise estatística (ANOVA) para a diferença entre T1 e T2 E T1 e T3

T1= Antes do curso T2= Ao final do curso T3= Após nove meses do término do curso

RESULTADOS CAPACITAÇÃO (GERAL)

Na tabela 8 abaixo apresentaremos uma tabela que mostra indiretamente a capacidade da capacitação de modificar inclusive a compreensão “etiogênica” dos profissionais de saúde em relação ao fenômeno do suicídio, através da evolução da estimativa dos suicídios nos quais seria possível se fazer um diagnóstico de transtorno mental, comparando o antes, o final e o nove meses após o término da mesma.

TABELA 8 – EVOLUÇÃO DA ESTIMATIVA DOS SUICÍDIOS NOS QUAIS HAVERIA TRANSTORNO MENTAL

	ANTES DO CURSO N=179	APÓS O CURSO N=190	9 MESES APÓS O FINAL DO CURSO N=47	P*
	60,3%	73,4%	73%	<0,001

* p calculado para a diferença entre antes e ao final do curso

A tabela 9 a seguir está apresentada com a finalidade de exemplificar como a capacitação atuou homoganeamente em aprimorar conhecimento/habilidades clínicas e modificar atitudes nas diferentes profissões, faixas etárias e afiliações religiosas, a despeito destes grupos chegarem à capacitação com diferenças iniciais. Por exemplo, os mais jovens (idade <30 anos) chegaram à capacitação com maior conhecimento (9,49 vs 7,88) na comparação com os mais velhos (idade > 40anos); ao final da mesma os mais jovens se mantêm com mais conhecimento (13,21 versus 12,57) do que os mais velhos. Ou seja, estatisticamente não ocorreu diferença na percentagem de aumento de conhecimento entre os dois grupos. O mesmo raciocínio pode ser aplicado às diferentes religiões e profissões. Por exemplo, os médicos chegam à capacitação com maior conhecimento 10,51 vs 9,45 na comparação com os psicólogos, ao final da capacitação os médicos se mantêm com mais conhecimento 14,21 versus

13,08. Ou seja, novamente estatisticamente não há diferença na proporção do aumento de conhecimento.

TABELA 9. RESULTADOS DAS ANOVAS PARA MEDIDAS REPETIDAS NA COMPARAÇÃO ENTRE ANTES E AO FINAL DO CURSO (ENTRE GÊNEROS, FAIXAS ETÁRIAS, PROFISSÕES E RELIGIÕES).

Efeitos ou Fatores	Conhecimento/Habilidades clínicas	Sentimentos Negativos	Capacidade profissional	Direito ao suicídio
Gênero	$F_{(1,130)}=3.00$; $P=0.086$	$F_{(1,110)}=0.12$; $P=0.733$	$F_{(1,110)}=0.15$; $P=0.701$	$F_{(1,108)}=0.13$; $P=0.716$
Faixa etária	$F_{(1,130)}=7.28$; $P=0.008$	$F_{(1,110)}=0.24$; $P=0.625$	$F_{(1,110)}=0.04$; $P=0.834$	$F_{(1,108)}=1.94$; $P=0.166$
Profissão	$F_{(3,130)}=14.2$; $P<0.001$	$F_{(3,110)}=0.05$; $P=0.983$	$F_{(3,110)}=2.89$; $P=0.039$	$F_{(3,108)}=2.62$; $P=0.055$
Religião	$F_{(2,130)}=1.51$; $P=0.225$	$F_{(2,110)}=2.27$; $P=0.108$	$F_{(2,110)}=1.10$; $P=0.336$	$F_{(2,108)}=1.42$; $P=0.245$
Interação Sexo vs Tempo	$F_{(1,130)}=0.89$; $P=0.347$	$F_{(1,110)}=0.03$; $P=0.870$	$F_{(1,110)}=2.63$; $P=0.108$	$F_{(1,108)}=3.38$; $P=0.069$
Interação Idade vs Tempo	$F_{(1,130)}=3.63$; $P=0.059$	$F_{(1,110)}=0.03$; $P=0.872$	$F_{(1,110)}=0.92$; $P=0.341$	$F_{(1,108)}=0.61$; $P=0.438$
Interação Profissão vs Tempo	$F_{(3,130)}=1.65$; $P=0.180$	$F_{(3,110)}=1.70$; $P=0.172$	$F_{(3,110)}=0.45$; $P=0.717$	$F_{(3,108)}=0.25$; $P=0.862$
Interação Religião vs Tempo	$F_{(2,130)}=0.09$; $P=0.913$	$F_{(2,110)}=0.41$; $P=0.664$	$F_{(2,110)}=0.12$; $P=0.889$	$F_{(2,108)}=2.37$; $P=0.098$

* variáveis transformadas em postos (*ranks*) para os testes devido à ausência de distribuição Normal. **As quatro primeiras linhas apenas apontam se haviam diferenças iniciais nas atitudes e conhecimentos/habilidades clínicas nas diferentes faixas etárias, profissões, religiões e gênero, já as linhas de 5 a 8 apontam se do antes do curso para o após o curso e para o após 9 meses se a capacitação influenciou as diferentes faixas etárias, profissões, religiões e gênero na mesma proporção.**

RESULTADOS MONITORAMENTO

Dos 75 indivíduos incluídos no monitoramento conseguiu-se fazer o monitoramento de 67 indivíduos. Os oito não monitorados se deveram a recusa de atender as ligações ou mudança de endereço. Destes 67 sujeitos monitorados nenhum faleceu por suicídio nos seis meses de monitoramento, quatro fizeram nova tentativa de suicídio. Abaixo apresentamos a tabela 10, com a distribuição de gênero e idade dos indivíduos monitorados e o método da tentativa de suicídio que resultou na inclusão destes indivíduos no monitoramento.

TABELA 10 – GÊNERO, IDADE E MÉTODO DA TENTATIVA DE SUICÍDIO DOS INDIVÍDUOS MONITORADOS

GÊNERO		
FEMININO	50	74,6%
MASCULINO	17	25,4%
FAIXA ETÁRIA		
< 25	25	37,3%
25 a 35	28	41,7%
> 35	14	21%
MÉTODO DA TENTATIVA DE SUICÍDIO		
AUTO-INTOXICAÇÃO POR EXPOSIÇÃO A FÁRMACOS (X60-X61-X63-X64)	48	71,6%
AUTO-INTOXICAÇÃO POR EXPOSIÇÃO A NARCÓTICOS E PSICODISLÉPTICOS (X62)	7	10,4%
AUTO-INTOXICAÇÃO POR EXPOSIÇÃO A PESTICIDAS (X68)	6	8,9%
OUTROS (AUTO-IMOLAÇÃO, ARMA BRANCA, ATIRAR-SE NA FRENTE DE VEICULO AUTOMOTOR ETC)	10	14,9%

A seguir apresentaremos a descrição de seis monitoramentos de indivíduos que tentaram o suicídio. Estes seis relatos foram escolhidos dentro do conjunto de 67 monitoramentos por representarem situações freqüentes e/ou relevantes no conjunto dos casos, e por se tratarem de situações que ilustram possíveis pontos de aprimoramento no fluxo e/ou acolhimento destes indivíduos, que se alteradas podem levar à prevenção de suicídio (vide discussão monitoramento).

DESCRIÇÃO DE CASOS DO MONITORAMENTO

Nos casos de monitoramento descritos abaixo (retirados das anotações da psicóloga responsável pelos mesmos) foram alteradas todas as características que poderiam levar à identificação destes indivíduos, como nomes próprios, profissões, idade exata etc. Também quando julgamos necessário, modificamos os nomes dos serviços de saúde e profissionais envolvidos.

- fala psicóloga
- fala paciente

CASO 1

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

- Nome fictício - Julia
- Sexo: feminino
- 36 anos
- Casada
- Diarista
- Método da tentativa de suicídio: X 76 (ateou fogo no próprio corpo)
- Número de tentativas de suicídio: 01

PRIMEIRO CONTATO: 1 SEMANA TELEFONEMA

Ao referir ao que aconteceu ela nega ter pensado em suicídio, mas diz que queria chamar atenção. Pergunto se pensou em pedir ajuda antes disso, ela diz que não, nunca pensou, - foi um impulso. Perguntei se depois disso ela buscou ajuda, - eu recebi o encaminhamento, mas como eu não posso andar no sol e ainda estou precisando fazer os curativos, tem que vir aqui todo dia (hospital) e a tarde meu marido não está podendo me levar, então eu ainda não fui lá”. - E você pensa que um atendimento psicológico pode te ajudar em alguma coisa? - Ah, eu penso sim, eu quero, mas e se demorar prá eles agendarem? - Você deve levar o encaminhamento dizer da tua necessidade e a idéia é que eles agendem o mais rápido possível, mas para isso você precisa procurá-los... Ela disse que ia pensar, desligamos.

SEGUNDO CONTATO: 2 SEMANAS TELEFONEMA

Ela diz que foi ao posto de saúde Paraná, no entanto lá lhe disseram que o profissional está de férias e que assim que retornar entrarão em contato. Perguntei se tem alguma previsão e ela diz que não. Perguntei se ela pensa em acabar com sua vida ou se chegou a correr risco de vida desde o atendimento no pronto socorro, ela diz que não, não sabe o que deu em sua cabeça para fazer o que fez, agiu por impulso, disse que cada vez que se olha no espelho ela se pergunta por que fez isso. Diz sentir-se muito deprimida e sem forças. Eu tentei incentivá-la a insistir pelo atendimento, falei sobre a tristeza e que o atendimento tem a função de ajudá-la a tratar esta tristeza e pensar sobre sua vida, para que ela possa, quem sabe, encontrar outras saídas.

TERCEIRO CONTATO: 1 MÊS.

TELEFONEMA

Ao ser questionada se está em atendimento - ainda não, não me ligaram ainda - e você voltou a procurar o posto? - não, não passei lá ainda, eu amanhã vou ter que resolver algumas coisas e já aproveito... Você falou prá eu dar uma apressadinha neles, né? Mas agora é que eu comecei a sair mais de casa, por causa do sol. - Ela diz que descobriu que o dela é o posto Curitiba. e eu falei que lá tem a T psicóloga, perguntei se ela conhecia e falei que é uma ótima profissional... Ela me pergunta: - e eu posso ir lá amanhã e dar o seu nome? - sim, você pode, eu respondo. – “e eu também vou ver a psicóloga que atende minha filha, ela é particular, mas nem é muito caro, acho que ela me faria o mesmo preço, é que como eu estou sem trabalhar está meio apertado...” eu falei sobre as vantagens e desvantagens do atendimento particular versus no centro de saúde. De que particular ela pode escolher a profissional, horário, etc., mas que por outro lado tem que pagar, falei que no centro de saúde tem a possibilidade de ser gratuito e que a profissional é muito boa, mas que tem que se adequar às dificuldades e que tem algumas restrições. Perguntei se desde a tentativa de suicídio ela passou por outra situação de chegar a se machucar ou coisa parecida, e ela disse que não, perguntei se teve pensamentos em desistir de viver, e ela diz que não, que o que acontece é que ela fica pensando no por que fez o que fez e sente-se muito triste. Então voltamos a falar sobre o centro de saúde e ela diz que vai passar lá, mas que daria preferência ao atendimento particular, não acredita muito no centro de saúde. Falei sobre um suporte, para pensar junto com ela sobre as dúvidas do por que isso tudo aconteceu, ela concordou. Agradeceu a ligação.

QUARTO CONTATO – 2 MESES

TELEFONEMA

Julia diz que voltou a trabalhar e que por ser diarista e ter ficado sem receber agora está com muitas contas atrasadas e precisa trabalhar muito, sendo assim, fica sem tempo para o atendimento no posto, diz que o horário de atendimento do posto bate com seu horário de trabalho e aí fica muito difícil. Perguntei se ela tem se sentido angustiada, com vontade de morrer, ela diz que se sente muito triste quando vê as marcas que ficaram no seu rosto e que ela sabe que vai ter que conviver com isso, pois houve uma agressão na pele que não sai, fica muito triste, falou que fica pensando em por que fez isso... eu disse que o trabalho de um psicólogo é pensar junto com ela sobre tudo isso e ajudá-la a, quem sabe, encontrar outras saídas... Ela diz que trabalha como faxineira na casa de uma psicóloga, e embora ela não pudesse atendê-la, veria na clínica onde ela trabalha se algum profissional poderia atendê-la a um preço acessível. Julia tem esperanças que dê certo, disse que gosta muito da moça e que acha que vai conseguir. Eu disse a ela que o importante é ela ter um atendimento e que se der certo assim, ótimo, mas caso não dê, que ainda há a possibilidade do posto. Ela referiu que o atendimento do posto é em grupo e que por mais que tente às vezes não dá prá falar em grupo. Falei que nem todos os atendimentos são em grupo e que ela precisaria conversar isto com a psicóloga do posto. Ela disse - é verdade, preciso saber. Pediu-me o meu telefone aqui da Unicamp, pois disse que falaria com a moça psicóloga hoje e que gostaria de me dar um retorno. Eu dei o número. Ela agradeceu muito a ligação e falou que me avisaria.

QUINTO CONTATO – 6 MESES

TELEFONEMA

- ❖ Ao me identificar ela imediatamente disse que está fazendo terapia com uma psicóloga particular. A psicóloga tem um preço acessível e ela achou que seria mais fácil assim. A paciente diz que se sente muito melhor e que a terapia a está ajudando muito. Vai uma vez por semana desde janeiro. Ela disse que também está fazendo um tratamento no hospital para diminuir as marcas que ficaram em seu rosto pela queimadura, mas disse que um dia o médico disse a ela que ele não deveria fazer o tratamento, pois foi ela mesma que provocou aquilo. Ela ficou muito triste com a fala do médico, mas respondeu que ela já está pagando pelo que fez, tendo que ir lá tomar agulhada. Mesmo assim ela falou que tem conseguido sair de casa, pois no princípio tinha vergonha. Eu perguntei se ela correu risco de vida outra vez desde setembro quando foi atendida no ouro verde, ela disse que não, apenas houve um momento em que estava muito deprimida, não falava, ficava quieta, mas já estava com a psicóloga e ela a ajudou. Eu perguntei se ela sentia vontade de morrer neste período e ela disse que não entende o que estava sentindo. Também não entende até hoje por que fez aquilo, agiu sem pensar e sem saber que teria conseqüências tão graves, disse que sofreu muito e fez muita gente sofrer. Ela diz que acha que queria chamar a atenção, que agiu como criança, que por problemas com o marido acabou fazendo aquilo. Perguntei se ela costuma ter atitudes assim impulsivas e ela diz que não, não entende... Perguntei se ela tem tido alguma dificuldade em freqüentar a terapia e ela disse que não, vai regularmente. Eu reforcei a importância do tratamento, parabenizei pelo esforço em buscar alternativas melhores do que se auto agredir e disse que estava feliz de vê-la melhor. Expliquei que esta era a última ligação e que o posto de saúde permanece como uma alternativa caso ela precise. Ela me agradeceu muito, disse que ia continuar lutando e que estava muito grata pela minha preocupação com ela. Despedi-me e desligamos.

RESUMO DE OUTRAS AÇÕES NO CASO

Fax para Centro de Saúde Paraná; Ligação para o centro de saúde, conversa com a coordenadora, passado novo fax, coordenadora não soube dizer o que aconteceu; Fax para centro de saúde Curitiba; Conversa com a psicóloga do novo centro de saúde explicando a situação; Deixado telefones da Unicamp como possibilidade de comunicação; Novo fax para Centro de Saúde Curitiba.

CASO 2

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

- Nome fictício – Gabriel
- Sexo: masculino
- 50 anos
- Casado
- Comerciante
- Método da tentativa de suicídio: X 61 (ingestão de cocaína+ álcool + medicamentos)
- Número de tentativas de suicídio : 02

PRIMEIRO CONTATO: 1 SEMANA

TELEFONEMA

Eu pergunto o que aconteceu com ele e ele diz que foi ingestão de cocaína, álcool e medicamento. Ele falou que já houve outra situação de tentar o suicídio, mas não dessa forma e diz que é sempre quando usou drogas. Ele dizia-se assustado com o que aconteceu e percebeu que a coisa chegou a um ponto muito delicado. Eu conversei com ele sobre eventuais prejuízos que tudo isso possa gerar em sua vida e ele concordou, disse que vai sim procurar ajuda. Ele disse que estava na dúvida se voltaria ao CAPS por achar que lá não é seu lugar, mas com nossa conversa ele disse que vai sim. Eu falei sobre o fato de ser um local onde estão os profissionais que podem ajudá-lo e que este é o mais importante. Falei que o incômodo em ver as outras pessoas talvez seja menor se ele pensar nos prejuízos que esta situação de dependência pode trazer para ele. Ele disse que inclusive não tem saído de casa sozinho e percebeu que de fato tem sentido falta da droga, o que lhe mostra sua dependência. Combinei de ligar outras vezes e ele concordou.

SEGUNDO CONTATO: 2 SEMANAS

TELEFONEMA

Ele diz que realmente não consegue ir ao CAPS, que embora tenha sido muito bem atendido que ele acha que aquele ambiente é muito difícil e que no dia que falou comigo ele até saiu para ir ao CAPS, mas seu carro quebrou e ele não pode continuar. Disse que embora saiba que precisa de ajuda que ele está bem, que ficou surpreso, pois muita gente foi visitá-lo, sua ex-mulher, sua ex-sogra, as pessoas da congregação da igreja evangélica e que ficou surpreso porque achava que se ele morresse ninguém iria ao enterro. Ele diz que sabe que não pode beber e que outro dia estava com muita vontade e fumou um cigarro escondido, disso passou para um conhaque escondido e que quando percebeu já foi um monte; estava dirigindo e sabia que tinha que ir embora, mas falou que é como um desenho animado, tem um anjinho e um demônio falando ao lado dele. Eu perguntei se ele ia lidar sozinho com o demônio e ele riu e disse que sabe que precisa de ajuda, mas que no CAPS não dá mesmo, então ele não sabia onde procurar. Eu falei do posto e ele me disse que achava que o CAPS é que o encaminharia, eu disse que não, que independente do CAPS ele pode ir ao posto e pedir atendimento, explicar sua situação, falar que está muito difícil para ele freqüentar o CAPS, enfim conversar no posto e tentar conseguir o atendimento. Ele ficou feliz com a possibilidade e disse que vai lá. Eu disse que se ele me autorizasse eu poderia passar os dados dele para o posto e ele disse que até me pedia para que eu fizesse isso. Eu liguei no posto, falei com a Maria e passei o fax, além de dar os dados pelo telefone. Ele falou que não passou por outra tentativa de suicídio neste período e que também não pensou nisso, mas sabe que se bebe ele perde o controle. Conversei com ele sobre esse aspecto que está fora de seu controle e que parece ser algo que não depende só da vontade dele, mas que também requer tratamento médico. Ele concordou, me perguntou quando devia ir ao posto e eu falei que hoje mesmo, que ele precisaria ir lá saber sobre como é feito o agendamento, expliquei que tem fila, que talvez tenha que esperar

um pouco por uma vaga, mas que o quanto antes ele for tentar melhor será. Combinei que passaria os dados dele e que volto a ligar em agosto.

TERCEIRO CONTATO: 1 MÊS.

TELEFONEMA

Ele diz que já esteve no posto de saúde três vezes, mas ainda não conseguiu ser atendido. Disse que foi uma vez não conseguiu marcar, depois o posto ligou, marcaram, ele chegou 30 minutos antes, mas aí percebeu que tinha ido um dia antes do seu. Voltou no dia seguinte, mas o posto ligou prá ele enquanto ele estava lá dizendo que sua consulta havia sido adiada para 11/08. Ele disse que mesmo assim ele irá amanhã, pois sabe que está precisando. Tem tido brancos, esquece o que está fazendo, outro dia foi ao banco três vezes para pagar uma conta e chegava lá e esquecia o que estava fazendo. Sua esposa também está muito preocupada. No serviço ele também "perde o fio da meada" e precisa repor trabalho. Eu o incentivei a passar por uma avaliação médica, disse que seria mesmo muito importante. Perguntei se passou por algum risco de vida ele disse que não e nem vontade de morrer. Está evitando sair de casa para não ter problemas. Incentivei-o ao tratamento e perguntei se posso ligar outra vez ele disse que sim e até "por favor". Combinei o final de agosto, começo de setembro e desligamos.

QUARTO CONTATO – 2 MESES

TELEFONEMA

Está fazendo um acompanhamento psiquiátrico no posto de saúde e tomando medicação. Está bem melhor segundo ele, o problema é só a sonolência que ele sente. Ele chegou a pensar em parar a medicação, mas está tomando direitinho. Eu falei muito da importância de discutir com o médico sobre efeitos colaterais e sobre parada de medicamento. Ele disse que tem consulta no dia 08 e que irá conversar sobre isso com o médico. Disse que gostou do atendimento, mas achou o médico um pouco bravo; mesmo assim sentiu que foi bom para ele, está

dormindo bem, fato que não acontecia, parou de ter pesadelos e sente isso como um alívio.

QUINTO CONTATO – 6 MESES

TELEFONEMA

Disse que continua o acompanhamento psiquiátrico mudou a medicação, mas que às vezes tem recaída e aí pensa em desistir de tudo. Perguntei o que é desistir de tudo e ele ri, eu perguntei se pensa em morrer e ele falou que sim. Eu disse que entendo que o que ele vive é mesmo muito difícil e que recaída faz parte, mas que neste período que conversamos parece que ele conseguiu alguns avanços mesmo me dizendo que recaiu. Ele reconhece e diz que tem freqüentado a igreja também; perguntei se já freqüentou o AA e ele diz que não. Eu disse que muitas pessoas gostam e que talvez possa ajudá-lo também. Perguntei como tem sido com o psiquiatra e ele disse que gosta, sente que ajuda. Falei que era bom sentir-se ajudado e que no AA talvez ele possa descobrir que tipo de ajuda algumas pessoas com problemas com álcool encontraram; ele concordou, disse que talvez busque o AA. Eu expliquei ser a última ligação e que o trabalho com o Ouro Verde é por seis meses; ele disse que era uma pena, que tinha sido bom conversar. Digo que também acho que conversar é bom e que embora ele não vá mais receber meus telefonemas que pode encontrar pessoas com quem conversar como um psicólogo no posto ou no AA. Ele disse "é, é mesmo".

RESUMO DE OUTRAS AÇÕES NO CASO

Fax para CAPS Rio de Janeiro; fax para centro de saúde Mato Grosso; conversa com a responsável pelo agendamento do centro de saúde; novo fax para centro de saúde Mato Grosso.

CASO 3

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

- Nome fictício – Sofia
- Sexo: feminino
- 27 anos
- Casada
- motorista desempregada
- Método da tentativa de suicídio: X 61 (ingestão de medicamentos)
- Número de tentativas de suicídio : 04

PRIMEIRO CONTATO: 1 SEMANA

TELEFONEMA

Identifiquei-me, perguntei como ela está, ela disse que tentando melhorar, está preocupada em ter que voltar para a escola, pois acha que isso não vai fazer bem para ela pois lá - você vai ao banheiro e tem gente usando droga, tem gente que fala besteira, só abobrinha, eu tenho medo disso, - você tem alguma ajuda, at. psicológico ou psiquiátrico? - eu já passei em psiquiatra, o Dr. X do Hospital Y - e neste momento você tem tratamento? - não, eu estou fazendo acupuntura por enquanto, psicológico não, passei por uma, mas não sei se deu muito certo, acho que não vou freqüentar mais lá, não gostei ela é particular, mas não vai dar prá ir lá, acho que vou tentar pela acupuntura, não vou fazer dois tratamentos ao mesmo tempo. - Tudo bem, bom de qualquer modo se em algum momento você achar que pode te ajudar o posto de saúde também tem psicóloga que pode te atender, pelo teu endereço o posto é do Monte Verde. Ela me diz que tem plano do Hospital Y e que usa o posto só em caso de emergência; também falou que mora de dia em sua casa e a noite no namorado, o endereço que consta na ficha. Encerrei a ligação perguntando se posso ligar outras vezes, ela concordou me passando todos os telefones.

SEGUNDO CONTATO: 2 SEMANAS

TELEFONEMA

Ela disse que está bem e melhorando, apenas sentiu-se mal ao ir para a escola, - vi aquela gentarada e me senti mal, fui embora; Mas estou mais animada. Perguntei o que ela acha que está ajudando e ela disse - o meu psicológico. Disse que deixou o seu nome no posto para agendar uma consulta com a psicóloga Julia, está aguardando chamarem para marcar a consulta. Disse que está mais animada, pois vai começar a trabalhar e acha que vale a pena tentar o tratamento com a psicóloga, - pois não adianta pensar que não vai ajudar se ela nem tentou. Incentivei sua ida e falei que ligaria outras vezes, ela falou para eu ligar sim.

TERCEIRO CONTATO: 1 MÊS.

TELEFONEMA

Inicialmente falei com a mãe, que insistia em saber sobre o que eu queria falar e eu respondia "nada sério, é só conversar com ela mesmo", então a mãe perguntou "é sobre o bebê?" eu disse que não e ela falou "ah, porque ele faleceu" eu falei "ah é, puxa, eu não sabia, quando?" ela disse "em maio" e comentou que a filha é depressiva e que tentou se matar, que a filha diz que a culpa é da mãe e do pai que não gostam dela. A mãe disse que a filha estava na casa da avó e me passou o número. Tentei ligar, mas parecia que ela não me escutava, fiquei em dúvida se de fato havia problema na ligação ou se ela não quis falar (eu não havia me identificado). Mais tarde consegui falar com ela, disse que não foi à consulta, pois marcaram de manhã e ela tinha escola, mas que agora ela poderia ir a qualquer horário, pois não iria mais a escola. - Por quê? - Ah, eu tenho medo, não vou mais não. - medo de quê? - muita patifaria, medo de recair - você usava drogas? - é, muita, mas agora estou conseguindo não usar - pois é, e isso é mesmo algo muito difícil, é muito bom ter uma ajuda para isso até para que você não precise se isolar, deixar de ir à escola, pensar em morrer, parece que teve mais de uma vez que isto aconteceu, né? - é, tiveram três. - E o que você fez para tentar morrer? - Ah, uma vez eu passei no psiquiatra do posto e ele me deu diazepam e fluoxetina, e aí eu tomei todo o diazepam; outra vez a minha mãe trabalha no

hospital e ela me arrumou calmante porque eu tava com muita dificuldade prá dormir e aí eu tomei 25 e dessa vez eu me cortei. - Puxa! Mas a informação que eu tenho é de que desta última vez você tomou medicação, você se cortou também? - é eu me cortei, o braço todinho. - isso deve doer muito - não na hora você nem sente a dor, e depois também não; então é só o coração que dói. - É, é só o coração, para isso que o atendimento psicológico é um tipo de ajuda, a psicóloga do seu posto é muito legal você a conhece? - Conheço sim, eu já passei com ela o ano passado - e você gostou? - Gostei - E o que aconteceu para você interromper? - Ah eu desisti por falta de boa vontade. - De quem, sua? - É, ah para mim não estava adiantando nada e eu tava muito abalada com a morte do bebê, - você perdeu um bebê? – Sim perdi o meu bebê.

QUARTO CONTATO – 2 MESES

TELEFONEMA

Ela diz que não está em atendimento, pois recaiu "naquele problema" (refere-se às drogas). Diz que não tem força de vontade e que não consegue. - eu tô até precisando mesmo ... - perguntei se ela chegou a tentar remarcar a consulta que perdeu e ela diz que não pois aquela estava marcada pela manhã e ela tem escola e não pode. Depois disse que não voltou lá, pois não se lembra do número de sua pasta, disse que a semana passada ela estava muito ruim, pensou em ir lá, mas não lembrava o número e não foi. Falou que não tem força de vontade para nada. Expliquei que não precisa do número e perguntei se eu poderia entrar em contato com o centro de saúde, ela disse que sim. Falei para ela ir até lá e pedir o atendimento, ela me perguntou o que teria que fazer, e eu tentei instruí-la.

QUINTO CONTATO – 6 MESES

TELEFONEMA

Disse que não está em atendimento, pois começou a trabalhar e o horário ficou difícil. Mas mesmo assim me disse que tudo está muito melhor, está trabalhando, vai casar no começo do ano que vem e tem conseguido estar longe das drogas.

Eu pergunto o que a ajudou e ela não sabe bem dizer. Disse que faz acupuntura com sua prima e aproveita para desabafar e dizer tudo; disse que passou por uma internação no final do ano passado e acha que na internação, pelo sofrimento, aprendeu muito. Mesmo assim às vezes ainda pensa "besteiras", mas consegue desviar o pensamento. Perguntei se essas besteiras eram vontade de morrer e ela disse que sim, mas que viu que não vale à pena. Às vezes ainda pensa em seu bebê, mas já não sofre tanto. Eu perguntei se o posto de saúde chegou a procurá-la e ela disse que sim, foi uma vez, mas não foi mais por causa do trabalho. Falei que de todo modo se ela achar que está precisando pode procurar ajuda novamente. Comentei que ela disse que se sentiu ajudada na internação e que comigo também ela conversa bastante. Ela disse que é verdade e que seria bom se fosse ao vivo, eu falei que isso ela poderia fazer no posto. Comentei que era a última ligação e ela disse que era uma pena, que gostava muito de mim, eu falei que da mesma maneira que ela achou bom falar comigo poderia ser assim com outra psicóloga ao vivo, ela concordou e disse que antes do trabalho amanhã iria passar lá. Perguntou-me se eu ficaria sabendo se ela marcasse a consulta, e eu disse que não. Ela falou que era uma pena, me agradeceu muito e pediu que eu ligasse de vez em quando. Eu disse que não poderia, mas que ia torcer por ela e também agradeceu por ela ter se disposto a conversar comigo. Ela me desejou tudo de muito bom nos despedimos e desliguei.

RESUMO DE OUTRAS AÇÕES NO CASO

Fax para centro de saúde Rio de Janeiro; liguei para o centro de saúde Rio de Janeiro

CASO 4

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

- Nome fictício – Maria Eduarda
- Sexo: feminino
- 28 anos
- Solteira
- Doméstica desempregada
- Método da tentativa de suicídio: X 61 (ingestão de medicamentos)
- Número de tentativas de suicídio : 04

PRIMEIRO CONTATO: 1 SEMANA

TELEFONEMA

Ela diz que logo após ter sido atendida no Ouro Verde fez nova tentativa, tomando formicida, foi atendida no Pronto Socorro Z. Disse que não gostou do Ouro Verde, que a atenderam muito mal, deixaram sua roupa toda suja de sangue. Ela disse que estava grávida de semanas e que perdeu o bebê. Disse que já teve várias tentativas de suicídio, uma antes de a sua mãe adotiva morrer e as outras já adulta. Falou que está desempregada e sua colega de casa também. Além disso, sua amiga está com “um problema na cabeça” e com tudo isso ela acabou fazendo isso. Disse que de lá foi para o CAPS e que eles agendaram consulta para ela no centro de saúde com a psicóloga. Ela nunca fez qualquer tipo de tratamento psicológico e não sabe o que esperar desta consulta. Perguntei se ela tem como ir e se pretende ir. Ela disse que sim, que é perto de sua casa e pode ir a pé. Eu incentivei sua ida expliquei um pouco do que é o atendimento psicológico e perguntei se posso ligar para ela outra vez. Ela concordou e desligamos.

]

SEGUNDO CONTATO: 2 SEMANAS

TELEFONEMA

Ela diz que foi a consulta há dois dias e que gostou do atendimento, que o psicólogo propôs que ela participe de um grupo de mulheres todas as quintas-feiras e com ele ela tem retorno em 15 dias. Também tem horário marcado com o psiquiatra. Falou que ele "arrumou um lugar para ela estudar", pois diz que tem dificuldade de aprender; mas que ele indicou um lugar que é um pouco longe da casa dela, mas que ela irá. Sobre o grupo ela diz que não sabe como vai se sentir, pois já ficou nervosa estando sozinha com ele, mas mesmo assim vai tentar. Caiu à ligação e não consegui falar de novo.

TERCEIRO CONTATO: 1 MÊS.

TELEFONEMA

Ela disse que estes dias tem o retorno com o psicólogo. Foi ao grupo de mulheres, mas não gostou, disse que se sentiu muito mal de ter que falar com outras pessoas junto. Não quer falar da sua vida, não consegue. Eu pergunto como ela está, e ela diz que fora o desemprego tudo bem. Disse que está muito preocupada, pois não tem ninguém "e quem vai pagar as contas?" Não acha justo que fique tudo nas costas da colega com quem mora e não sabe como vai fazer. Diz que está fazendo faxina, mas só tem uma. Disponibilizou-se a dormir em um emprego e se conseguir alguma coisa não vai poder "nem fazer mais tratamento nenhum". Ela disse que está estudando no local onde o médico encaminhou; não consegui entender o que seria esse lugar, mas me parece alguma instituição. Ela disse que enquanto está desempregada não consegue pensar em outra coisa, acorda pensando "desempregada" e dorme pensando "desempregada". Eu tentei conversar sobre o fato de que quando não estamos bem não conseguimos trabalhar, e que como ela mesma disse que não tinha ninguém para ajudá-la financeiramente, se ela não se cuidar, como vai ser? Usei a imagem de um resfriado, que se nós não curamos chega uma hora que não podemos trabalhar, e que com o sofrimento mental é a mesma coisa. Ela disse que entendia o que eu estava falando, mas mesmo assim não queria pensar em nada; disse que iria ao

retorno com o psicólogo e conta que perdeu uma consulta importante estes dias com o cardiologista, pois está esquecendo as coisas. Eu disse que ela pode ser ajudada caso deseje. Perguntei se posso ligar outra vez e combinei que em abril eu ligo. Ela diz que é o mês de seu aniversário, eu falei que então ligo para saber como ela está.

QUARTO CONTATO – 2 MESES

TELEFONEMA

Quando pergunto como ela está, diz que "mais ou menos", começou a tomar um antidepressivo receitado pelo cardiologista. Ela disse que está trabalhando como acompanhante de uma pessoa internada em um hospital e a semana passada passou mal no hospital, sua pressão subiu e ela foi parar no pronto socorro. O cardiologista que a atendeu disse que não era nada, e como ela estava muito chorosa, muito triste, ele considerou necessário o antidepressivo. Ela fala que o trabalho é muito duro e que a pessoa vai passar por uma cirurgia, amputou a perna, mas que ela precisa deste emprego. Ela continua o atendimento com o psicólogo e gosta muito, diz que ele a atende bem e ela não tem dificuldades para freqüentar as consultas, diz que "não esconde nada" e conversa bastante com ele. Eu converso com ela que embora seu trabalho seja difícil é uma conquista, digo que da última vez que conversamos ela estava muito preocupada e que vejo como uma vitória ela ter o trabalho. Ela concorda e diz que isso foi bom mesmo e que o psicólogo também falou isso com ela. Ela falou que a família quer que ela continue na casa da paciente que ela cuida, mas ela acha que a situação está difícil e que a paciente não tem condições de ir para casa. Eu perguntei se ela passou por situação de risco de vida e ela diz que depois do Ouro Verde não teve mais; disse que sentiu vontade, pensou, mas foi para a igreja e está conseguindo. Falou-me que está preocupada com a ida para próxima consulta com o psicólogo por causa deste trabalho, mas disse que conversou com ele e ele pôs no final da tarde. Disse que ele a atendeu a semana passada na sexta, no dia em que estava muito chorosa (quando passou mal) e que ele a ajuda bastante. Eu expliquei que ligaria em novembro e ela me pergunta se novembro é depois de agosto. Eu contei os

meses e expliquei que no meu trabalho tem os períodos certos para ligar. Ela disse que entendia, despedi-me e desligamos.

QUINTO CONTATO – 6 MESES

TELEFONEMA

Pergunto se ela está bem e ela diz que sim, que estava trabalhando por isso não poderia falar muito no telefone. Ela diz que não está em tratamento, pois não quis mais ir; não soube explicar o que a levou a tomar esta decisão de parar. Disse que passou por muito "aperto", pois ficou sem trabalho (a pessoa que acompanhava faleceu); separou-se do companheiro, mas agora voltou. Disse que um dia desses o psicólogo passou em frente à sua casa e disse para ela voltar ao atendimento e ela marcou consulta para o dia 29 próximo. Não sabe se irá retomar o atendimento, mas vai à consulta. Ela diz que está bem e que não passou por outra tentativa de suicídio ou situação de risco de vida, embora houvesse sofrimento neste período. Expliquei ser a última ligação e desligamos.

RESUMO DE OUTRAS AÇÕES NO CASO

Fax para centro de saúde Rio de Janeiro; Liguei para o centro de saúde Rio de Janeiro

CASO 5

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

- Nome fictício – Giovana
- Sexo: feminino
- 27 anos
- Solteira
- Vendedora
- Método da tentativa de suicídio: X 61 (ingestão de medicamentos)
- Número de tentativas de suicídio: 03

PRIMEIRO CONTATO: 1 SEMANA

TELEFONEMA

Ela diz que foi encaminhada pelo Ouro Verde e que logo após a saída da internação ia todos os dias ao CAPS. Ela diz que o mais difícil foi estar no ambiente do CAPS, disse que ficou assustada e que via as outras pessoas e pensava "a que ponto eu cheguei"; mas diz que gostou de conversar com a psicóloga e que agora estão tentando uma vaga para que ela seja atendida no centro de saúde, pois fica mais perto de sua casa o que facilitaria em termos financeiros (a passagem) e em relação ao ambiente; atualmente ela tem ido uma vez por semana ao caps. Falou que se sentiu muito bem de poder conversar, ela não tem diálogo com sua família e guarda tudo para si. Esta foi a terceira vez que tenta o suicídio; a primeira já faz algum tempo, foi antes de casar-se. Disse que saiu de casa para casar para resolver os problemas e arrumou mais ainda, o marido demonstrou ser uma pessoa diferente do que parecia e tudo ficou muito ruim, teve mais uma tentativa de suicídio e o casamento durou só 4 anos. Esta foi a terceira vez, sentia-se desanimada e tomou muito diazepam sem contar para ninguém. A família percebeu que ela estava estranha e levou-a ao pronto socorro passando muito mal; tinham visto a embalagem do medicamento. Ficou dois dias internada no Ouro Verde, em seguida foi encaminhada. Está animada com o tratamento, nunca passara por qualquer tratamento psicológico ou psiquiátrico e

também nunca havia sido encaminhada; combinamos de falar outra vez e ela me deu o celular.

SEGUNDO CONTATO: 2 SEMANAS

TELEFONEMA

Ela diz que está melhor, pois tem conversado mais com a mãe. Antes se sentia muito sozinha e ficava pensando em suicídio. Disse que está tomando a “medicação direitinho” e no momento aguarda uma vaga para ser atendida no posto de saúde ao invés de ir ao CAPS, que é mais longe da casa dela. Eu perguntei se neste intervalo se ela continua indo ao CAPS, ela disse que deveria ter ido quarta-feira, mas que seu filho não estava bem, não tendo como ir. Falei da importância de manter-se em contato com a psicóloga até que possa ser atendida pela outra, ela falou que ia ligar hoje para tentar reagendar, incentivei. Ela diz que gosta de conversar com a psicóloga, que ela é “muito legal”. Incentivei novamente e combinei de ligar outra vez.

TERCEIRO CONTATO: 1 MÊS.

TELEFONEMA

Ao me identificar pergunto como ela está e ela me diz que mal, diz que há dois dias tomou mais uma vez um monte de diazepam. Disse que dormiu 2 dias seguidos. Perguntei se alguém a socorreu e ela diz que não, que acordou e ainda se sente muito mole. Ela falou que estava pensando em ir ao hospital, digo que ela precisa sim ir a um hospital, que é muito importante. Perguntei se havia mais pessoas na casa e ela diz que seus pais. Pergunto se eles não estranharam que ela dormiu dois dias e ela diz que não, que se fechou no quarto. Eu pergunto o que a levou a tomar esta medicação toda e ela diz que gostaria de entrar em coma e ficar internada. Eu falo que ela deve estar sentindo-se muito cansada e ela concorda. Diz que sente que é a única problemática da casa, sente-se diferente, falou que as pessoas perguntam se ela está doente, pois está muito magra, suas calças não servem mais, não quer que fiquem perguntando para ela o que a deixou magra porque não sabe o que responder, eu digo "talvez possa responder

que é tristeza o seu problema". Pergunto o que a faz sentir-se diferente. - ah, as minhas irmãs são mais alegres e eu sinto que comigo nada dá certo, não consigo fazer as coisas e esses dias meu ex-marido veio aqui e disse que está desempregado, aí as coisas ficam mais difíceis. - em que sentido? - ah, financeiro, eu tenho meu filho, aí aperta e eu sinto que não sou capaz de cuidar nem do meu filho. - Quantos anos tem seu filho? - Quatro - Onde ele estava nestes dias que você dormiu? - Com meus pais, mas sabe como é, minha mãe já teve os filhos dela, aí tem que cuidar do meu. - Parece que você está se sentindo muito impotente. - é. - Então, talvez o que você queira é deixar de sentir isto. - É verdade. - Mas será que tomando um monte de medicamento, entrando em coma, aí você não vai de fato ficar impotente? Ela ficou em silêncio. - O que pode te ajudar a tratar essa tristeza, essa angústia são o tratamento psicológico e o médico. Por que você deixou de ir ao CAPS? - Ah, eu sentia medo, as pessoas lá são muito estranhas, doentes, eu fico com medo; também fiquei sem ter quem me levasse, pois antes meu irmão estava aqui de carro e agora não está mais, e eu não tenho condição de ir. - mas talvez você tenha mais medo dessas coisas que tem dentro de você do que você vê no CAPS, pois pelo que você me conta são coisas muito doloridas. - É verdade. - É para estas coisas que você precisa de uma ajuda profissional, a qual tem no CAPS, são os psicólogos, psiquiatras; também existe a possibilidade de você conseguir vale transporte com a assistente social. - Eles me transferiram para o centro de saúde e agendaram a consulta, mas eu estava tão desanimada que não fui. - Mas é justamente porque você está desanimada que deve ir. Sabe! Quando nós fazemos um machucado no pé mostramos o pé para o médico, quando estamos com uma tristeza tão grande, uma angústia tão grande, temos que falar isso para o médico ou psicólogo para que ele possa ajudá-la. - É, acho que eu vou ao hospital tomar um soro porque estou muito fraca e depois eu vou passar lá. - Faça isso sim, é muito importante. Eu vou te ligar outra vez para saber como você está. Tudo bem? - Tudo bem, pode ligar sim. - Você pode me confirmar os telefones? Ela me confirma e diz que o celular está sem bateria, que é melhor ligar no fixo e o confirma, diz que eu posso ligar quando quiser; agradeço e desligo. Esta ligação foi muito angustiante,

fiquei muito preocupada, pois embora ela tenha podido conversar no telefone, relatava ainda estar mole e com um discurso com um tom de muita tristeza, muita falta de perspectiva; fiquei angustiada e busquei tomar as providências necessárias para uma intervenção.

QUARTO CONTATO – 2 MESES

TELEFONEMA

Ela diz que ficou internada por quase um mês e que no princípio não queria, mas aos poucos foi gostando, de estar lá. Porém uma semana após sua saída ela fez nova tentativa tomando clonazepam. Foi para o hospital, fez lavagem e queriam que ela passasse o final de semana no CAPS. Ela diz que passou muito mal no CAPS e não quis ficar lá; foi para o ouro verde e ficou tomando soro, mas diz que foi muito difícil pegar veia, pois está muito magra. Diz que no CAPS sente medo das pessoas e que o ambiente é muito ruim, não conseguia ficar lá, não conseguia dormir, “tinha gente fumando muito, um horror”. Combinaram com ela dela ir todo dia ao posto de saúde e hoje ela irá. Conversei com ela sobre sua vontade de morrer e ela diz que é algo que vem de repente, e que ela sai em busca de medicamento para tomar. Perguntei se ela tem pessoas próximas com quem converse, e ela diz que não é muito de conversar, que quando tem algo que não está agüentando fala com sua mãe. Eu disse que comigo ela estava conversando bastante e que não parecia alguém que tinha dificuldade de conversar. Ela concorda, diz que se sente bem conversando. Eu perguntei se ela tem alguma atividade e ela diz que não, está afastada do trabalho. Diz que está fazendo um curso de computação as quintas e que gosta do curso, mas que fora isso não faz muita coisa. Perguntei se ela consegue identificar quando está entrando neste estado de angústia, ela diz que sim, digo que seria importante nestes momentos ela procurar alguém, sua mãe ou o posto de saúde. Ela diz que o problema é que nestas horas ela só quer se isolar; mas diz que estes dias está sentindo-se melhor e que irá ao posto para iniciar este tratamento de ir todo dia. Pergunto se posso ligar outra vez e ela diz que sim, combino que será em outro dia e digo que tem

uma periodicidade os meus telefonemas. Ela diz amigavelmente que eu posso ligar quando quiser, nos despedimos.

QUINTO CONTATO – 6 MESES

TELEFONEMA

Ela diz que está bem melhor, que voltou a trabalhar e sente-se bem. Perguntei o que ela acha que a ajudou. Ela diz que conversou muito com a psicóloga do CAPS e que isso a ajudou. Eu pergunto se ela continua o tratamento e ela diz que não, que está bem, mas que a psicóloga falou que se ela precisar pode recorrer ao CAPS a qualquer momento, inclusive por telefone. Eu disse que era muito bom sentirmos que podemos contar com ajuda, e ela concordou. Falei que ela deve mesmo procurar, mesmo que seja só um mal estar, uma necessidade de conversar, para não chegar ao ponto de sentir-se tão mal como ela já se sentiu. Ela riu e disse que a psicóloga falou a mesma coisa. Eu expliquei que estávamos na última ligação e que eu estava muito contente em saber que ela está melhor. Ela me agradeceu muito toda atenção e ajuda, disse que achava que nem ia sair daquela situação e que agora se sente bem. Despedimo-nos.

RESUMO DE OUTRAS AÇÕES NO CASO

Fax para o CAPS; Fax para o centro de saúde Paraná; ligação para o CAPS e conversa com a psicóloga; ligação para o centro de saúde Rio de Janeiro; supervisão com o Professor Doutor Neury Botega.

CASO 6

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

- Nome fictício – Mateus
- Sexo: masculino
- 40 anos
- Casado
- Motorista particular
- Método da tentativa de suicídio: X 61 (ingestão de medicamentos)
- Número de tentativas de suicídio: 05

PRIMEIRO CONTATO: 1 SEMANA

TELEFONEMA

Não foi possível, telefones errados

SEGUNDO CONTATO: 2 SEMANAS

TELEFONEMA

Não foi possível, telefones errados

TERCEIRO CONTATO: 1 MÊS.

TELEFONEMA

Não foi possível, telefones errados

Fax em 23/0X/0Y para o centro de saúde Curitiba falei com Vitória. Em 07/0y falei com Helena agente de saúde do posto Paraná, ela me disse que há muito tempo acompanha de perto a família deste paciente, diz que vai com frequência a casa dele, pois a esposa é doente, diabética e requer muitos cuidados. Segundo ela há uma série de problemas familiares, mas disse que não são conjugais, pois disse que ele cuida muito bem da esposa e do filho de 06 anos, mas a criança não está na escola. Ela disse que antes desta tentativa de suicídio que ela já foi com uma médica a casa dele e que a mesma receitou rivotril, mas ele não tomou, pois tinha

medo de "empacotar"; a médica trocou a medicação, mas mesmo assim ele não tomou disse que não estava precisando. A agente de saúde disse que se surpreendeu ao ver o fax sobre a tentativa de suicídio dele, e após o fax tentaram visitas domiciliares, mas não os encontraram em casa. Ela diz que antes da tentativa de suicídio que ele esteve no posto, mas era para despedir-se, pois disse que estavam todos se mudando para santos, a agente não sabia se já haviam se mudado ou não, mas disse que pediria nova visita. Ela também falou que ele é usuário de drogas e que não era maconha nem crack, perguntei se cocaína e ela disse que talvez sim. Ficou de me dar notícia dele.

QUARTO CONTATO – 2 MESES

TELEFONEMA

Inicialmente quando digo sobre o meu trabalho e que tive notícia de que ele foi atendido em dezembro no Ouro Verde ele me diz não lembrar-se; falo a data e que gostaria de saber se ele está tendo algum tipo de tratamento. Ele diz que sim, que foi atendido e que havia usado drogas para acabar com sua vida. Mateus diz que isso já aconteceu muitas vezes, inclusive depois de dezembro. Disse que ele perde completamente o controle, fica depressivo, perde os sentidos e acaba tentando o suicídio. Perguntei sobre tratamento e ele diz que até queria, que já tentou, mas que no centro de saúde não tem psicólogo, não tem médico e é terrível. Ele diz que já passou pelo CAPS, mas desistiu do tratamento por causa da depressão. Também diz que agora o CAPS mudou para o Alto da Boa Vista que é muito distante, que ele não pode ficar indo lá. Até gostaria de ter um afastamento do trabalho para se tratar, mas não tem como, pois tem que sustentar sua família. Disse que por um tempo o CAPS o ajudou com o transporte para o tratamento, mas ele acabou interrompendo. Ele disse que uma agente de saúde esteve em sua casa falando que a Unicamp tinha passado um fax avisando que ele tinha sido atendido aqui na Unicamp, ele negou. Ele me disse que a agente de saúde era muito novinha e que ele não ia falar da vida dele para alguém que ele nunca tinha visto. Eu expliquei que para ele conseguir um atendimento ele precisa falar sobre sua situação, sobre o que passou; ele pareceu ter entendido. Ele me

disse que ia mesmo passar no centro de saúde para conversar. Disse que o que o deixa nervoso é que para marcar uma consulta muitas vezes leva dois meses, que em janeiro marcou uma consulta e só será atendido em março. - Isso me deixa muito nervoso, às vezes eu estou precisando do meu remédio pra poder descansar! Combinei que ligaria outras vezes e ele me pergunta "hoje?" disse que não, seria só em junho, mas insisti que ele buscasse a ajuda no posto, pois eles poderiam verificar junto com ele a melhor opção de tratamento.

QUINTO CONTATO – 6 MESES

TELEFONEMA

Ele disse que foi ao CAPS, passou por triagem, mas que se sentia muito mal lá, que o ambiente era insuportável. Ele disse que os psiquiatras também não ajudam muito, pois ele foi lá pedir ajuda e o médico disse que ele estava bem, não tinha nada. De todo modo disse que está conseguindo se manter abstinente das drogas, que tem se afastado de más companhias. Falou que passou por um período muito difícil quando sua família estava longe, ficava só e começou a sentir-se perseguido, muito amedrontado, e isso o levou a nova tentativa de suicídio. Há dois meses não usa drogas, mas está vivendo de casa pro trabalho do trabalho para casa. Perguntei se ele achava que ia conseguir viver assim, disse que não sabia. Sugeri a busca de ajuda, falei que o ambiente do CAPS pode não ser agradável, mas tem coisas que são como um antibiótico, na hora não é bom, mas no longo prazo ajuda. Falei também que temos coisas em nós mesmos que são muito ruins e que às vezes alguém pode nos ajudar em relação a isto. Concordou, perguntou o que tinha que fazer para ter uma consulta. Disse que o posto de saúde pode informá-lo sobre os agendamentos. Ele disse que demora dois meses, comentei que ele sente-se mal há muito tempo, talvez valesse à pena esperar os dois meses do posto. Também o orientei a batalhar pelo seu atendimento, comparecer às consultas, explicar suas necessidades. Agradeceu-me muito. Expliquei que esta seria a última ligação e ele lamentou. Agradeceu por eu ter me preocupado com ele e desligamos.

RESUMO DE OUTRAS AÇÕES NO CASO

Fax e telefonema para o Hospital Mandaqui conferindo os telefones; Fax e telefonema para o centro de saúde Paraná avisando da tentativa de suicídio e da dificuldade de localizá-lo por telefone; conversado com o centro de saúde que me comunicou que irão fazer visita domiciliar; fax e ligação para o CAPS Alto da Boa Vista.

DISCUSSÃO

As duas partes do projeto foram bem sucedidas: a capacitação trouxe mudanças favoráveis no conhecimento e habilidades clínicas dos profissionais de saúde e também em suas atitudes perante indivíduos com comportamento suicida. As mudanças se mostraram consistentes, pois grande parte destes aprimoramentos se mostrou ainda presente nos profissionais de saúde após nove meses da capacitação. O monitoramento facilitou a chegada e manutenção de indivíduos que tentaram o suicídio ao tratamento, além de apontar pontos a serem aprimorados no fluxo e acolhimento dos indivíduos que tentaram o suicídio. Nenhum dos 67 sujeitos monitorados faleceu por suicídio nos seis meses de monitoramento. A seguir discutiremos mais pormenorizadamente cada uma das partes deste projeto.

DISCUSSÃO CAPACITAÇÃO

Antes de entrarmos na discussão dos resultados da capacitação, discutiremos algumas limitações do estudo que devem ser apontadas:

Em primeiro lugar, não foi feito um grupo controle com indivíduos não submetidos à capacitação em que também aplicássemos os questionários nos três respectivos tempos, para que nos certificássemos de que as mudanças observadas nas atitudes e conhecimentos/habilidades clínicas se deveram a capacitação e não a algum outro fator externo. Este grupo controle também serviria para observarmos se tais mudanças se extravasariam em alguma porcentagem após nove meses para os profissionais da rede municipal que não participaram da capacitação, talvez devido à difusão de informação através do contato profissional. Responder aos dois questionários por três vezes levava significativo tempo e boa vontade, sendo um gesto de contrapartida pelo recebimento da capacitação, de forma que se mostrou pouco exequível conseguir o mesmo de uma amostra representativa de profissionais de saúde que não participaram da mesma.

Apenas 25% dos profissionais que responderam o questionário antes do curso compareceram após nove meses do final da capacitação para um curso breve sobre prevenção do suicídio em adolescentes e novo preenchimento de ambos os questionários. Apesar de 89,4% dos profissionais que fizeram a capacitação terem avaliado anonimamente a mesma como entre bom e excelente, após nove meses houve uma natural desmobilização, a qual aliada às dificuldades logísticas de se ausentarem dos serviços de saúde contribuiu para esta baixa porcentagem de resposta no terceiro tempo de avaliação. De qualquer maneira, seja considerando apenas os indivíduos que responderam o questionário nos três tempos, seja considerando todas as respostas em cada tempo, igualmente podemos afirmar que houve mudanças favoráveis nas atitudes e no conhecimento/habilidades clínicas dos indivíduos que se sujeitaram a capacitação, e também que boa parte desta melhora manteve-se presente após um período de nove meses.

Neste estudo, as mudanças são inferidas indiretamente através de questionários, ou seja, é uma aferição indireta do real, e não o real. Outros estudos como o de Rutz et al 1995 preferiram mensurar alterações no pragmatismo dos profissionais que participaram da capacitação, como mudanças na prescrição de antidepressivos e benzodiazepínicos, ou mudanças no número de internações psiquiátricas e afastamentos do trabalho por quadros como depressão. Optamos pela mensuração indireta através de questionários pela maior facilidade logística. Reconhece-se também que o fato de ambos os instrumentos de avaliação (questionários) terem sido criados por indivíduos que faziam parte do grupo que ministrou a capacitação, pode ter feito com que tais instrumentos superestimem mudanças, já que há uma inevitável concordância entre o que eles avaliam como prioritário e o que é ministrado na capacitação, embora o questionário de atitudes já existisse há quatro anos.

Outra limitação importante é a dificuldade de comparar os resultados de cada parte deste projeto com estratégias de prevenção semelhantes. Em relação às

capacitações em prevenção do suicídio da literatura médica, elas não coincidem entre si na metodologia usada ao capacitar, no público alvo, no conteúdo que é escolhido e priorizado e nem na forma de auferir seus resultados, de forma que as comparações só podem ser feitas de maneira muito superficial. Podemos apenas dizer que a maioria das outras capacitações também obteve resultados positivos em termos de atitudes, práticas clínicas ou conhecimento em prevenção do suicídio (Ex: Oordt et al 2009; Gask et al 2008, 2006; Szanto K et al 2007; Simpson G et al 2007; Botega N et al 2007; Henriksson S e Isacson G 2006; Hegerl U 2006; Morris et al 2005; Ramberg I e Wasserman D 2004; Guttormsen T et al 2003; Rutz W 2001; Appleby et al 2000; Rutz W et al 1995; Tierney R 1994). São minoritárias as capacitações na literatura que falharam amplamente em seus intuitos (Ex: Valentini et al 2004 e Levav et al 2005). Devemos levar em conta que os projetos que fracassam em seus intuitos costumam ter maior dificuldade de serem publicados. Das capacitações anteriormente citadas duas usaram metodologia com alguma semelhança à deste projeto (Botega 2007 e Berlim 2007), por serem também realizadas no Brasil, por terem alguma coincidência no conteúdo ministrado e por usarem o mesmo questionário para auferir mudanças de atitudes. Mas estabelecer comparações mesmo com estes estudos continua restrito, pois as diferenças metodológicas superam amplamente as semelhanças; há diferenças importantes no conteúdo, sendo mais amplo nesta capacitação (18 horas aula versus 3 horas em Berlim 2007 e 6 horas em Botega 2007); e também no público alvo já que Botega 2007 capacita equipes de enfermagem de um hospital terciário, Berlim 2007 capacita equipes de saúde e indivíduos ligados ao administrativo e a segurança de um hospital terciário e este estudo capacita equipes de saúde da rede pública do Município de Campinas. Destas três capacitações esta foi a que conseguiu mudança de atitudes no maior número de quesitos do questionário de atitudes frente ao comportamento suicida, (considerado o nível de significância de 95% para cada uma das frases do questionário de atitudes). Atribuímos a maior amplitude de mudanças ao maior número de horas-aula desta capacitação.

A seguir vamos discutir propriamente os resultados gerais da capacitação em prevenção do suicídio, apresentando respectivamente algumas mudanças favoráveis obtidas nas atitudes dos profissionais que participaram da capacitação e a seguir em suas habilidades clínicas/conhecimento.

Podemos chamar de mudanças favoráveis nas atitudes dos profissionais que participaram da capacitação, as mudanças inferidas através dos fatores avaliados pelo questionário de atitudes (definidos na pg 32) como: aumento na percepção da própria capacidade profissional (gráficos 4,5 e 6), (fundamental, pois muitos profissionais de saúde não perguntam a respeito de comportamento suicida nos seus pacientes mesmo quando desconfiados pelo temor de não saber conduzir a situação defronte a uma resposta afirmativa) (Botega e Werlang 2004); diminuição de sentimentos negativos em relação aos pacientes que incorrem em comportamento suicida e aumento do que foi nomeado como direito ao suicídio (gráficos 4,5 e 6), (estas duas mudanças podem levar a uma postura menos “moralista/judiciosa” e mais “acolhedora/compreensiva”, mais adequadas ao se lidar com indivíduos com comportamento suicida). Outras mudanças relevantes inferidas pelo questionário de atitudes foram:

A percepção dos profissionais submetidos à capacitação de estarem mais aptos para distinguirem tristeza/infelicidade de depressão (vide tabela 7). Na rede básica assim como nos diversos níveis de saúde ocorrem simultaneamente dois pólos de erros em relação ao diagnóstico de depressão como podemos verificar nas frases apresentadas a seguir retiradas de profissionais de saúde. O falso negativo que é enxergar como normalidade sintomas de depressão, ex: “velhinhos são assim mesmo tristes/cansados/apáticos”, ou o falso positivo, “durante a consulta ginecológica perguntei a minha paciente sobre sua sexualidade, ela começou a chorar dizendo que estava muito distante do marido, que eles não estavam mais se entendendo, chorou tanto e tão sentida que imaginei que ela pudesse estar meio deprimidinha então passei um antidepressivozinho”.

Desmistificação de certas crenças equivocadas de alta prevalência que têm impacto negativo na prevenção do suicídio como: depressão se refere à fraqueza de caráter, ou a uma característica imutável da personalidade, que quem fica ameaçando se matar não se mata de verdade, que perguntar sobre ideação ou comportamento suicida pode induzir o paciente a isto, “será que não vou plantar a sementinha”, e que quem tenta o suicídio e não falece não quer mesmo morrer “só queria chamar a atenção”. (vide tabela 7). Tais crenças equivocadas podem levar à postergação da procura de tratamento, subavaliação do risco de suicídio, distanciamento dos profissionais de saúde dos indivíduos deprimidos ou em risco de suicídio.

Entre as mudanças detectadas pelo questionário de conhecimento/habilidades clínicas encontram-se aperfeiçoamento: no manejo de pacientes deprimidos, na capacidade de avaliar risco de suicídio, nas informações epidemiológicas sobre comportamento suicida, no diagnóstico e manejo de indivíduos dependentes de álcool, no manejo de indivíduos em risco de suicídio, no conhecimento acerca de estratégias eficazes de prevenção do suicídio, na capacidade de avaliar intencionalidade letal em uma tentativa de suicídio, no conhecimento da gênese do comportamento suicida e do funcionamento mental agudo do indivíduo em risco de suicídio (vide tabela 6). Espera-se que o conjunto destas mudanças em conhecimento habilidades clínicas repercuta diretamente no pragmatismo destes profissionais e, conseqüentemente, levem a prevenção de suicídios. Embora do ponto de vista objetivo/científico não possamos afirmar que as mudanças de atitude e/ou conhecimento/habilidades clínicas tenham resultado em redução de suicídios, julgamos ser improvável que mudanças de tal porte em um grupo amplo de profissionais que lidam rotineiramente com indivíduos em risco de suicídio não repercutam diretamente na ocorrência ou não de alguns suicídios.

Outra crítica válida em relação às mudanças de conhecimento/habilidades clínicas (gráficos 1, 2 e 3), é que as mudanças de pontuação do antes para o final do curso ou para 9 meses após, embora tenham apresentado clara significância

estatística, ($p < 0,001$ com nível de significância de 5% para todas as respostas preenchidas em cada tempo de avaliação, também para apenas os indivíduos que responderam antes do curso e ao final do curso, e finalmente também para apenas os indivíduos que responderam em todos os três tempos de avaliação), não resultaram em elevação da pontuação final para níveis altos se considerados absolutamente (12,8 em 21 possíveis e 11,5 em 21 possíveis no final da capacitação e após 9 meses respectivamente). Apesar de não serem níveis altos em absoluto, representaram ganhos de 47% e 32% respectivamente em relação à pontuação inicial (8,7 em 21 possíveis). Considerando-se que o questionário de conhecimento/habilidades clínicas foi construído com predomínio de questões de alto e moderado grau de dificuldade consideramos que se atingiu níveis satisfatórios de pontuação.

Como podemos observar na tabela 9, a capacitação impactou de maneira homogênea nos diferentes profissionais a despeito de suas profissões (médicos, psicólogos etc.), de seus gêneros, faixas etárias ou afiliações religiosas. Isto quer dizer que a capacitação agregou conhecimento e aprimorou atitudes mesmo nos grupos que chegaram a ela com mais preparo. Este fato foi deliberadamente planejado, ou seja, foram dadas no curso, simultaneamente, informações básicas e avançadas, de forma que haveria ganhos na capacitação para profissionais com diferentes níveis anteriores de habilidade na prevenção de suicídio. Preferimos esta à estratégia que visaria uma maior homogeneização do preparo para lidar com prevenção de suicídio entre os profissionais participantes, por exemplo, trazendo mais ganho aos grupos que chegassem à capacitação com menor nível de preparo e menor ganho aos que previamente já possuíssem melhor preparo. Enxergamos que a despeito dos ganhos em homogeneizar os profissionais, tal opção seria desestimulante para os profissionais que já tivessem um razoável preparo anterior.

Todas as mudanças estatisticamente apontadas nas atitudes e conhecimento/habilidades clínicas dos profissionais como as já descritas foram em

um sentido favorável, ou seja, não detectamos pelos questionários nenhuma mudança indesejada.

Embora a grande maior parte das mudanças obtidas nas atitudes e nos conhecimentos/habilidades clínicas ainda se mostrassem presentes após nove meses do final da capacitação, mostrando uma perenidade no aprendizado, é provável que uma importante dificuldade descrita no estudo de Gotland (Rutz W et al 1995, 1997; Rutz W 2001) também ocorra aqui: devido à baixa permanência dos profissionais de saúde no serviço público, para que os ganhos da capacitação mantenham-se por prazos longos (anos) nos serviços públicos, elas devem ser repetidas de tempos em tempos.

Atribuímos como fundamental ao bom resultado da capacitação, o fato de terem sido convidados para ministrar a mesma apenas professores que possuíam simultaneamente as seguintes características: Além evidentemente de terem boa capacidade didática, tinham que estar envolvidos em pesquisa e estratégias de prevenção de suicídio e, sobretudo, estarem ainda atuando diretamente como clínicos com pacientes em risco de suicídio. Este último pré-requisito foi posto para evitar que a capacitação adquirisse um formato de “curso teórico” pouco voltado para as decisões pragmáticas do dia a dia da clínica com pacientes em risco de suicídio.

DISCUSSÃO MONITORAMENTO

Em relação ao monitoramento, dos 67 indivíduos inseridos no mesmo por terem feito uma tentativa de suicídio, nenhum faleceu por suicídio nos seis meses de monitoramento e quatro fizeram nova tentativa de suicídio. Tal número de casos acompanhados (67) não permitiu uma conclusão estatística a respeito do efeito preventivo em suicídios ou repetição de tentativas de suicídio do monitoramento. Apenas a título de exemplo, a literatura aponta em 18% a taxa de repetição de tentativa de suicídio não letal em um período de um ano para indivíduos que

tentaram o suicídio e de 1,8% a taxa de suicídios dos mesmos em um ano (Owens 2002). O número relativamente baixo de indivíduos monitorados advém do fato do monitoramento ter se restringido a apenas um dos quatro distritos de Campinas devido a restrições logísticas. A ausência de significância estatística dos resultados dificulta a comparação com os desfechos de outros seguimentos presentes na literatura, mas já era esperada. Para superar tais limitações planejamos uma avaliação qualitativa dos casos monitorados, tentando tirar informações que possam melhorar a chegada e adesão dos indivíduos que tentam o suicídio aos serviços de saúde. Os casos clínicos relatados em resultados serão discutidos a seguir, e foram escolhidos dentro do conjunto de 67 monitoramentos por serem representativos de situações freqüentes no conjunto dos casos e ilustrarem situações, que sujeitas à modificação possam trazer repercussão em termos de prevenção de suicídio.

O caso clínico número 1 foi colocado para exemplificar que:

Dificuldades no agendamento podem se somar a dificuldades “internas” do indivíduo em retomar a questão da tentativa de suicídio resultando em um não tratamento.

Tentativas de suicídio freqüentemente geram raiva nas equipes de saúde e retaliações pelas mesmas, como relatado pela paciente em relação ao médico que tratava sua queimadura. A percepção pela equipe de saúde destes sentimentos negativos, a elaboração destes, a não atuação baseada nos mesmos, e até mesmo seu uso como instrumento semiológico da sensação que aquele indivíduo pode estar despertando em outras pessoas, são temas que foram abordados na capacitação.

Tratamentos que exigem uma freqüência constante como psicoterapias deveriam ser oferecidos também fora de horário comercial na rede pública.

O casos clínicos número 2 e 5 exemplificam uma possível falha do fluxo de pacientes com certas apresentações psíquicas em Campinas e possivelmente em outros municípios brasileiros. Em nossa observação há certo automatismo de encaminhamento de casos mais graves para os CAPS, embora os mesmos sejam inadequados para o acompanhamento de diversos tipos de casos, que provavelmente seriam melhor acompanhados em nível ambulatorial em centros de saúde por equipes de saúde mental. Percebemos também pelos relatos que o agendamento neste nível, (equipes de saúde mental em centros de saúde), é mais demorado, estando apenas os CAPS mais preparados para um acolhimento mais imediato. Ficamos com a impressão de que os recursos humanos e materiais na assistência em saúde mental estão excessivamente concentrados em CAPS, e talvez necessitassem ser melhor distribuídos em termos de uma rede ampla que deveria contar com: profissionais não de saúde mental em centros de saúde habilitados a atender casos de saúde mental, equipes de saúde mental em centros de saúde, CAPS, CAPS_{AD}, CAPS_{INFANTIL}, enfermarias de psiquiatria em hospitais gerais.

O caso 2 também foi escolhido como ilustrativo pela forte correlação entre dependência ou uso nocivo de álcool ou outras substâncias psicoativas e suicídio (dependência e uso nocivo de álcool são a segunda classe diagnóstica mais freqüente em termos globais em pacientes que cometeram suicídio (WHO 1999, 2000), e embora não tenhamos dados confiáveis nacionais que façam essa hierarquização da participação dos transtornos mentais no suicídio, sabemos por exemplo que 12,3% da população brasileira é dependente de álcool (CEBRID/UNIFESP 2005). Informações como as citadas acima foram decisivas na elaboração do modelo de capacitação deste projeto, que diferentemente de alguns modelos de capacitação da literatura (Ex: Valentini et al 2004 e Levav et al 2005) que se concentravam exclusivamente no aprimoramento do diagnóstico e manejo da depressão, ampliou o conteúdo de forma a incluir outros transtornos mentais também muito correlacionados com suicídio. Os casos monitorados, as dúvidas apresentadas pelas equipes de saúde no decorrer da capacitação, e até mesmo

as respostas aos questionários de conhecimento (vide tabela 6) reforçaram a percepção que tal escolha de conteúdo ampliado foi correta.

No monitoramento deste projeto e também no do projeto anterior (PROJETO SUPRE-MISS) ficou evidente que os indivíduos fazem com frequência vínculo com o profissional de saúde que realiza os telefonemas (como fica evidente no caso clínico 3), isto é um fator que claramente favorece a eficácia do monitoramento em facilitar a chegada e adesão dos indivíduos ao tratamento em saúde mental.

A capacitação que realizamos foi moldada pensando em profissionais como o psicólogo do caso clínico 4, que atendia a paciente no centro de saúde, o mesmo mostrou-se interessado e disponível à paciente, mas provavelmente tinha suas dúvidas e dificuldades ao conduzir um caso com gravidade em termos de risco de suicídio. O caso serviu também para exemplificar algo com evidência consistente na literatura e passível de políticas públicas, a correlação entre repetição de comportamento suicida e desemprego, tal correlação é mais consistente no sexo masculino (Kreitman, N.; Casey, P; 1988).

O contato com as equipes de saúde do município de Campinas propiciado pela capacitação e pelo monitoramento nos reforçou a impressão que uma boa parte dos profissionais de saúde tanto da assistência quanto da administração é interessada, generosa e criativa em conseguir soluções que ajudem indivíduos, mesmo em situações de carência de recursos materiais e humanos. Mas casos como o apresentado no caso clínico 6 nos deixam a impressão de falhas importantes no acolhimento de pacientes com risco de suicídio na rede pública, pois se tratava de um paciente com quase todos os mais importantes riscos epidemiológicos para suicídio, (homem, antecedente de várias tentativas de suicídio, drogadição, sintomas depressivos), mesmo assim houve dificuldades do mesmo para obter um atendimento e quando estas dificuldades foram superadas e chegou-se a um psiquiatra, o mesmo não percebeu o risco do indivíduo e o dispensou (versão do paciente). Para que um profissional consiga ter informações

consistentes sobre o risco de suicídio de um indivíduo é necessário muitas vezes uma consulta um pouco mais demorada, para que se vá conseguindo a confiança do paciente e o mesmo fale sobre comportamento suicida. A sobrecarga de pacientes na rede pública de saúde leva a alguns psiquiatras a trabalharem com consultas rápidas o que pode atrapalhar o correto reconhecimento de indivíduos com risco de suicídio.

Permitiremos-nos tirar algumas conclusões gerais a partir do relato dos indivíduos nos telefonemas: Dificuldades objetivas de conseguir tratamento na rede pública podem se somar a um desejo do indivíduo de “minimizar/esquecer” a tentativa de suicídio, levando a um não tratamento; uma parte significativa dos pacientes fez vínculo com a psicóloga que realizava os telefonemas e tal vínculo pareceu-nos favorecer a chegada e adesão dos mesmos ao tratamento; alguns pacientes têm nítido ganho com o tratamento na rede pública e mesmo com simples intervenções colocadas a partir de um telefonema; pacientes que estejam trabalhando não conseguem manter-se em psicoterapia mesmo quando reconhecem benefícios inequívocos da mesma devido à ausência de psicoterapia fora do horário comercial na rede pública; alguns profissionais de saúde apresentam nítido comportamento agressivo e despreparado para com indivíduos que tentaram o suicídio, necessitando serem aperfeiçoados quanto as suas atitudes em relação ao comportamento suicida como realizado na parte deste projeto referente à capacitação de profissionais para lidarem com indivíduos com comportamento suicida, ou serem afastados do contato profissional com indivíduos com comportamento suicida.

RECOMENDAÇÕES

Finalizaremos com duas recomendações simples:

Em relação ao monitoramento recomendamos a aplicação do mesmo em populações maiores de indivíduos que tentaram o suicídio, de forma a termos condições estatísticas de afirmar se tal modelo de seguimento é capaz de diminuir

comportamento suicida em populações brasileiras, assim como foi demonstrado no estudo multicêntrico SUPRE-MISS, mas para um conjunto de países que incluíam o Brasil e não apenas com população brasileira. (Fleischmann et al 2008).

Com relação a este modelo de capacitação, que estatisticamente mostrou-se capaz de promover mudanças favoráveis nos profissionais de saúde, tanto do ponto de vista de conhecimentos/habilidades clínicas quanto no aprimoramento de atitudes, e que também conseguiu que a maior parte destas mudanças ainda se mostrassem presentes após nove meses do final da capacitação; recomendamos que seja difundido e aplicado em maior escala em profissionais de saúde que se deparem com comportamento suicida em suas práticas clínicas.

CONCLUSÃO

A capacitação foi eficaz para promover mudanças desejadas nos profissionais de saúde que se submeteram a mesma, tanto do ponto de vista de mudanças de atitudes, quanto do ponto de vista de melhora do conhecimento/habilidades clínicas auferidos pelos respectivos questionários. Essas mudanças mantiveram-se significativamente distintas de antes do curso, tanto na avaliação do fim do curso quanto após nove meses.

Em relação ao monitoramento dos indivíduos que tentaram o suicídio, embora não tenhamos tido, devido ao número de indivíduos monitorados (67), força estatística para fazer afirmações, pôde-se, através da avaliação qualitativa, apontar pontos de possível aprimoramento no fluxo e acolhimento dos indivíduos e perceber benefícios a adesão ao tratamento em saúde mental dos mesmos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Allgulander C, Fisher LD. Clinical predictors of completed suicide and repeated self-poisoning in 8.895 self-poisoning patients. *European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences* 1990; 239: 270-76.

Almeida Filho, N et al. Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras (Brasília, São Paulo, Porto Alegre). *Revista ABP – APAL* 1992, V. 4 pg. 93-104.

Appleby L, Morriss R, Gask L, Roland M, Perry B, Lewis A, Battersby L, Colbert N et al. An educational intervention for front-line health professionals in the assessment and management of suicidal patients (The STORM Project). *Psychol Med.* 2000 Jul; 30 (4): 805-12.

Asberg M, Traskman L, Thoren P. 5-HIAA in the cerebrospinal fluid. A biochemical suicide predictor? *Arch Gen Psychiatry* 1976; 33 (10):1193-7.

Aseltine RH Jr, James A, Schilling EA, Glanovsky J. Evaluating the SOS suicide prevention program: a replication and extension. *BMC Public Health.* 2007 Jul 18;7:161.

Baldessarini RJ, Tondo L, Davis P, Pompili M, Goodwin FK, Hennen J. Decreased risk of suicides and attempts during long-term lithium treatment: a meta-analytic review. *Bipolar Disord.* 2006 Oct;8(5 Pt 2):625-39.

Beautrais AL, Mishara BL. World Suicide Prevention Day: "think globally, plan nationally, act locally". *Crisis* 2008; 29(2):59-63.

Berlim MT, Perizzolo J, Lejderman F, Fleck MP, Joiner TE. Does a brief training on suicide prevention among general hospital personnel impact their baseline attitudes towards suicidal behavior? *J Affect Disord.* 2007 Jun;100(1-3):233-9. Epub 2006 Oct 23.

Bertolote JM, Fleischmann A. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. *World Psychiatry* 2002; 1 (3):181-85.

Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D, Bolhari J, Botega N, De Silva D, et al. Suicide attempts, plans, and ideation in culturally diverse sites: the WHO SUPRE-MISS community survey. *Psychol Med* 2005; 35(10):1457-65.

Blazer, D.G., Kessler, R.C., McGonagle, K.D. e Swartz, M.S. The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: The National Comorbidity Survey. *American Journal of Psychiatry* 1994; 151: 979-986.

Botega NJ, Werlang BG. *Comportamento Suicida*. Artmed 2004, Porto Alegre.

Botega, N.J., Reginato, D.G., Silva, S.V., Cais, C.F.S., Rapeli, C.B., Mauro, M.L.F., Cecconi, J.P. & Stefanello, S. Nursing personnel attitudes towards suicide: the development of a measure scale. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2005, 27, 315-318.

Botega NJ, Rapeli CB, Cais CFS. *Comportamento Suicida*. In: Botega N. *Prática psiquiátrica no hospital geral: Interconsulta e Emergência*. Porto Alegre: Artmed Editora, 2ª edição; 2006. p. 431-46.

Botega NJ, Furlaneto L, Frágoas Jr R. Capítulo 15 – Depressão, In Botega NJ *Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: interconsulta e emergência 2ª edição*. Artmed. Porto Alegre. 2006.

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 Apr;37(2):145-53.

Brasil. Sistema de Informações sobre Mortalidade/MS/SUS/DASIS. In:

Ministério da Saúde. Informações de Saúde - Estatísticas Vitais. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br>, acessado em fevereiro de 2011.

Cais CF, Stefanello S, Fabrício Mauro ML, Vaz Scavacini de Freitas G, 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.

CEBRID/UNIFESP (Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas): II Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: Estudo envolvendo as 108 maiores cidades do Brasil 2005.

Chapman S, Alpers P, Agho K, Jones M. Australia's 1996 gun law reforms: faster falls in firearm deaths, firearm suicides, and a decade without mass shootings. *Inj Prev.* 2006 Dec; 12(6):365-72.

Chiavenato, I. Recursos humanos. São Paulo: Atlas, 1985.

Crawford MJ, Thomas O, Khan N et al. Psychosocial interventions following self-harm. Systematic review of their efficacy in preventing suicide. *Br J Psychiatry.* 2007 Jan;190:11-7. Review.

Etzersdorfer, E., & Sonneck, G. Preventing suicide by influencing mass-media reporting: The Viennese experience 1980–1996. *Archives of Suicide Research* 1998, 4(1), 64–74.

Fishbein, M e Ajzen, I. Attitudes toward objects as predictors of a single and multiple behavioral criteria. *Psychological Review.* 1975; 81 59-74.

Fleischmann A, Bertolote JM, De Leo D, Botega NJ, Phillips M, Sisask 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: 1467-74.

Fleischmann A, Bertolote JM, Wasserman D, De Leo D, Bolhari J, Botega NJ, De Silva D, Phillips M, Vijayakumar L, Värnik A, Schlebusch L, Thanh HT. Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries. *Bull World Health Organ.* 2008 September; 86(9): 703–709.

Fráguas Jr, R. Alterações psiquiátricas associadas à cirurgia de revascularização do miocárdio: caracterização e fatores de risco. Tese de Doutorado, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo 1995.

Furlaneto LM Diagnosticando depressão em pacientes internados em enfermarias de clínica médica. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 1996. V. 45 (6) 363-370.

Gask L, Dixon C, Morriss R, Appleby L, Green G. Evaluating STORM skills training for managing people at risk of suicide. *J Adv Nurs.* 2006 Jun; 54(6): 739-50.

Gask L, Lever-Green G, Hays R. Dissemination and implementation of suicide prevention training in one Scottish region. *BMC Health Serv Res.* 2008 Dec 3;8: 246.

Gibbons RD, Hur K, Bhaumik DK, Mann JJ. The relationship between antidepressant medication use and rate of suicide. *Arch Gen Psychiatry.* 2005; 65: 165-172.

Gilbody S, Whitty P, Grimshaw J, Thomas R. Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care: a systematic review. *JAMA.* 2003 Jun 18; 289.

Gunnell D, Middleton N, Frankel S. Method availability and the prevention of suicide: a re-analysis of secular trends in England and Wales 1950-1975. *Soc*

Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2000; 35: 437-443.

Guttormsen T, Hoifodt TS, Silvola K, Burkeland O: Applied suicide intervention – an evaluation. Tidsskr Nor Laegeforen 2003,123: 2284-2286.

Hawton K. United Kingdom legislation on pack sizes of analgesics: background, rationale, and effects on suicide and deliberate self-harm. Suicide Life Threat Behav. 2002; 32: 223-229.

Hegerl U, Althaus D, Schmidtke A, Niklewski G. The alliance against depression: 2-year evaluation of a community-based intervention to reduce suicidality. Psychol Med. 2006; 36(9): 1225-1233.

Henriksson S and Isacson G (2006). Increased antidepressant use and fewer suicides in Jamtland county, Sweden, after a primary care educational programme on the treatment of depression. Acta Psychiatr Scand. 2006 Sep; 114(3): 159-67.

Hodges B; Inch C; Silver I. Improving the Psychiatric Knowledge, Skills, and Attitudes of Primary Care Physicians, 1950–2000: A Review. Am J Psychiatry 2001; 158: 1579–1586.

IBGE (2006). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Tábuas completas de mortalidade. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias>. Acessado em jun 2009.

Isometsa ET, Lonnqvist JK. Suicide attempts preceding completed suicide. British Journal of Psychiatry 1998; 173 (12): 531-5.

Kapur S, Mieczkowski T, Mann JJ. Antidepressant medications and the relative risk of suicide attempt and suicide. JAMA. 1992; 268: 3441-3445.

Kreitman, N.; Casey, P. Repetition of parasuicide: an epidemiological and clinical study. British Journal of Psychiatry 1988. 153: 792-800.

LaPiere, R. Attitude versus action. *Social Forces*. 1934; 13, 230-237.

Lester D. Effects of detoxification of domestic gas on suicide in the Netherlands. *Psychol Rep*. 1991; 68: 202.

Levav I, Kohn R, Montoya I, Palacio C, Rozic P, Solano I, Valentini W, Vicente B, Morales JC, Eigueta FE, Saravanan Y, Miranda CT, Sartorius N. Training Latin American primary care physicians in the WPA module on depression: results of a multicenter trial. *Psychol Med*. 2005 Jan; 35(1): 35-45.

Loftin C, McDowall D, Wiersema B, Cottey TJ. Effects of restrictive licensing of handguns on homicide and suicide in the District of Columbia. *N Engl J Med*. 1991; 325: 1615-1620.

Lönnqvist J.K. Psychiatric Aspects of Suicidal Behaviour In: Hawton K Heeringen K. *The international handbook of suicide and attempted suicide*. Wiley; 2000. p. 107-121.

Lovisi G.M. et al (2009). Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. *Rev Bras Psiquiatr*. 2009; 31(Supl II): p 86-94.

Ludwig J, Cook PJ. Homicide and suicide rates associated with implementation of the Brady Handgun Violence Prevention Act. *JAMA*. 2000; 284: 585-591.

Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *Am J Psychiatry*. 2002; 159: 909-916.

Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, et al. Suicide Prevention Strategies: A Systematic Review. *Journal of American Association* 2005; 294 (16): 2065-74.

Mitchell AJ, Vaze A, Rao S. Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. *Lancet*. 2009 Aug 22; 374(9690): 609-19. Epub 2009 Jul.

Morriss R, Gask L, Webb R, Dixon C, Appleby L. The effects on suicide rates of an educational intervention for front-line health professionals with suicidal patients (the STORM Project). *Psychol Med*. 2005 Jul; 35(7): 957-60.

Mott JA, Wolfe MI, Alverson CJ, et al. National vehicle emissions policies and practices and declining US carbon monoxide-related mortality. *JAMA*. 2002; 288: 988-995.

Nordentoft M, Qin P, Helweg-Larsen K, Juel K. Restrictions in means for suicide: an effective tool in preventing suicide: the Danish experience. *Suicide Life Threat Behav*. 2007 Dec; 37(6): 688-97.

Ohberg A, Lonnqvist J, Sarna S, Vuori E, Penttila A. Trends and availability of suicide methods in Finland: proposals for restrictive measures. *Br J Psychiatry*. 1995; 166: 35-43.

Owens D, Horrocyks J, House A. Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *British Journal of Psychiatry* 2002; 181: 193-9.

Oordt MS, Jobes DA, Fonseca VP, Schmidt SM. Training mental health professionals to assess and manage suicidal behavior: can provider confidence and practice behaviors be altered? *Suicide Life Threat Behav*. 2009 Feb; 39(1): 21-32.

Pritchard C, Hean S. Suicide and undetermined deaths among youths and young adults in Latin America: comparison with the 10 major developed countries--a source of hidden suicides? *Crisis* 2008; 29(3): 145-53.

Ramberg IL, Wasserman D. Suicide-preventive activities in psychiatric care: evaluation of an educational programme in suicide prevention. *Nordic Journal of Psychiatry* 2004, 58: 389-394.

Rich CI, Young, D and Fowler, RC. San Diego suicide study I: young X old subjects. Archives of General Psychiatry 1986, 43: 577-582.

Roskar S, Podlesek A, Zorko M, Tavcar R, Dernovsek MZ, Groleger U, Mirjanic M, Konec N, Janet E, Marusic A. Effects of training program on recognition and management of depression and suicide risk evaluation for Slovenian primary-care physicians: follow-up study. Croat Med J. 2010 Jun 15; 51(3): 237-42.

Rudd MD. (correspondence) "Psychosocial interventions following self-harm". British journal of psychiatry (2007), 191, 359-360

Rutz W, von Knorring L, Pihlgren H, Rihmer Z, Walinder J. Prevention of male suicides: lessons from Gotland study. Lancet. 1995 Feb 25; 345(8948): 524

Rutz W, Walinder J, von Knorring L, Rihmer Z, Pihlgren H. Prevention of depression and suicide by education and medication: impact on male suicidality an update from the Gotland study. Int J Psychiatry Clin Pract. 1997; 1: 39-46.

Rutz W. Preventing suicide and premature death by education and treatment. J Affect Disorder, 2001 Jan; 62(1-2): 123-9.

Schatzberg, A.F.; Cole, J.O.; DeBattista, C. (2003). Manual of Clinical Psychopharmacology 2003. 4ed. American Psychiatric Publishing.

Simpson G, Franke B, Gillett L: Suicide prevention training outside the mental health service system: evaluation of a statewide program in Australia for rehabilitation and disability staff in the field of traumatic brain injury. Crisis 2007, 28: 35-43.

Suominen K, Isometsa E, Suokas J, Haukka J, Achte K, Lonnqvist J. Completed suicide after a suicide attempt: a 37-year follow-up study. Am J Psychiatry 2004; 161 (3): 562-3.

Szanto K, Kalmar S, Hendin H, Rihmer Z, Mann J. A Suicide Prevention

Program in a Region With a Very High Suicide Rate. *Arch Gen Psychiatry*. 2007; 64(8): 914-920.

Taylor SJ, Kingdon D, Jenkins R. How are the nations trying to prevent suicide? An analysis of national suicide prevention strategies. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1997, 95, 457–63.

Tierney RJ: Suicide intervention training evaluation: a preliminary report. *Crisis* 1994, 15: 69-76.

Turato ER. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*: Petrópolis: Vozes; 2003.

Valentini W, Levav I, Kohn R, Miranda CT, Mello AA, Mello MF, Ramos CP. An educational training program for physicians for diagnosis and treatment of depression. *Rev Saude Publica*. 2004 Aug; 38(4): 522-8.

World Health Organization. *Figures and facts about suicide*. Genève: WHO. 1999.

World Health Organization. *Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária*. Genebra. WHO. 2000

World Health Organization. *World report on violence and health*. Genebra: World Health Organization. 2002.

World Health Organization. *The World Health Report 2003: Shaping the future*. Genève: WHO. 2003.

WHO. For wich strategies of suicide prevention is there evidence of effectiveness. *Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN)* 2004:1-19.

WHO. *Suicide prevention: facing the challenges, building solutions*. WHO European Ministerial Conference on Mental Health 2005 (January): 1-6.

World Health Organization (2005) Suicide Huge but Preventable Public Health Problem. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/en/>.

WHO.World Suicide Prevention Day 2008: Around one million people die each year by suicide. http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide.

WHO.2009:http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/index.html.

ANEXOS

PROGRAMA DAS AULAS

1) Epidemiologia do suicídio:

- Números globais de suicídio e comportamento suicida
- Projeção do número de suicídios
- Mudança no suicídio global para faixas etárias mais jovens
- Distribuição dos coeficientes de suicídio ao longo do globo e agrupamento dos mesmos em altos, médios e baixos coeficientes de suicídio
- Países com maior frequência de suicídios em números absolutos
- Evolução da taxa de suicídio brasileira total e por gênero
- Coeficientes de suicídio por macro-regiões Brasileiras
- Porcentagens de suicídios no total de causa-mortis por faixa-etária e gênero no Brasil
- Mudança da faixa etária do suicídio no Brasil para faixas mais jovens
- Dados acerca do comportamento suicida da população de Campinas, comparado aos dados de centros urbanos de vários países
- Apresentação de um projeto anterior de prevenção do suicídio: O Estudo Multicêntrico de Intervenção no Comportamento suicida (WHO/SUPRE-MISS) e o impacto deste estudo no comportamento suicida de populações alvo da intervenção

2) Visão Geral sobre comportamento suicida

- Definições em suicidologia
- Aspectos históricos e sócio-culturais
- Suicídio e as religiões (histórico e posicionamento atual)
- Apresentação sumária de diversas abordagens do fenômeno suicídio (Sociológica, Antropológica, Filosófica, Médica, Psicanalítica etc.)

3) Transtornos Mentais e Comportamento Suicida I (primeira parte)

- Multicausalidade do Suicídio

- Correlação entre angústia extrema, dor psíquica e suicídio
- Alterações cognitivas presentes em indivíduos com comportamento suicida (Pensamento dicotômico, estreitamento de repertório, etc.)
- Participação e frequência dos transtornos mentais no suicídio e no comportamento suicida
- Transtornos mentais mais frequentemente correlacionados com suicídio
- Correlação da depressão com suicídio
- Incidência e prevalência da depressão
- Detecção precoce e correlação com prognóstico
- Diagnóstico da depressão
- Atitudes que podem conduzir a equívocos no diagnóstico e tratamento do paciente deprimido
- Fatores culturais que podem retardar a solicitação de tratamento
- Quais casos de depressão devem obrigatoriamente ser encaminhados ao psiquiatra
- Depressão secundária a doenças clínicas (nuances no diagnóstico e conduta)
- Etapas no tratamento da depressão e seus tempos
- Manejo farmacológico e psicoterápico

4) Atitudes das equipes de saúde e comportamento suicida

- Dissecção do construto atitudes (crenças, comportamento, sentimentos)
- Impacto na atitude das equipes de saúde de crenças equivocadas sobre comportamento suicida (Ex: Cão que late não morde)
- Mitos e verdades sobre comportamento suicida
- Dissecção do comportamento suicida (desejo de morte, pedido de socorro, tentativa de mudar o ambiente)
- Sentimentos gerados pelo comportamento suicida na população

- Sentimentos gerados nas equipes de saúde pelo comportamento suicida dos pacientes e impactos dos mesmos na atitude dos profissionais de saúde
- Impacto na atitude das equipes de saúde do fenômeno da identificação do profissional com pacientes com comportamento suicida (Ex: No lugar dele também me mataria)
- Dilemas éticos em prevenção do suicídio
- Dicas de postura de comunicação ao lidar com indivíduo em risco de suicídio

5) Transtornos Mentais e Comportamento Suicida II (segunda parte)

- Dependência de álcool e drogas e suicídio
- Prevalência e incidência das dependências de substâncias psicoativas
- Diagnóstico das dependências e de uso danoso de substâncias psicoativas
- Importância do diagnóstico precoce
- Intoxicação aguda por álcool e comportamento suicida
- Impulsividade e comportamento suicida
- Etapas de motivação para a mudança
- Correlação da etapa de motivação para a mudança e o tratamento proposto
- Etapas do tratamento e suas dificuldades
- Importância da comorbidade das dependências e de uso danoso de substâncias psicoativas com outras patologias psiquiátricas

6) Transtornos Mentais e Comportamento Suicida III (terceira parte)

- Transtorno afetivo bipolar e suicídio
- Prevalência e incidência
- Diagnóstico
- Manejo farmacológico e outros

- Esquizofrenia e suicídio
- Prevalência e incidência
- Diagnóstico
- Manejo farmacológico e outros
- Momentos de maior risco de suicídio
- Transtorno de personalidade e suicídio
- Origem histórica dos termos
- Transtornos de personalidade mais correlacionados com suicídio e comportamento suicida
- Manejo psicoterápico
- Transtornos de Ansiedade e suicídio
- Diagnóstico dos diversos quadros
- Manejo farmacológico e psicoterápico

7) Visão psicodinâmica do suicídio

- Fantasias inconscientes ligadas ao suicídio e comportamento suicida
- Alterações no estado mental do indivíduo com comportamento suicida
- Alterações no estado mental do indivíduo melancólico, borderline e psicótico
- Mobilizações geradas nos profissionais de saúde pelo paciente com comportamento suicida
- Mobilizações geradas nos profissionais de saúde pelo paciente melancólico, borderline e psicótico
- Aspectos psicoterápicos no lidar com o paciente com risco suicida, sua família e meio social
- Aspectos psicoterápicos no lidar com famílias e equipes de saúde de pacientes que consumaram suicídio.

8) Avaliação do risco de suicídio

- Fatores epidemiológicos de risco e de prevenção do suicídio
- Etapas e componentes da avaliação do risco de suicídio de um indivíduo (desesperança, rede de apoio, antecedentes etc.)
- Antecedente de comportamento suicida e correlação com suicídio futuro
- Antecedente de comportamento suicida em familiares ou pessoas próximas e correlação com suicídio futuro (Identificação e cópia)
- Avaliação da intencionalidade de uma tentativa de suicídio e correlação com suicídio futuro
- Manejo de curto prazo baseado no nível de risco de suicídio do indivíduo

9) Estratégias de prevenção do suicídio

- Diversos níveis de prevenção do suicídio
- Estratégias de prevenção recomendadas pela Organização Mundial da Saúde
- Evidências globais em prevenção do suicídio
- Programas nacionais de prevenção do suicídio
- Evidências em prevenção do suicídio no Brasil
- Estratégia Brasileira de prevenção do suicídio

CORPO DOCENTE DA CAPACITAÇÃO:

Carlos Filinto da Silva Cais – médico, psiquiatra, mestre e doutorando pela Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp.

Gisleine Vaz Scavacini - psicóloga, doutora pelo Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da FCM-Unicamp.

Neury José Botega - médico psiquiatra, professor titular do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da FCM-Unicamp.

Renata Cruz Soares Azevedo - médica psiquiatra, professora doutora do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da FCM-Unicamp.

Roosevelt Smeke Cassorla - médico psiquiatra, psicanalista didata da Sociedade Brasileira de Psicanálise, professor titular do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da FCM-Unicamp.

Sabrina Stefanello - médica psiquiatra, mestre e doutoranda pelo Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da FCM-Unicamp.

QUESTIONÁRIO DE ATITUDES EM RELAÇÃO AO COMPORTAMENTO SUICIDA
(VERSÃO EXTENDIDA)

Este questionário pesquisa atitudes em relação ao **comportamento suicida**.

Evite pensar demais para responder. Estamos interessados em sua resposta espontânea, a primeira idéia que lhe ocorrer.

Você não será pessoalmente identificado quando da análise e publicação dos dados. Alguma informação pedida é para criar um código que lhe representa.

Agradecemos sua participação.

Sexo: MASC FEM

Nascimento: MÊS: ANO:

Primeira letra da cidade onde nasceu:

.....

Primeira letra do nome de sua mãe:

.....

Sua profissão:

.....

Ao responder as questões, **assinale com um traço** a posição que mais se aproximar de sua opinião. Veja nos exemplos abaixo:

“Eu gosto de ouvir música sertaneja”

Discordo _____ / _____ Concordo
totalmente plenamente

A resposta acima indica concordância com a proposição, mas não uma concordância total.

A concordância total seria indicada por um traço ao final da linha, como abaixo:

Discordo _____ / _____ Concordo
totalmente plenamente

Se, em relação à afirmativa, você não tiver opinião formada ou for indiferente, assinale no centro da linha, como indicado:

Discordo _____ / _____ Concordo
totalmente plenamente

INICIO DO QUESTIONÁRIO

1. É difícil diferenciar se os pacientes apresentam-se simplesmente infelizes, ou se têm uma depressão que necessita de tratamento

Discordo _____ Concordo
totalmente plenamente

2. Ficar deprimido é a maneira como pessoas mais frágeis lidam com dificuldades da vida

Discordo _____ Concordo
totalmente plenamente

3. A depressão reflete uma característica do paciente que é difícil modificar

Discordo _____ Concordo
totalmente _____ plenamente

4. Ficar deprimido faz parte do processo de envelhecimento

Discordo _____ Concordo
totalmente _____ plenamente

5. Me sinto capaz de ajudar uma pessoa que tentou se matar

Discordo _____ Concordo
totalmente _____ plenamente

6. Quem fica ameaçando, geralmente não se mata

Discordo _____ Concordo
totalmente _____ plenamente

7. Apesar de tudo, penso que uma pessoa tem o direito de se matar

Discordo _____ Concordo
totalmente _____ plenamente

8. Diante de um suicídio penso: se alguém tivesse conversado, a pessoa teria encontrado outro caminho

Discordo _____ Concordo
totalmente _____ plenamente

9. No fundo, prefiro não me envolver muito com pacientes que tentaram o suicídio

Discordo _____ Concordo
totalmente _____ plenamente

10. A vida é um dom de Deus, e só Ele pode tirar

Discordo _____ Concordo
totalmente _____ plenamente

11. Me sinto capaz de perceber quando um paciente tem risco de se matar

Discordo _____ Concordo
totalmente _____ plenamente

12. Geralmente, quem se mata tem alguma doença mental

Discordo _____ Concordo
totalmente _____ plenamente

13. Tenho receio de perguntar sobre idéias de suicídio, e acabar induzindo o paciente a isso

Discordo _____ Concordo
totalmente _____ plenamente

14. Acho que tenho preparo profissional para lidar com pacientes com risco de suicídio

Discordo _____ Concordo
totalmente _____ plenamente

15. Acho que é preciso ser uma pessoa corajosa para se matar

Discordo _____ Concordo
totalmente _____ plenamente

16. Sinto-me inseguro(a) para cuidar de pacientes com risco de suicídio

Discordo _____ Concordo
totalmente _____ plenamente

17. Às vezes dá raiva, porque tanta gente querendo viver... e aquele paciente querendo morrer

Discordo _____ Concordo
totalmente _____ plenamente

18. Se eu sugerir um encaminhamento ao psiquiatra para um paciente que falou em se matar, penso que isso será bem aceito pelo psiquiatra

Discordo _____ Concordo
totalmente _____ plenamente

19. A gente se sente impotente diante de uma pessoa que quer se matar

Discordo _____ Concordo
totalmente _____ plenamente

20. Quem tem Deus no coração, não vai tentar se matar

Discordo _____ Concordo
totalmente _____ plenamente

21. No caso de pacientes que estejam sofrendo muito devido a uma doença física, acho mais aceitável a idéia de suicídio

Discordo _____ Concordo
totalmente _____ plenamente

22. Quando uma pessoa fala de por fim à vida, tento tirar aquilo da cabeça dela

Discordo _____ Concordo
totalmente _____ plenamente

23. Quem quer se matar mesmo, não fica “tentando” se matar

Discordo _____ Concordo
totalmente _____ plenamente

24. Um paciente internado dificilmente se mata sem que tenha um forte motivo pra isso

Discordo _____ Concordo
totalmente _____ plenamente

25. Eu já passei por situações que me fizeram pensar em suicídio

Discordo _____ Concordo
totalmente _____ plenamente

Você se considera uma pessoa religiosa? NÃO SIM

Qual é sua religião?

Com que frequência você vai à igreja?

- Uma vez por semana
- Uma vez por mês
- 2 a 3 vezes por ano
- Aproximadamente uma vez por ano
- Quase nunca

Em sua opinião, entre as pessoas que cometeram suicídio, quantas você estima que sofriram de doença mental?

RESPOSTA:%

Obrigado por sua colaboração!

QUESTIONÁRIO DE CONHECIMENTO E HABILIDADES EM PREVENÇÃO DO SUICÍDIO

Este questionário pesquisa habilidades e conhecimentos em relação ao **comportamento suicida**.

Algumas informações solicitadas logo abaixo permitirão criar um código. Desse modo, você não será identificado quando analisarmos os dados. Por favor, use LETRA DE FORMA.

Agradecemos sua participação.

Primeira letra da cidade onde nasceu:.....

Primeira letra do nome de sua mãe:

Sexo: MASC FEM

Nascimento: MÊS e ANO:

Sua profissão:

QUESTIONÁRIO DE CONHECIMENTO E HABILIDADES EM PREVENÇÃO DO SUICÍDIO

Os casos do questionário são ficcionais, qualquer semelhança de nome ou situação é coincidência.

O caso a seguir servirá como referência para alguns dos itens das oito próximas questões

CASO A: Mário, 37 anos, casado, sem filhos, advogado, refere que há cerca de dois meses “as coisas começaram a perder o colorido, ficar sem graça (...) fui ficando sem forças, desanimado, (...) é uma tristeza diferente, parece que estou assistindo a um filme distante, não amo mais ninguém”. Refere também que, há uma semana, “tenho sentido um nervoso cada vez maior, não durmo, sinto um aperto no peito e, o pior, tenho quase certeza que não vou ficar melhor. (...) tenho uma idéia constante que me invade, de terminar logo com este martírio; em um momento de piora da ansiedade, fui até a sacada do meu apartamento (8º andar) e me pareceu que pular poderia me trazer, finalmente, alívio”. Paciente refere que aos 28 anos de idade teve sensações semelhantes, mas de intensidade menor. Na época diagnosticou-se depressão, sendo medicado com clomipamina (Anafranil) 100 mg/dia, apresentou melhora dos sintomas após 10 dias de medicação e remissão completa após dois meses. Aproximando-se o final da consulta, Mário solicita ao médico que não comente com nenhum parente dele o que está passando, pois sente muita vergonha.

- 1- Qual das condutas a seguir **NÃO** deve fazer parte do manejo clínico:
 - a- Um antidepressivo deve ser introduzido pelo médico responsável.
 - b- Um psiquiatra deve, o mais brevemente possível, avaliar e tratar o paciente.
 - c- As solicitações do paciente em relação ao direito a sigilo médico devem ser respeitadas, mesmo que o médico e/ou a equipe de saúde sintam-se inseguros quanto ao risco de suicídio (não se deve quebrar o sigilo médico e entrar em contato com a esposa ou outra pessoa próxima a menos que o paciente autorize).
 - d- O profissional de saúde deve formular de maneira clara perguntas sobre ideação suicida, planos de suicídio, tentativas de suicídio, sem ficar inibido pelo temor de ‘plantar ou facilitar’ idéias suicidas em um paciente que já se encontra bastante fragilizado.
 - e- Psicoterapia de intervenção em crise deve ser iniciada o mais breve possível.

- 2- Entre os sintomas depressivos relatados pelo paciente encontram-se:
 - a- Ansiedade, anedonia, delírio de ruína, sentimento da falta de sentimento.
 - b- Alterações no humor, inapetência, insônia, ansiedade.
 - c- Sentimento da falta de sentimento, ideação suicida, anedonia, insônia.
 - d- Alterações no humor, ansiedade, plano suicida, insônia.
 - e- Inapetência, anedonia, desânimo, diminuição da libido.

3- Epidemiologicamente é um fator de proteção para suicídio presente neste paciente:

- a- Ser homem.
- b- Ter uma causa conhecida para a ideação suicida, o fato de estar deprimido.
- c- Ter 37 anos.
- d- Estar casado.
- e- Estar nervoso, pois isto mostra que ainda não foi 'dominado' completamente pelo desânimo e apatia.

4- É uma das combinações de sintomas mais preocupantes em termos de risco de suicídio:

- a- Desesperança e ansiedade.
- b- Desânimo e anedonia.
- c- Tristeza e ansiedade.
- d- Tristeza e desânimo.
- e- Diminuição da libido e desesperança.

5- Assinale a alternativa **INCORRETA**:

- a- Transtornos do humor é o grupo diagnóstico mais correlacionado com o suicídio.
- b- Uma das explicações para no Brasil e na maior parte do mundo homens se matarem mais do que mulheres é a maior incidência de depressão nos mesmos.
- c- Sintomas depressivos importantes estão presentes na maioria dos suicídios.
- d- Cerca de 2/3 dos indivíduos respondem satisfatoriamente ao PRIMEIRO antidepressivo prescrito.
- e- Mário deve ser mantido com antidepressivos por pelo menos dois anos.

6- Assinale a alternativa **INCORRETA**:

- a- Se houver uma clara explicação para os sintomas depressivos, como uma briga com a esposa, a necessidade de antidepressivos pode ser revista.
- b- Interpretações visando insight devem ser deixadas para quando o vínculo com o paciente estiver bem estabelecido.
- c- Pode se optar por se usar a clomipamina pelo fato do paciente já ter respondido a mesma no passado; como se trata de um antidepressivo fatal em super dosagem algum familiar deve ficar com a 'posse' dos comprimidos até o paciente estar melhor.
- d- O antidepressivo deve ser iniciado gradualmente, pois pode trazer um aumento da ansiedade nos primeiros dias de tratamento.
- e- Vitaminas para estresse e fitoterápicos NÃO devem ser tentados primeiramente antes da introdução do antidepressivo.

7- Assinale a alternativa **INCORRETA**:

- a- Se o 'pensamento' acerca de perder o paciente por suicídio for muito sofrido ao profissional de saúde, ele deve encaminhar o paciente a outro profissional.
- b- Deve ser investigado histórico de suicídio na família.
- c- Se houver claro histórico de Transtorno Afetivo Bipolar na família um estabilizador do humor deve ser acrescentado ao tratamento, mesmo sem antecedentes de episódios maníacos ou hipomaníacos no paciente.
- d- Num primeiro momento, apoio, reassseguramento e medidas 'ativas' por parte do profissional de saúde provavelmente far-se-ão necessários.
- e- Se o profissional de saúde que estiver cuidando do paciente em algum momento do tratamento sentir raiva do paciente, deve encaminhá-lo a outro profissional.

8- Assinale a alternativa **INCORRETA** em relação às etapas do tratamento da depressão.

- a) Em geral há demora de cerca de duas semanas para início de ação dos antidepressivos.
- b) São necessárias aproximadamente oito semanas para retorno ao humor de antes da depressão.
- c) É fundamental, após a remissão dos sintomas, a continuidade do tratamento na fase de manutenção.
- d) O tratamento farmacológico completo tem duração mínima de quatro meses.
- e) Quando há recorrência da depressão, quando a intensidade é grave, ou em caso de idade avançada, o tratamento mínimo vai de dois anos até o resto da vida em alguns casos.

CASO B: João, 42 anos, trabalhador rural, amasiado, seis filhos, foi internado na enfermaria de gastro-clínica do HC-UNICAMP devido a sangramento de varizes esofagianas, secundárias a hipertensão portal devido à cirrose hepática. João refere beber aproximadamente 1 litro de pinga/dia desde os 16 anos. Na enfermaria iniciou importantes sintomas de abstinência: tremores, aumento de pressão arterial, hipotenacidade e oscilação do nível de consciência. Foi intensificada a hidratação e iniciado diazepam 10mg EV a cada 4 horas, com controle da sintomatologia. Sobre o hábito de beber João diz: "paro de beber a hora que quiser, nunca tive problemas, nunca faltei um dia de trabalho". No terceiro contato com o psiquiatra que o assistia, referiu ter feito uma tentativa de suicídio com carbamato há dois anos, durante uma intoxicação alcoólica. Ficou quatro dias internado em um hospital geral, recebendo alta sem encaminhamento para tratamento para o alcoolismo. João relata sentir uma sensação de vazio, um 'mau humor' e raiva constantes. Durante intoxicações com o álcool já agrediu esposa e filhos e já se envolveu em brigas de bar. Seu pai era dependente de álcool, agredia sua mãe e "morreu de modo esquisito, o pessoal, na época, disse que ele se matou, não sei".

9-Assinale a alternativa **CORRETA**:

- a- A interpretação de que João repete o comportamento do pai deve ser um dos primeiros atos do terapeuta.
- b- Propor uma estratégia para João iniciar a interrupção da ingestão de bebidas alcoólicas deve ser um dos primeiros atos que a equipe de saúde deve fazer.
- c- João pode estar fazendo uso do álcool para aliviar sensação de vazio, o 'mau humor' e a raiva.
- d- João encontra-se no estágio de prontidão para a mudança, chamado determinação.
- e- João é dependente de álcool, portanto necessita de internação para "desintoxicação".

10-Assinale a alternativa **INCORRETA**:

- a- O diagnóstico de dependência se baseia no conceito de tolerância a uma substância e sintomas de abstinência quando da falta da mesma.
- b- Tratar os sintomas da síndrome de abstinência num curto e médio prazo é vital para o sucesso do tratamento.
- c- Início ou agravamento de um problema de saúde pode facilitar com que o indivíduo motive-se para tratamento ou abstinência.
- d- Manter o paciente na vida cotidiana (tratamento ambulatorial) facilita a identificação e o enfrentamento das situações que favorecem o consumo de álcool.
- e- Aproximadamente 12,3% da população brasileira é dependente de álcool.

11-Assinale a alternativa **INCORRETA**:

- a- O uso do álcool aumenta a impulsividade e diminui a crítica dos indivíduos, sendo um facilitador para a ocorrência de tentativas de suicídio.
- b- Aproximadamente 50% dos indivíduos que morrem por suicídio estavam intoxicados no momento da morte.
- c- 6% dos dependentes de álcool morrerão por suicídio.
- d- Alguns autores, como Carl Meninger, vêem o alcoolismo como um suicídio crônico.
- e- Transtornos mentais decorrentes do uso de substâncias psicoativas é o sexto grupo de transtornos mentais mais correlacionados com o suicídio.

12-Assinale a alternativa **INCORRETA**

- a- Fluoxetina, assim como outros ISRS, diminui impulsividade e comportamento suicida no médio e longo prazo em indivíduos com transtorno de personalidade e não deprimidos.
- b- No longo prazo, o uso indevido do álcool pode intensificar sensação de vazio, o 'mau humor' e a raiva de João.
- c- Entre as ações das substâncias psicoativas que favorecem o suicídio encontramos liberação de atos impulsivos e agressivos e ação depressora pré-frontal.
- d- A região Sul do Brasil possui os mais baixos índices de suicídio do país, pois é uma das regiões que melhor trata o uso nocivo do álcool.
- e- A maioria das pessoas que cometem suicídio dá avisos com antecedência.

Usando uma das alternativas nomeie qual o estágio de prontidão para mudança que o paciente a seguir se encontra, e qual a atitude mais adequada que o profissional da saúde deve tomar:

Paciente: *“Talvez fosse melhor para a minha saúde se eu bebesse menos, embora não ache que beba demais”*

13) Qual o estágio de prontidão para mudança?

- a) Pré –Contemplação
- b) Contemplação
- c) Determinação
- d) Manutenção
- e) Recaída

14) Qual a atitude mais adequada do profissional da saúde:

- a) Esclarecer que a recaída faz parte do processo de cura, e que em geral o paciente volta a percorrer as etapas de melhora de maneira mais rápida e menos sofrida.
- b) Fornecer opções de estratégia para o paciente parar de beber e ajudar na execução.
- c) Com diplomacia, ajudar o paciente a perceber as relações entre o uso do álcool e problemas familiares, no trabalho, ou de saúde.
- d) Ajudar o paciente a perceber a realidade, pode-se usar a técnica da balança. Coloca-se de um lado da balança as vantagens de não usar e as desvantagens de usar álcool, e de outro lado as vantagens de usar e as desvantagens de não usar.
- e) Enfatizar os ganhos com a mudança e utilizar estratégias de prevenção de recaída

CASO C: Márcio é um gestor de saúde de uma importante cidade do Sul do Brasil. Quer integrar a prevenção de suicídio de sua cidade com as prevenções em níveis nacional e global.

15) Assinale a alternativa **CORRETA**:

- a- O Brasil pertence ao grupo de países com altas taxas de suicídio em termos proporcionais a sua população.
- b- Tem aumentado a proporção de suicídio de adultos jovens no total de suicídios e uma respectiva diminuição na proporção de suicídios de indivíduos acima de 45 anos.
- c- O Brasil pertence ao grupo de países com taxas médias de suicídio em termos proporcionais a sua população.
- d- Na América Latina, Cuba e Uruguai são exemplos de países com baixas taxas de suicídio.
- e- No Brasil, a proporção de suicídios homens/mulheres difere do encontrado no conjunto dos países.

16- Assinale a alternativa **INCORRETA**:

Fazem parte das medidas de prevenção do suicídio recomendadas pela Organização Mundial da Saúde:

- a- Reduzir acesso aos meios, aumentar conhecimentos sobre transtornos mentais, auxiliar a mídia como noticiar suicídios.
- b- Capacitação de equipes de saúde, melhorar os procedimentos diagnósticos de doenças mentais e mudança de legislação e execução penal devido ao alto número de suicídio em presidiários.
- c- Aumentar a atenção entre os profissionais de saúde para seus próprios tabus em relação ao suicídio, incentivar a pesquisa em suicidologia.
- d- Incentivar a pesquisa em suicidologia, reduzir acesso aos meios, melhorar o tratamento dos transtornos mentais.
- e- Auxiliar a mídia como noticiar suicídios, reduzir acesso aos meios, capacitação de equipes de saúde.

17- Assinale a alternativa **INCORRETA**:

- a- Apesar do suicídio ser multi-causal, um transtorno mental diagnosticável é encontrável em mais de 90% dos casos.
- b- Ao longo da vida, entre 10 e 25% das mulheres e 5 a 12% dos homens vão sofrer um episódio depressivo.
- c- A maior parte dos suicídios de indivíduos que padecem de esquizofrenia se dá quando os mesmos escutam 'vozes de comando' que os manda se matar.
- d- O Brasil já lançou as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio.
- e- As Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio estão em sintonia com as medidas de prevenção do suicídio recomendadas pela Organização Mundial da Saúde

CASO D: Carolina, 23 anos, estudante de jornalismo, mora com a mãe, pai falecido. Após uma briga motivada por ciúme, dentro de uma danceteria, seu namorado termina o relacionamento ali mesmo. Carolina vai para casa, sua mãe estava viajando com o companheiro dela. Sentiu muita angústia, “meu peito doía, parecia que ia ser despedaçada por algo, fui até o quarto da minha mãe buscar o diazepam dela, tomei 2, 3, 5 de uma vez, meio querendo dormir, meio querendo morrer, chorei por uns 10 minutos e liguei para o Alexandre (namorado) arrependida pedindo para ele me socorrer”. Carolina foi levada para um pronto-atendimento, sendo liberada após 2 horas.

18- Assinale a alternativa **CORRETA**:

O terapeuta, para ajudar mais apropriadamente Carolina, deve ter como entendimento que:

- a- Carolina quis morrer.
- b- Carolina sofre de transtorno de personalidade histriônica e/ou tem uma estrutura psicodinâmica histérica.
- c- Carolina tentou o suicídio para ‘manipular’ seu namorado, conseguiu-lo de volta.
- d- Na quase totalidade das tentativas de suicídio estão presentes, pelo menos, três componentes em proporções que diferem de uma tentativa para outra: desejo de morrer, um pedido de socorro, uma tentativa de mudar o ambiente ou as coisas com a tentativa de suicídio.
- e- Em uma avaliação do risco de suicídio a ansiedade SUBJETIVA E PESSOAL do profissional de saúde em relação ao suicídio do paciente NÃO é um fator tão importante na avaliação do risco de suicídio quanto os fatores OBJETIVOS (epidemiológicos) que o profissional puder mapear, pois os fatores subjetivos variam muito de profissional para profissional, exatamente por serem subjetivos.

19- **Não** faz parte das distorções cognitivas encontradas em indivíduos em alto risco de suicídio:

- a- Pensamento tipo tudo ou nada.
- b- Estreitamento do repertório do pensamento.
- c- Simbolização excessiva.
- d- Pensamento obsessivo.
- e- Pensamento auto-pejorativo.

20- Fármaco raramente letal em super dosagem:

- a- Antidepressivo tricíclico.
- b- Lítio.
- c- Carbamazepina.
- d- Fluoxetina.
- e- Morfina.

21- **Não** tem importância central na avaliação da intencionalidade suicida de uma tentativa de suicídio:

- a- Comunicou alguém que iria se matar a tempo do indivíduo poder intervir.
- b- Tomou providências finais (por exemplo: fechou conta bancária, fez testamento).
- c- Estava com raiva de alguém.
- d- Tomou precauções para não ser socorrido.
- e- Usou método violento de tentativa de suicídio.



CEP: 10/07/07
(Grupo III)

PARECER PROJETO: Nº 059/2007 (Este nº deve ser citado nas correspondências referente a este projeto)
CAAE: 0054.0.146.000-07

I-IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: "PREVENÇÃO DO SUICÍDIO: ESTRATÉGIA DE PREVENÇÃO DO SUICÍDIO NO MUNICÍPIO DE CAMPINAS-SP"

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Carlos Filinto da Silva Cais

INSTITUIÇÃO: HC/UNICAMP

APRESENTAÇÃO AO CEP: 06/02/2007

APRESENTAR RELATÓRIO EM: 27/03/08 (O formulário encontra-se no site acima)

II - OBJETIVOS

Capacitação de equipes de saúde da rede pública da cidade de Campinas, a motivação e facilitação do tratamento e sua continuidade, para indivíduos que tentaram o suicídio, assim como a mensuração do impacto dessas ações em: - reduzir o número de suicídios na cidade de Campinas; - reduzir o número de tentativas de suicídios na cidade de Campinas; - registro e aperfeiçoamento do fluxo de pacientes que tentaram o suicídio; - aumento do conhecimento das equipes de saúde a respeito do comportamento suicida; - aperfeiçoamento da atitude das equipes de saúde no manejo de pacientes que tentaram ou em risco de suicídio; - aumentar a adesão ao tratamento dos pacientes que tentaram o suicídio

III - SUMÁRIO

Serão capacitados cerca de 500 indivíduos: médicos generalistas, equipes de saúde mental da rede básica, através dos módulos teórico-clínico (grupos de 100 indivíduos, 10 aulas de 1 hora) e prático-clínico (grupos de 50 indivíduos, 5 sessões de 90 minutos, por 5 meses). Serão aplicados questionários para mensuração de atitude e conhecimento da equipe de saúde, para coleta de dados sobre tentativa de suicídio e seguimento dos pacientes.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

O estudo está estruturado e justificado, O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido está adequado, após resposta do parecer.

V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, resolve aprovar sem



restrições o Protocolo de Pesquisa, bem como ter aprovado o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa supracitada.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.1) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.2), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso do projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também a mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

VII - DATA DA REUNIÃO

— — — Homologado na II Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 27 de fevereiro de 2007.


Prof. Dra. Carmen Sílvia Bertuzzo
PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(CURSO DE PREVENÇÃO DO SUICÍDIO E AVALIAÇÃO DE ATITUDES E CONHECIMENTO)

1. INFORMAÇÃO

Neste curso será feito um treinamento em prevenção do suicídio visando habilitar profissionais de saúde mental a difundir um modelo de capacitação em prevenção do suicídio. Isso poderá ser um recurso precioso na atenção dispensada aos pacientes que se encontram sob risco de suicídio.

Além do treinamento serão aplicados dois questionários: sobre atitudes e sobre conhecimentos, ambos em relação ao comportamento suicida. Estes questionários serão respondidos anonimamente em três momentos: no início do curso, ao final do curso e 9 meses após o curso.

Essa avaliação é importante para verificarmos como atitudes e conhecimento em relação ao suicídio variam antes e depois de um curso de capacitação.

2. CERTIFICADO DE CONSENTIMENTO

Eu li a informação acima. Estou consciente de que antes de aceitar participar do estudo posso fazer perguntas complementares sobre a pesquisa. As informações por mim prestadas serão codificadas mantendo-se o anonimato. Eu concordo em ser participante voluntário do estudo, sem receber por isso qualquer recompensa financeira. Estou ciente de que tenho direito de recusar responder questões que me forem delicadas, e que em nenhum momento isto afetará meu direito de participar do curso de capacitação.

Nome: _____ Data: ____/____/____

Assinatura

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP
Prédio da Diretoria da FCM UNICAMP, 2º andar
Caixa Postal 6111, Campus Universitário, Barão Geraldo
Campinas SP, CEP 13081-970, Telefone (19) 3788 8936

Pesquisador responsável: Carlos Filinto da Silva Cais- Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria
/FCM/UNICAMP-35217038 ou 96146191 mail-carlosc@fcm.unicamp.br

MATERIAL ENTREGUE IMPRESSO

(manual de prevenção do suicídio da Organização Mundial da Saúde (WHO-2000)).

MATERIAL ENTREGUE EM CD-ROM

1) Manual de prevenção do suicídio dirigido aos profissionais das equipes de saúde mental -Ministério da Saúde/OPAS/UNICAMP-2006

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf

2) Slides usados na capacitação.

Ambos serão apresentados a seguir, pois o autor desta tese participou da elaboração deste manual e de uma boa parte dos slides usados nesta capacitação

Prevenção do Suicídio

Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental

Ministério da Saúde – Brasil

Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio



Organização Pan-Americana da Saúde



Universidade Estadual de Campinas



Ministério da Saúde

Secretaria de Atenção à Saúde

Departamento de Ações Programáticas Estratégicas

Área Técnica de Saúde Mental www.saude.gov.br

Esta publicação faz parte das ações da Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio

Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) Faculdade de Ciências Médicas

Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria

Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) Organização: Carlos Felipe D'Oliveira e Neury José

Botega

Equipe técnica responsável pela elaboração do texto: Carlos Filinto da

Silva Cais e Sabrina Stefanello

Revisão técnica: Carlos Felipe D'Oliveira e Beatriz Montenegro Franco de Souza

Nosso agradecimento ao Dr. José Manoel Bertolote, coordenador da equipe de Gestão dos Transtornos Mentais e Cerebrais do Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias da OMS, por sua colaboração neste trabalho.

Sumário

Comportamento suicida: a dimensão do problema	7
A importância das equipes dos centros de atenção psicossocial na prevenção do suicídio	13
Alguns fatores de risco para o suicídio	15
Suicídio e transtornos mentais	19
Esquizofrenia	21
Depressão	33
Dependência de álcool ou uso nocivo	43
Transtornos de personalidade	47
Aspectos psicológicos no suicídio	51
Como ajudar a pessoa sob risco de suicídio?	55
Como abordar o paciente	57
Pessoas sob risco de suicídio	61
Como lidar com o paciente	63
Encaminhando o paciente com risco de suicídio	69
Referências	73

Apresentação



No ano em que a Organização Mundial da Saúde escolhe como tema do Dia Mundial da Saúde Mental – 10 de outubro – a Prevenção do Suicídio, o Ministério da Saúde, após ter lançado, em agosto deste ano, as *Diretrizes nacionais de prevenção do suicídio*, lança este manual para profissionais das equipes de saúde mental dos serviços de saúde, com especial ênfase às equipes dos Centros de Atenção Psicossociais (Caps). Esta iniciativa é parte da Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio, que visa a reduzir as taxas de suicídios e tentativas e os danos associados com os comportamentos suicidas, assim como o impacto traumático do suicídio na família, entre amigos e companheiros (as), nos locais de trabalho, nas escolas e em outras instituições.

Como um sério problema de saúde pública, a prevenção do comportamento suicida não é uma tarefa fácil. Uma estratégia nacional de prevenção, como a que se organiza no Brasil a partir de 2006, envolve uma série de atividades, em diferentes níveis, e uma delas é a qualificação permanente das equipes de saúde, uma das diretrizes desta proposta. Uma vez que várias doenças mentais se associam ao suicídio, a detecção precoce e o tratamento apropriado dessas condições são importantes na sua prevenção.

Nesse sentido, este manual é um recurso a mais, dentre vários que estão sendo preparados, resultante de uma cooperação entre o Ministério da Saúde, a Organização Pan-Americana da Saúde e o Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. Sua principal finalidade é a transmissão de informações básicas que possam orientar a detecção precoce de certas condições mentais associadas ao comportamento suicida, bem como o manejo inicial de pessoas que se encontrem sob risco suicida e medidas de prevenção.

José Gomes Temporão
Secretaria de Atenção à Saúde

Outubro de 2006

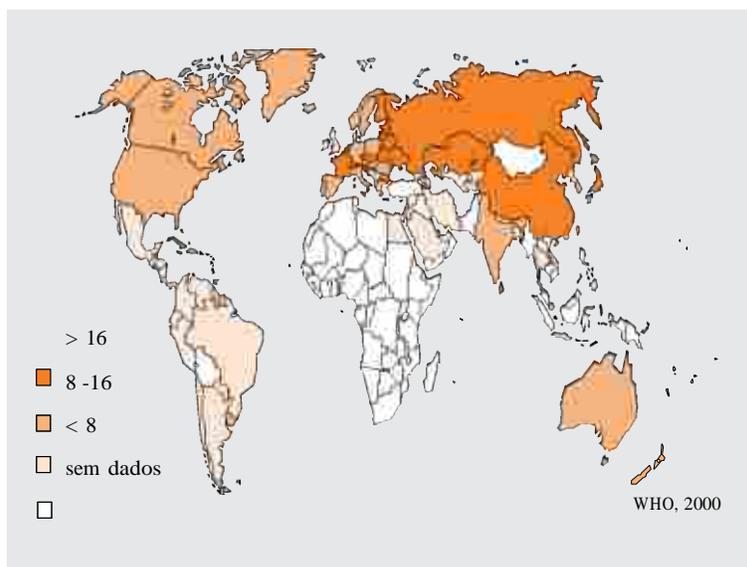
Comportamento suicida: a dimensão do problema



O comportamento suicida vem ganhando impulso em termos numéricos e, principalmente, de impacto, como podemos ver pelos dados da Organização Mundial da Saúde (OMS):

- O número de mortes por suicídio, em termos globais, para o ano de 2003 girou em torno de 900 mil pessoas.
- Na faixa etária entre 15 e 35 anos, o suicídio está entre as três maiores causas de morte.
- Nos últimos 45 anos, a mortalidade global por suicídio vem migrando em participação percentual do grupo dos mais idosos para o de indivíduos mais jovens (15 a 45 anos).
- Em indivíduos entre 15 e 44 anos, o suicídio é a sexta causa de incapacitação.
- Para cada suicídio há, em média, 5 ou 6 pessoas próximas ao falecido que sofrem conseqüências emocionais, sociais e econômicas.
- 1,4% do ônus global ocasionado por doenças no ano 2002 foi devido a tentativas de suicídio, e estima-se que chegará a 2,4% em 2020.

A figura abaixo mostra diversos países e as faixas de mortalidade de suicídio em que se encontram.



Fonte: WERLANG, B.G.; BOFEGA, N. J. *Comportamento suicida*. Porto Alegre: Artmed Editora, 2004

- O Brasil encontra-se no grupo de países com taxas baixas de suicídio.
- Essas taxas variaram de 3,9 a 4,5 para cada 100 mil habitantes a cada ano, entre os anos de 1994 e 2004 (Fonte: MS/SVS, 2006).
- No entanto, como se trata de um país populoso, está entre os dez países com maiores números absolutos de suicídio (7.977 em 2004).

A evolução das taxas de suicídio no Brasil tem variado conforme o sexo, como podemos observar a seguir:

Tabela 1 – Taxa de mortalidade por suicídio, por sexo, entre 1994-2004

Ano	Masculina	Feminina	Total
1994	6.1	1.7	3.9
1995	6.7	1.8	4.2
1996	6.9	1.8	4.3
1997	7.0	1.8	4.3
1998	6.9	1.8	4.3
1999	6.6	1.5	4.0
2000	6.5	1.6	4.0
2001	7.3	1.8	4.5
2002	7.0	1.9	4.4
2003	7.2	1.8	4.4
2004	7.1	1.9	4.5

Fonte: Ministério da Saúde/SVS, 2006

Embora o Brasil apresente uma taxa geral considerada baixa pela OMS, os dados identificados na série de 1994 a 2004 apontam que alguns estados brasileiros já apresentam taxas comparáveis aos países apontados como de frequência de média a elevada. Além disso, seguem a mesma tendência de ascensão e apresentam um coeficiente agregado para os sexos masculino e feminino de 3,7:1 (dados de 2004), semelhante à média para inúmeros países. Embora a mortalidade no sexo masculino seja mais elevada, o aumento proporcional das taxas, no período, foi de 16,4% para os homens e de 24,7% nas mulheres.

Na tabela seguinte observamos as taxas de suicídio, por faixas etárias, para os estados brasileiros no ano de 2004. Os dados evidenciam que para determinadas faixas etárias e regiões do país as taxas de suicídio já podem ser consideradas moderadas e elevadas segundo os critérios da OMS.

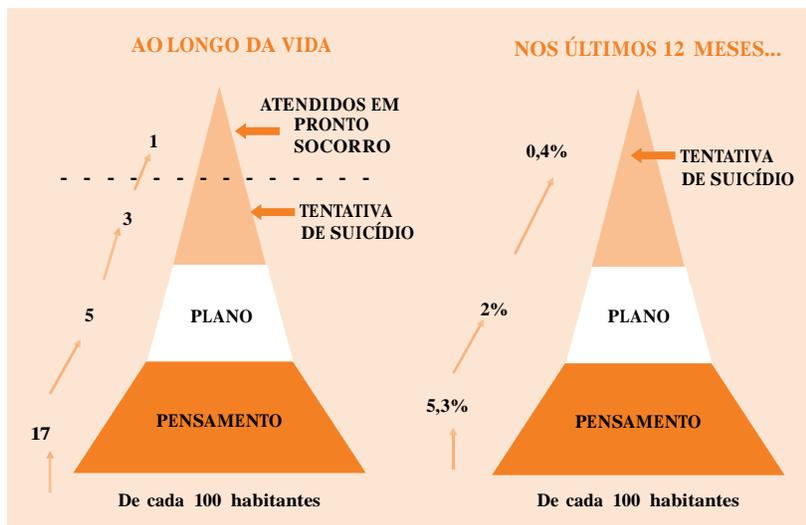
Tabela 2 – Taxas de suicídio, por faixa etária, para estados brasileiros no ano de 2004

	10 a 14	15 - 19	20 - 29	30 - 39	40 - 49	50 - 59	60 - 69	70- 79	80 e+	Total
BrASiL	0,56	3,38	6,14	6,41	7,18	7,55	7,00	8,14	7,84	4,46
Norte	0,76	3,91	6,13	4,07	4,42	5,30	4,44	7,69	4,31	3,17
Rondônia	0,5	3,56	7,29	3,62	6,17	9,70	12,32	1 ,72	0,00	4,19
Acre	0,00	4,07	13,47	5,2	0,00	0,00	16,07	9,60	0,00	4,23
Amazonas	2,14	3,53	6,39	4,30	4,25	2,77	3,40	11,22	0,00	3,16
Roraima	0,00	11,73	16,37	13,69	9,01	5, 4	0,00	0,00	0,00	7,34
Pará	0,49	3,02	3,62	2,44	3, 6	3,03	0,45	4,54	6,12	2,03
Amapá	0,00	12,02	12,32	9,62	6,75	12,73	22,44	16,66	0,00	6, 7
Tocantins	0,00	4,11	7,97	6,54	5,1	16,22	,29	4,10	9,72	4,71
Nordeste	0,41	2,75	4,64	5,53	6,01	5,60	5,14	5,10	5,46	3,30
Maranhão	0,52	1,61	2,90	2,57	2,15	4,62	2,90	1,61	0,00	1,67
Piauí	0,55	7, 1	,15	7,1	9,57	9,22	5,93	5,21	12,02	5,39
Ceará	0,44	5,29	9,15	10,62	9,74	7,96	,76	9,59	3,02	5, 0
R. G. do Norte	0,30	2,46	4,55	6,11	9,62	7,99	5,33	4,55	6,9	3,93
Paraíba	0,50	0,25	2,99	5,25	3, 5	4,33	2,76	6,74	13,53	2,57
Pernambuco	0,45	3,2	4,35	5,13	7,13	5,15	5, 1	6,03	,75	3,54
Alagoas	0,5	2,62	5,20	5,1	4,41	6,55	5,96	4,73	6,37	3,19
Sergipe	1,3	1, 3	5,50	10,10	7,25	5,94	4,03	7,04	4,57	4,20
Bahia	0,13	1,34	2,55	2,90	3,92	3,69	3, 5	2,06	2,32	1,90
Sudeste	0,35	2,49	5,35	5,49	5,81	6,63	5,40	6,58	5,12	3,89
Minas Gerais	0,59	3,32	7,37	7, 1	7,21	,11	5,49	5, 0	2,3	4, 2
Espírito Santo	0,59	3,40	5,04	7,04	,06	,72	6,5	9, 4	3,12	4,5
Rio de Janeiro	0,24	1,53	2, 7	3,31	3,74	4,32	4,47	5,46	4,62	2,56
São Paulo	0,25	2,33	5,34	5,12	5, 3	6,7	5,69	7,24	6,95	3, 9
Sul	0,84	5,56	9,94	10,78	12,96	13,51	13,42	16,84	21,46	8,16
Paraná	0,92	5,43	10,50	10,09	10,0	9,05	,47	11,01	10,16	6,75
Santa Catarina	0,00	3,52	,57	10,33	14,24	11,77	16,22	12,11	1 ,29	7,42
R. G. do Sul	1,26	6, 5	10,14	11,70	14,74	17,93	16,17	23,02	30,20	9,
Centro-Oeste	1,58	6,31	9,00	7,88	9,39	8,50	12,62	12,92	12,61	6,25
M. Grosso do Sul	6,10	10, 3	14,11	9,75	10,49	9, 0	15,42	12,36	15,36	,73
Mato Grosso	0,34	5,46	,9	7,07	9,35	11,33	11,4	12,03	26,09	5, 9
Goiás	0,74	5, 7	,32	,4	9, 4	,61	11,26	14,59	9, 3	6,16
Distrito Federal	0,4	4,0	6,31	5,70	7,27	3,51	14,62	9,24	0,00	4,43

Fonte: Ministério da Saúde/SVS, 2006

Os registros oficiais sobre tentativas de suicídio são mais escassos e menos confiáveis do que os de suicídio. Estima-se que o número de tentativas de suicídio supere o número de suicídios em pelo menos dez vezes.

Os dados apresentados na figura a seguir referem-se a uma pesquisa multinacional da Organização Mundial da Saúde e foram colhidos na área urbana de Campinas-SP.



Fonte: BOTEGA, N. J.; BARROS, M. A. B.; OLIVEIRA, H. B.; DALGALARRONDO, P.; MARIN-LEÓN, L. Comportamento suicida na comunidade: fatores associados à ideação suicida. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(1), p. 2-5, 2005

A importância das equipes dos centros de atenção psicossocial na prevenção do suicídio



Os estudos têm demonstrado que indivíduos que padecem de esquizofrenia, transtorno esquizoafetivo ou transtorno afetivo bipolar possuem maior risco para suicídio. As equipes dos Caps são responsáveis pelo cuidado de pessoas que, em grande proporção, padecem de alguns desses transtornos. Essas equipes lidam constantemente com indivíduos em situação de crise, quando o risco de suicídio se encontra agudizado. Também por estarem em contato próximo e duradouro com os pacientes, seus familiares e sua comunidade, estão em posição privilegiada para avaliação da “rede de proteção social” dos pacientes em risco de suicídio e a criação de estratégias de reforço dessa rede.

Alguns fatores de risco para o suicídio



- transtornos mentais;
- sociodemográficos;
- psicológicos;
- condições clínicas incapacitantes.

Transtornos mentais

(em participação decrescente nos casos de suicídio)

- transtornos do humor (ex.: depressão);
- transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas (ex.: alcoolismo);
- transtornos de personalidade (principalmente *borderline*, narcisista e anti-social);
- esquizofrenia;
- transtornos de ansiedade;
- comorbidade potencializa riscos (ex.: alcoolismo + depressão).

Sociodemográficos

- sexo masculino;
- faixas etárias entre 15 e 35 anos e acima de 75 anos;
- estratos econômicos extremos;
- residentes em áreas urbanas;
- desempregados (principalmente perda recente do emprego);
- aposentados;
- isolamento social;
- solteiros ou separados;
- migrantes.

Psicológicos

- 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;

Condições clínicas incapacitantes

- doenças orgânicas incapacitantes;
- dor crônica;
- lesões desfigurantes perenes;
- epilepsia;
- trauma medular;
- neoplasias malignas;
- Aids.

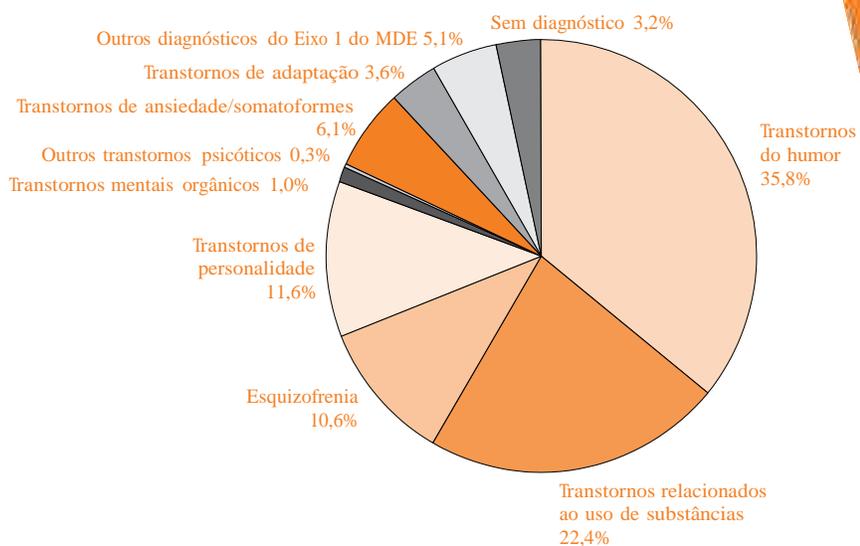
Atenção! Os principais fatores de risco

- história de tentativa de suicídio;
- transtorno mental.

Suicídio e transtornos mentais



Estudos em diferentes regiões do mundo têm demonstrado que, na quase totalidade dos suicídios, os indivíduos estavam padecendo de um transtorno mental. A figura abaixo resulta da compilação de 15.629 casos de suicídio realizada pela OMS.



Fonte: BERTOLOTE, J. M.; FLEISCHMANN, A. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. *World Psychiatry* 1(3), p. 1-15, 2002

Neste livreto enfocaremos os principais transtornos mentais (a seguir) associados ao risco de suicídio, pois com seu diagnóstico e tratamento adequados atuamos na prevenção do comportamento suicida.

Esquizofrenia



A prevalência da esquizofrenia situa-se ao redor de 1% da população em termos tanto globais quanto brasileiros.

Aproximadamente 10% dos indivíduos que possuem esquizofrenia falecem por suicídio.

A maneira mais eficiente de se reduzir o risco de suicídio nessas pessoas (assim como em outros transtornos mentais) é o tratamento correto do transtorno de base. Por isso, a seguir, apresentaremos informações que facilitam o manejo clínico.

Diagnóstico

- delírios;
- alucinações;
- discurso desorganizado;
- comportamento desorganizado;
- sintomas negativos (embotamento afetivo, diminuição da vontade, alogia, hipoedonia);
- perda de capacidade laboral/acadêmica/social.

Definições

Delírios: uma falsa crença baseada em uma inferência incorreta acerca da realidade externa, firmemente mantida, apesar do que todas as outras pessoas acreditam e apesar de provas ou evidências incontestes em contrário. Esta crença não é compreensível por uma diferença de concepção religiosa ou cultural.

Alucinações: uma percepção sensorial que apresenta a sensação de realidade de uma verdadeira percepção, mas que ocorre sem estimulação externa do órgão sensorial em questão.

Esquizofrenia refratária: paciente com diagnóstico de esquizofrenia que fez uso em dose e por tempo corretos de pelo menos três diferentes antipsicóticos, sendo pelo menos um deles um atípico, sem resposta clínica significativa.

Dicas gerais de manejo

- A) Tratamento multidisciplinar – o tratamento farmacológico é fundamental na esquizofrenia, mas de maneira nenhuma dispensa outros tratamentos concomitantes, como a terapia ocupacional ou a psicoterapia.
- B) Momentos de maior risco de suicídio para o paciente que padece de esquizofrenia:
 1. No período intercrise, quando percebe e não elabora toda a limitação e o prejuízo que a doença acarretou à sua vida.
 2. Durante a crise, quando, por exemplo, segue vozes de comando que mandam se matar.
 3. No período logo após a alta de uma internação psiquiátrica.

- C) Apesar do maior acesso a recursos terapêuticos, o prognóstico dos indivíduos que padecem de esquizofrenia não é melhor nos países desenvolvidos. A maioria dos autores atribui tal fato à maior exigência social que recai sobre os indivíduos residentes nesses países. Concluímos, então, que exigências excessivas sobre os pacientes com esquizofrenia não são desejáveis. Sabemos também que pacientes cronicamente pouco estimulados (como os institucionalizados) apresentam maiores perdas cognitivo-emocionais ao longo do tempo.
- D) Quando um paciente não responde satisfatoriamente a um antipsicótico, o primeiro questionamento que devemos fazer é se o paciente está realmente tomando a medicação regularmente.
- E) O histórico de reações e respostas aos antipsicóticos no passado é uma importante fonte para a escolha do fármaco atual.
- F) Medicamentos de depósito podem ser usados quando a questão da adesão é um fator muito limitante ao tratamento, desde que o paciente já tenha usado tal fármaco e reações adversas importantes não tenham aparecido. É contra-indicado portanto o uso de medicamentos de depósito em situações de emergência.
- G) Estudos em esquizofrenia refratária têm mostrado ganhos significativos de qualidade de vida quando clozapina é introduzida para tais pacientes.
- H) A introdução dos antipsicóticos atípicos trouxe, basicamente, ganhos no tratamento dos sintomas negativos da esquizofrenia e um perfil de efeitos colaterais mais tolerável para a ampla maioria dos pacientes. Também houve um significativo incremento do custo do tratamento farmacológico da esquizofrenia.

O clínico, na escolha de um antipsicótico, deve levar em conta ao menos quatro aspectos centrais:

1. Eficácia do fármaco nos sintomas positivos da esquizofrenia.
2. Eficácia do fármaco nos sintomas negativos da esquizofrenia.
3. Fármaco com perfil de efeitos colaterais mais adequado ao indivíduo em questão.
4. Custo do antipsicótico.

Alguns clínicos, equivocadamente, podem pensar que o custo monetário do tratamento recomendado pouco lhes diz respeito, devendo ficar a cargo do Estado no serviço público e do próprio paciente na clínica privada, esquecendo-se que ele, clínico, tem informações exclusivas e às vezes fundamentais para o balanço entre custo e benefício do tratamento. Duas situações extremas devem ser evitadas:

- manter o paciente com antipsicótico cujo perfil de efeitos colaterais lhe restringe a qualidade de vida apenas porque este é mais barato;
- introduzir um antipsicótico com preço muito superior aos mais antigos, com um ganho bem discreto ou até discutível para o paciente, sendo às vezes o mesmo volume de recursos suficiente para o sustento completo, em termos de moradia, alimentação, educação, saúde física para vários pacientes que padecem do mesmo transtorno.

Na tabela a seguir apresenta-se a evolução dos gastos em alguns setores da saúde mental, incluindo-se os valores despendidos com a farmácia de alto custo, no período de 1997-2001.

Evolução dos gastos em saúde mental em milhões de reais

	1997	1998	1999	2000	2001
Hospitais psiquiátricos	365,6	407,2	445,6	449,1	463,4
Leitos psiquiátricos no Hospital Geral	14	14,	16,3	14,2	15,9
Caps	13,7	1 ,1	20,7	30,1	33,4
Farmácia de alto custo	*	*	3,6	19,2	22,9

Fonte: Ministério da Saúde

Diferenças principais entre antipsicóticos atípicos e típicos ou clássicos

Os antipsicóticos atípicos diferenciam-se dos típicos ou clássicos por possuírem um perfil diferente e mais tolerável de efeitos colaterais e pela melhor eficácia nos sintomas negativos da esquizofrenia. No nível bioquímico, os antipsicóticos clássicos funcionam, basicamente, bloqueando receptores de dopamina tipo 2. Já os atípicos bloqueiam, simultaneamente, outros tipos de receptores dopamínicos além do D2 e, de maneira geral, agem também em outros receptores, como os serotoninérgicos.

Antipsicóticos típicos

Haloperidol

Em relação ao uso concomitante de anticolinérgicos, como o biperideno, desde o início do tratamento com haloperidol, há dois pontos principais antagônicos:

- a) A adesão ao tratamento será facilitada, pois diminuem-se os sintomas parkinsonianos causados pelo haloperidol.
- b) Somam-se ao conjunto de efeitos colaterais os efeitos anticolinérgicos.

A maioria dos autores aprova o uso de anticolinérgicos desde o início do tratamento, por considerar que a melhor adesão e a diminuição dos sintomas parkinsonianos suplantam o aumento de efeitos colaterais anticolinérgicos, desde que as doses de haloperidol que o indivíduo esteja usando não sejam baixas como 2 mg/dia a 3 mg/dia.

Possíveis efeitos adversos (não estão listados todos os possíveis):

1. parkinsonismo;
2. efeitos extrapiramidais em geral;
3. distonia aguda;
4. discinesia tardia;
5. sedação;
6. síndrome neuroléptica maligna;
7. acatisia;
8. acinesia;
9. ganho de peso;
10. hiperprolactinemia (aumento das mamas, galactorréia, alterações menstruais, diminuição da libido).

Clorpromazina

- Os antipsicóticos de baixa potência, como a clorpromazina e a tioridazina, causam, na comparação com o haloperidol, mais efeitos colaterais anticolinérgicos e hipotensão postural e menos parkinsonismo.

Possíveis efeitos adversos (não estão listados todos os possíveis):

1. sedação;
2. acatisia;
3. ganho de peso;

4. hiperprolactinemia (aumento das mamas, galactorréia, alterações menstruais, diminuição da libido);
5. pseudoparkinsonismo;
6. efeitos extrapiramidais em geral;
7. discinesia tardia;
 - . síndrome neuroléptica maligna;
9. boca seca;
10. constipação;
11. retenção urinária;
12. tontura;
13. hipotensão postural;
14. reações alérgicas dermatológicas;
15. depósito de pigmentos nos olhos;
16. fotosensibilidade cutânea.

Tioridazina

- Doses muito altas aumentam a chance de ocorrência de pigmentação na retina, uma séria e praticamente irreversível complicação, relativamente rara em doses baixas.

Possíveis efeitos adversos (não estão listados todos os possíveis):

1. sedação;
2. acatisia;
3. ganho de peso;
4. hiperprolactinemia (aumento das mamas, galactorréia, alterações menstruais, diminuição da libido);
5. pseudoparkinsonismo;
6. efeitos extrapiramidais em geral;
7. discinesia tardia;
 - . síndrome neuroléptica maligna;
9. boca seca;
10. constipação;
11. retenção urinária;
12. tontura;

13. hipotensão postural;
14. prolongamento do intervalo QT (eletrocardiograma antes de iniciar o tratamento e durante o tratamento);
15. ejaculação retrógrada.

Antipsicóticos atípicos

risperidona

- Uma das melhores relações custo–benefício.
- A dose terapêutica idealmente deve manter-se entre 2 mg e 7 mg em duas tomadas diárias.
- Em doses superiores a 7 mg/dia, a risperidona age de maneira semelhante a um antipsicótico típico em termos de efeitos extrapiramidais.

Possíveis efeitos adversos (não estão listados todos os possíveis):

1. efeitos extrapiramidais em geral (intensificam-se com doses acima de 7 mg/dia);
2. hipotensão ortostática;
3. agitação;
4. sedação (menos intensa em comparação à clozapina, à olanzapina, à quetiapina);
5. hiperprolactinemia (aumento das mamas, galactorréia, alterações menstruais, diminuição da libido);
6. acatisia.

Olanzapina

- Menor intensidade de efeitos extrapiramidais em comparação à risperidona e principalmente em relação aos antipsicóticos típicos.
- A dose terapêutica idealmente deve manter-se entre 5 mg/dia e 20 mg/dia, podendo ser tomada em dose única, preferencialmente à noite.

Possíveis efeitos adversos (não estão listados todos os possíveis):

1. ganho de peso;
2. sedação;
3. acatisia;
4. boca seca;
5. constipação;
6. hipotensão ortostática;
7. parkinsonismo (menor que risperidona e principalmente menor que os típicos);
- . elevação em enzimas hepáticas.

Quetiapina

- A dose terapêutica idealmente deve manter-se entre 300 mg/dia e 600 mg/dia, devendo ser tomada em pelo menos duas doses diárias, sendo a maior concentração à noite por causa da sedação.
- Apesar de a associação com catarata não estar comprovada, recomenda-se um exame oftalmológico em lâmpada de fenda a cada seis meses.

Possíveis efeitos adversos (não estão listados todos os possíveis):

1. sedação (maior que risperidona e ziprasidona);
2. tontura;
3. hipotensão ortostática;
4. ganho de peso (menor que olanzapina e clozapina).

Ziprasidona

- É o antipsicótico atípico que causa o menor ganho de peso.
- Necessita ser tomada em pelo menos duas tomadas diárias, recomenda-se, assim, que sejam no almoço e no jantar, porque a tomada junto com alimento aumenta significativamente a biodisponibilidade da ziprasidona.

Possíveis efeitos adversos (não estão listados todos os possíveis):

1. sedação (menor que olanzapina, quetiapina, clozapina);
2. dispepsia;
3. constipação intestinal;
4. náusea;
5. hipotensão ortostática;
6. prolongamento do intervalo QT (eletrocardiograma antes de iniciar tratamento e durante o tratamento).

Clozapina

- Não causa parkinsonismo, distonia ou discinesia.
- É o tratamento mais efetivo da discinesia tardia.
- Está bem indicada para esquizofrenias refratárias.
- A dose habitual vai de 300 mg/dia a 600 mg/dia, em raros casos podemos chegar cuidadosamente à dose de 900 mg/dia, mas recomenda-se a associação de um anticonvulsivante (ex.: ácido valpróico) pelo risco de convulsões. Deve-se evitar a associação com a carbamazepina pelo aumento do risco de agranulocitose.
- Hemogramas para monitoramento da ocorrência de agranulocitose grave (1,2%) são necessários por pelo menos 1 semana na frequência semanal, e depois, se não tiver havido intercorrências nesse sentido, pode-se espaçar a frequência dos hemogramas para mensal.
- A introdução deve ser gradual, inicia-se com 25 mg/dia chegando-se a 200 mg/dia somente após duas semanas.
- A dose deve ser dividida em duas tomadas, com a porção mais concentrada à noite, para diminuir a sedação.
- A fluvoxamina pode aumentar significativamente os níveis terapêuticos; e o lítio concomitante pode favorecer a ocorrência de síndrome neuroléptica maligna, a qual pode ter uma apresentação atípica com a clozapina.

Possíveis efeitos adversos (não estão listados todos os possíveis):

1. sedação;
2. ganho de peso;
3. taquicardia;
4. hipotensão ortostática;
5. sintomas gastrointestinais;
6. sintomas imitando uma gripe;
7. salivação excessiva noturna;
8. enurese noturna;
9. febre;
10. agranulocitose (quando os leucócitos caem abaixo de 3.000, a medicação deve ser interrompida).

Depressão



- Acomete, ao longo da vida, entre 10% e 25% das mulheres e entre 5% e 12% dos homens.
- Quanto mais precoce o tratamento, mais rápida a remissão e menor a chance de cronificação.
- Entre os gravemente deprimidos, 15% se suicidam.
- Cerca de 2/3 das pessoas tratadas respondem satisfatoriamente ao primeiro antidepressivo prescrito.

Diagnóstico de depressão

Os sintomas a seguir têm de estar presentes há mais de duas semanas, trazer sofrimento significativo, alterar a vida social, afetiva ou laboral do indivíduo e não serem por causa de um luto recente.

- sentir-se triste, durante a maior parte do dia, quase todos os dias;
- perder o prazer ou o interesse em atividades rotineiras (anedonia);
- irritabilidade (pode substituir o humor deprimido em crianças e adolescentes);

- desesperança;
- queda da libido;
- perder peso ou ganhar peso (não estando em dieta);
- dormir demais ou de menos, ou acordar muito cedo;
- sentir-se cansado e fraco o tempo todo, sem energia;
- sentir-se inútil, culpado, um peso para os outros;
- sentir-se ansioso;
- sentir dificuldade em concentrar-se, tomar decisões e dificuldade de memória;
- ter pensamentos frequentes de morte e suicídio. O **episódio depressivo** ainda pode ser

classificado em:

Leve: dois dos sintomas a seguir, humor deprimido, perda de interesse (anedonia), falta de energia e mais dois dentre os expostos anteriormente. O paciente não pára suas funções completamente.

Moderado: dois dos sintomas a seguir, humor deprimido, perda de interesse (anedonia), falta de energia e mais três dentre os expostos anteriormente, alguns em grande intensidade. O paciente apresenta dificuldade em executar suas funções.

Grave: dois dos sintomas a seguir, humor deprimido, perda de interesse (anedonia), falta de energia e pelo menos mais quatro dentre os expostos anteriormente, alguns em grande intensidade, mais considerável inquietação e agitação, ou retardo psicomotor; às vezes com sintomas psicóticos, como delírios e alucinações.

Além do **episódio depressivo** e do **transtorno depressivo recorrente** (repetidos episódios depressivos), é preciso lembrarmos da **distímia**. Nela o paciente possui rebaixamento crônico do humor, persistindo ao menos por vários anos, mas cuja gravidade não é suficiente, ou na qual os episódios individuais são muito curtos para responder aos critérios de transtorno depressivo recorrente leve, moderado ou grave.

Algumas dicas para o diagnóstico da depressão

Pergunte...

- sobre coisas do dia-a-dia que o indivíduo gostava de fazer, como, por exemplo, ver uma novela, brincar com o cachorro, ler o jornal, escutar música... A seguir, pergunte se ele continua fazendo e tendo prazer ao fazer tais atividades;
- se ele se anima com coisas positivas que estão para acontecer, se tem esperança;
- se a tristeza que ele está sentindo é diferente da tristeza que ele já sentiu quando viveu outras situações difíceis;
- sobre desejo de estar morto, ou de se matar;
- quando, além de depressão, o paciente se mostra desesperado, o risco de suicídio é maior.

Atitudes que conduzem a erro no diagnóstico e no tratamento do paciente deprimido

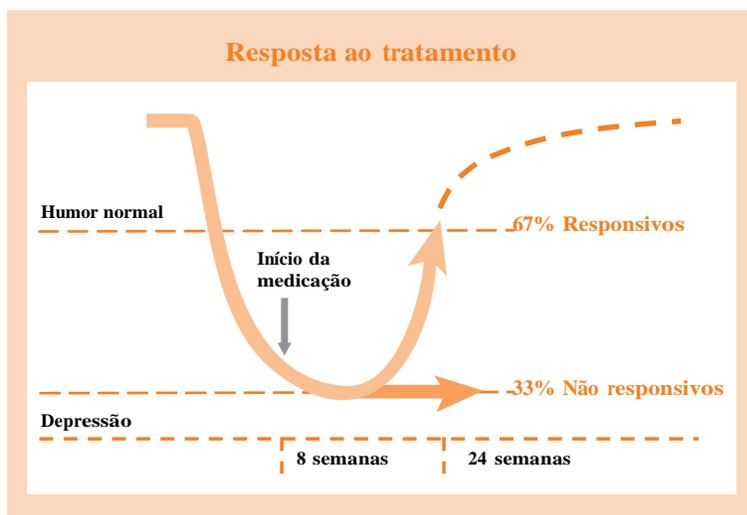
- “No lugar dele eu também estaria deprimido.”
- “Esta depressão é compreensível; não vou tratar.”
- “Depressão só dá em quem tem fraqueza de caráter.”
- “Você só está estressado...”
- “Depressão é uma consequência natural do envelhecimento.”
- “Só depende de você: força de vontade cura a depressão!”
- “Antidepressivos são perigosos; só vou passar um comprimido por dia.”
- “Primeiro vamos tentar algumas vitaminas para *stress*...”
- “Retorne daqui a um ou dois meses, e então conversaremos mais longamente...”

Quando o caso necessita de maior atenção

Depressões moderadas e graves, com ou sem sintomas psicóticos, em caso de transtorno afetivo bipolar ou com presença de risco de suicídio importante devem ser tratadas com o auxílio do psiquiatra, de preferência com equipe multiprofissional que viabilize a associação de psicoterapia, terapia ocupacional, serviço de hospitalidade diurna e até noturna, dependendo do caso.

Etapas do tratamento da depressão

- Aproximadamente $\frac{2}{3}$ das pessoas com episódio depressivo melhoram com o primeiro antidepressivo.
- Em geral, há demora de cerca de duas semanas para início de ação dos antidepressivos.
- São necessárias, aproximadamente, oito semanas para retorno ao humor de antes da depressão.
- É fundamental, após a remissão dos sintomas, a continuidade do tratamento na fase de manutenção.
- O tratamento completo tem duração mínima de seis meses, a partir da remissão completa dos sintomas.
- Quando há recorrência da depressão, quando a intensidade é grave ou em caso de idade avançada, o tratamento mínimo vai de dois anos até o resto da vida, em alguns casos.



Fonte: KUPFER, D. J. Long-term treatment of depression. *J. Clin. Psychiatry*, 52, p. 2 -34, 1991

Tratamento do paciente deprimido

- Os antidepressivos não são recomendados para o **tratamento inicial da depressão leve**. Deve ser tentada psicoterapia primeiramente, quando disponível.
- Nos casos de **depressão moderada e grave**, os antidepressivos devem ser iniciados e, de preferência, associados com alguma forma de psicoterapia.
- O maior risco associado à depressão é o aumento da mortalidade, em especial por suicídio. Nas primeiras semanas, em uma minoria dos pacientes, pode haver uma intensificação da ideação suicida, **independentemente da classe de antidepressivo usada**.
- Para lidar com o problema anterior, recomendamos retornos próximos, avisar o paciente e familiares e garantir acessibilidade de ajuda.

- Os inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS), cujo representante disponível na rede de saúde é a fluoxetina, devem ser iniciados lentamente, pois podem trazer um aumento da ansiedade nos primeiros dias de tratamento.
- Quando, mesmo com a introdução lenta dessa droga, a ansiedade continua sendo um empecilho, pode-se usar um benzodiazepínico em doses baixas por um prazo de duas semanas. Deve-se evitar ao máximo seu uso prolongado.
- Benzodiazepínicos não devem ser usados isoladamente como tratamento para a depressão.
- A fluoxetina diminui a impulsividade e o comportamento suicida no médio e no longo prazos.
- Os tricíclicos podem ser fatais em superdosagem, de forma que enquanto houver risco de suicídio pactuamos com um familiar o controle das medicações.
- No caso dos tricíclicos, a dose deve ser aumentada gradualmente, até se atingir a dose mínima efetiva para o tratamento.
- Os indivíduos que apresentarem sintomas psicóticos deverão ser tratados, além do antidepressivo, com antipsicótico enquanto durarem esses sintomas.
- Sintomas de abstinência ocorrem principalmente, mas não exclusivamente, na retirada da paroxetina e da venlafaxina. Portanto, sua diminuição deverá ser lenta e gradual.
- Por fim, é importante estar atento para doenças e medicamentos que podem causar depressão. Algumas das doenças são: doença cerebrovascular, hipo/hipertireoidismo, diabetes melito, tumor de pâncreas, pulmão e sistema nervoso central, Aids (síndrome da imunodeficiência adquirida), deficiências de folato, B2 e B12, lúpus eritematoso sistêmico, infarto agudo do miocárdio. Entre os principais medicamentos temos: anfetamínicos, anti-hipertensi-

vos, antiinflamatórios não esteroidais, betabloqueadores, cimetidina, digitálicos, benzodiazepínicos, corticosteróides, interferon, levodopa e outros.

- Apesar da desconfiança de alguns profissionais e do público em geral, a eletroconvulsoterapia (ECT) permanece como o tratamento mais eficaz para a depressão. Para que seja feita com segurança e conforto para o paciente é necessário que seja realizada em centro cirúrgico, com a participação do anestesista e do psiquiatra, de modo que a reservamos para os casos mais graves, principalmente quando há sintomas psicóticos ou estupor depressivo.

Principais neurotransmissões ativadas e faixa terapêutica de alguns antidepressivos

Antidepressivo	Noradrenalina	Serotonina	Dopamina	Doses
Fluoxetina	0	++	0	20-60
Paroxetina	0	+++	0	20-60
Sertralina	0	++	0	50-200
Citalopram	0	++	0	20-60
Bupropiona	+/-	0	++	100-300
Venlafaxina	++	++	0	75-225
Mirtazapina	+	++	0	15-45

0 = sem efeito; + a +++ = efeito crescente; +/- = pouco efeito.

Fonte: BOTEGA, N. J.; FURLANETTO, L.; FRÁGUAS Jr., R. Tentativa de suicídio. In: BOTEGA, N. *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2006

Principais efeitos colaterais dos antidepressivos

Droga	Anticol- inérgicos	Sedação	Insônia/ agitação	Hipo- tensão	Arritmia	Gastrin- testinais	Ganho de peso
Amitriptilina	4	4	0	4	3	0	4
Imipramina	3	3	1	4	3	1	3
Nortriptilina	1	1	0	2	2	0	1
Maprotilina	2	4	0	0	1	0	2
Clomipramina	2	1	1	2	3	1	3
Fluoxetina	0	0	2	0	0	3	0
IMAOs	1	1	2	2	0	1	2

0 = ausente; 1 a 4 = de presente a muito pronunciado.

Fonte: BOTEGA, N. J.; FURLANETTO, L.; FRÁGUAS, Jr., R. Tentativa de suicídio. In: BOTEGA, N. *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2006

Transtorno afetivo bipolar (tab)

Para se pensar neste diagnóstico, o indivíduo deve ter apresentado pelo menos um episódio maníaco ao longo da vida. Em geral, essas pessoas vivenciam episódios maníacos, depressivos e/ou mistos. Sua prevalência na população geral gira em torno de 1,5%. Apesar da cronicidade do quadro, a maior parte dos indivíduos corretamente tratados atinge a estabilização do humor, o que permite uma vida normal.

Episódio maníaco

- Período de anormalidade com humor elevado ou irritado significativamente, com duração de pelo menos uma semana (ou qualquer duração se uma internação é necessária).

- Durante este período três ou mais dos seguintes sintomas devem estar presentes num grau significativo:
 - auto-imagem inflada ou grandiosidade;
 - menor necessidade de sono;
 - logorréia;
 - aumento da velocidade do pensamento;
 - hipotenacidade (não consegue concentrar-se em uma atividade);
 - tenta realizar várias atividades simultaneamente ou agitação psicomotora;
 - põe-se em situações de risco (inadequação social, hipersexualidade, compras inadequadas).

O TAB é associado a um maior risco de suicídio, especialmente nas fases de depressão e nos casos de ciclagem rápida. Em várias condições o tratamento com lítio é a primeira opção (ver próxima tabela). Mas atenção: assim como nos casos dos tricíclicos, a ingestão excessiva de lítio pode ser fatal. Em casos de risco de suicídio, é aconselhável que alguém próximo do paciente controle a medicação.

Tabela de manejo clínico de indivíduos com TAB (nas colunas, opções em ordem decrescente de eficácia)

Estabilização do humor	Estabilização do humor em ciclador rápido e/ou antecedente de mania disfórica	Estabilização do humor em pacientes de difícil manutenção em eutímia	Depressão leve ou leve-moderada	Depressão moderada-grave ou grave	Depressão grave com sintomas psicóticos	Episódio maníaco
1) Lítio	1) Ácido valpróico	1) Lítio + olanzapina	1) ↑ dose do estabilizador	1) ↑ dose do estabilizador + antidepressivo	1) ECT*	1) ↑ dose do estabilizador + antipsicótico
2) Ácido valpróico	2) Carbamazepina	2) Lítio + ácido valpróico	2) Estabilizador + lamotrigina	2) ECT*	2) ↑ dose do estabilizador + antidepressivo + antipsicótico	2) ↑ dose do estabilizador + associação de outro estabilizador
3) Carbamazepina	3) Lítio	3) Lítio + carbamazepina	3) Outras opções	3) Outras opções	3) Outras opções	3) ECT*
4) Outras opções	4) Outras opções	4) Ácido valpróico + carbamazepina				
		5) Outras opções				

* ECT = eletroconvulsoterapia.

Dependência de álcool ou uso nocivo



Cerca de 11,2% da população brasileira é dependente de álcool. O número de pessoas que faz uso nocivo do álcool mas não atinge um padrão de dependência é ainda maior.

O uso nocivo e a dependência do álcool têm atingido populações cada vez mais jovens. Ambos estão fortemente relacionados a outras importantes questões sociais, tais como: acidentes de trânsito, comportamento sexual de risco, violência doméstica. Uma parte importante das doenças clínicas atendidas na atenção primária, ou que requerem internação hospitalar, é consequência ou condição agravada por tais padrões de uso.

A dependência do álcool está associada a vários transtornos psiquiátricos, sendo responsável por uma boa parte das internações psiquiátricas. Também está relacionada a faltas no trabalho e à diminuição da capacidade laboral.

O álcool aumenta a impulsividade e, com isso, o risco de suicídio.

Diagnóstico da dependência do álcool

A síndrome de dependência é um conjunto de fenômenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos no qual o uso de uma substância alcança prioridade na vida do indivíduo. Pelo menos três dos seguintes critérios devem estar presentes no último ano:

- forte desejo ou compulsão pelo consumo;
- dificuldade de controlar o consumo a partir de seu início;
- sinais e sintomas de abstinência quando o uso cessa ou é reduzido, ou uso da substância para evitar ou aliviar sintomas de abstinência;
- evidência de tolerância;
- abandono de atividades e interesses em favor do uso da substância;
- persistência do uso a despeito de consequências nocivas.

Especificamente com o álcool, à medida que a dependência se instala, há uma tendência a beber independentemente da situação ou do horário, bem como preferência por bebidas de maior teor alcoólico. Também ocorre uma rápida reinstalação da síndrome após período de abstinência.

Dicas no tratamento da dependência ao álcool

- 1) Os sintomas da síndrome de abstinência, quando não tratados, são uma causa importante no fracasso da tentativa de o indivíduo ficar abstinente. Quando for leve ou moderada, sem complicações clínicas ou antecedentes de convulsão ou *delirium* e possuir apoio social, pode ser tratada ambulatorialmente.

- 2) O início ou agravamento de um problema de saúde relacionado ao uso de álcool é um momento importante para ser usado na motivação do paciente para tratamento. Procure evitar uma posição confrontadora e auxilie o paciente a assumir ele próprio a responsabilidade pela mudança.
- 3) Atuar de acordo com o estágio de prontidão para mudança que o indivíduo se encontra (a seguir).

Estágios de prontidão para mudança de Prochaska e Di Clemente

Pré-contemplação: a pessoa não enxerga motivos para mudar seu padrão de consumo de álcool. Ex.: “Não tenho problema com bebidas, fico quanto tempo quiser sem beber”.

Atuação do profissional – com diplomacia ajudar o paciente a perceber as relações entre o uso do álcool e problemas familiares, no trabalho ou de saúde.

Contemplação: posição marcada pela ambivalência, a pessoa ainda não está convencida da necessidade de se tratar. Ex.: “Talvez fosse melhor para a minha saúde se eu bebesse menos, embora não ache que beba demais”.

Atuação do profissional – ajudar o paciente a perceber a realidade, pode-se usar a técnica da balança. São colocadas de um lado da balança as vantagens de não usar e as desvantagens de usar álcool, e de outro lado as vantagens de usar e as desvantagens de não usar.

Determinação: o indivíduo já percebeu que necessita mudar o padrão de uso do álcool, mas tem dificuldade de tomar alguma medida prática nesse sentido. Ex.: “Não posso mais lidar com esse problema sozinho, mas não sei o que fazer”.

Atuação do profissional – fornecer opções de estratégia para o paciente e ajudar na execução.

Manutenção: o paciente já modificou seu hábito de beber, porém a recaída é uma ameaça. Ex.: “Sinto-me forte, sei o que devo fazer para continuar longe da bebida, mas em determinados momentos tenho medo de não resistir”.

Atuação do profissional – enfatizar os ganhos com a mudança e utilizar estratégias de prevenção de recaída.

recaída: por algum motivo, o paciente voltou a beber. Ex.: “Todo o esforço foi por água abaixo, voltei à estaca zero”.

Atuação do profissional – esclarecer que a recaída faz parte do processo de cura e que, em geral, o paciente volta a percorrer as etapas de melhora de maneira mais rápida e menos sofrida.

Fonte: baseado em AZEVEDO, R. C. S.; SILVA, V. F. Tentativa de suicídio. In: BOTEGA, N. *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2006

- 4) Até recentemente, a internação era vista como única alternativa terapêutica no tratamento do alcoolismo. Atualmente, com o aprimoramento das intervenções psicossociais, o surgimento de novos fármacos, a redução do caráter moral na compreensão das dependências e com a maior participação da família no tratamento, é possível que o tratamento seja ambulatorial. Manter o paciente na sua vida cotidiana facilita a identificação e o enfrentamento dos riscos do consumo, além de permitir a reorganização de sua vida sem ter o álcool como prioridade.

Transtornos de personalidade



O elemento central dos transtornos de personalidade, segundo Kurt Schneider, é que o indivíduo apresenta as seguintes características básicas:

- **sofre e faz sofrer a sociedade;**
- **não aprende com a experiência.**

Embora, de modo geral, produzam conseqüências muito penosas para a própria pessoa, familiares e pessoas próximas, não é facilmente modificável por meio de experiências da vida; tende a se manter estável ao longo de toda a vida.

A adaptação ao estresse ou aos problemas mais sérios torna-se crítica nos casos de pacientes que sofrem de certos transtornos mentais ou que têm alguns traços marcantes de personalidade. As defesas psicológicas usadas são consideradas mais primitivas, geradoras de problemas com a equipe assistencial.

Geralmente, há um maior risco de comportamento suicida em pessoas com as características de personalidade descritas no quadro a seguir:

Borderline	Narcisista	Anti-social
Relações pessoais muito instáveis	Quer reconhecimento como especial ou único	Frio, insensível, sem compaixão
Atos autolesivos repetitivos	Considera-se superior	Irresponsável, inconseqüente
Humor muito instável	Fantasia de grande sucesso pessoal	Não sente culpa ou remorsos
Impulsivo e explosivo	Requer admiração excessiva	Agressivo, cruel
Sentimentos intensos de vazio	É freqüentemente arrogante	Mente de forma recorrente
Transtorno de identidade		Aproveita-se dos outros

Fonte: baseado em DALGALARRONDO, P. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed Editora, 2000

Manejo

Estes pacientes necessitam de apoio da equipe assistencial e de limites para se adequar ao ambiente em que vivem e às limitações existentes. Pode-se fazer uma intervenção em duas partes, sempre de maneira firme, sem agressividade e sem um sentimento de punição:

1. Reconheça as dificuldades pelas quais a pessoa está passando, enalteça os aspectos positivos que ela possui e não incite reações de raiva. Evite estimular demandas por cuidados e proximidades excessivas.
2. Estabeleça limites objetivos calma e firmemente. Se houver ameaças de agressão a si ou a terceiros, assegure que todas as medidas serão tomadas para protegê-la.

A seguir, apresentam-se, de maneira esquemática, 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-reasseguramento do que o habitual, ou seja, não evitar dar apoio por temer uma desmobilização para mudança.
2. Construir, conjuntamente com o paciente, objetivos escalonados, evitando metas demasiadamente ambiciosas no curto prazo.
3. Mesmo sabendo que o comportamento suicida envolve motivações alegadas (conscientes) e não alegadas (inconscientes), iniciar a abordagem pelos fatores desencadeantes trazidos pelo paciente.
4. Distorções cognitivas devem ser mostradas e trabalhadas, como, por exemplo, estreitamento de repertório, 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 “pertença” do indivíduo, em termos de grupos, comunidades, instituições.
7. Caso o indivíduo tenha usado uma tentativa de suicídio como maneira de mudar o ambiente e/ou pedir socorro, trabalhar com a finalidade de desenvolver outras estratégias, que não a tentativa de suicídio, para os mesmos fins.
 - . Nos casos de psicoterapia, não confundir “neutralidade” terapêutica com “passividade” terapêutica, ou seja, podem ser necessárias medidas ativas por parte do terapeuta.
9. Fármacos podem ser usados não só para tratamento dos transtornos psiquiátricos que porventura venham a ser diagnosticados, como também para eliminar sintomas-alvo, como, por exemplo, impulsividade. Com essa finalidade, dependendo do caso, podem ser usados fluoxetina, estabilizadores de humor ou neurolépticos.
10. Estar atento ao fato de que no início do uso de antidepressivos pode-se ter incremento da ideação suicida. Devemos também evitar fármacos com baixo índice terapêutico.

11. Por último, a regra que consideramos a mais importante: se, num primeiro momento, optamos por apoio, técnicas cognitivas, fármacos, não devemos perder de vista que, se não todos, pelo menos a grande maioria desses pacientes necessita de importante reestruturação psicodinâmica a longo prazo, ou seja, em um segundo tempo técnicas que privilegiem *insight* são bem-vindas. A percepção de quando transitar o tratamento do primeiro para o segundo tempo e a maneira de conduzi-la é, a nosso ver, um dos principais aprendizados necessários ao clínico que atende pacientes em risco de suicídio.

Aspectos psicológicos no suicídio



Existem estágios no desenvolvimento da intenção suicida, iniciando-se geralmente com a imaginação ou a contemplação da ideia suicida. Posteriormente, um plano de como se matar, que pode ser implementado por meio de ensaios realísticos ou imaginários até, finalmente, culminar em uma ação destrutiva concreta. Contudo, não podemos esquecer que o resultado de um ato suicida depende de uma multiplicidade de variáveis que nem sempre envolve planejamento.

Existem **três características** próprias do estado em que se encontra a maioria das pessoas sob risco de suicídio:

- 1. Ambivalência:** é atitude interna característica das pessoas que pensam em ou que tentam o suicídio. 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 nesta 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.

2. **impulsividade:** o suicídio pode ser também um ato impulsivo. Como qualquer outro impulso, o impulso de cometer suicídio pode ser transitório e durar alguns minutos ou horas. Normalmente, é desencadeado por eventos negativos do dia-a-dia. Acalmando tal crise e ganhando tempo, o profissional da saúde pode ajudar a diminuir o risco suicida.
3. **rigidez/constrição:** o estado cognitivo de quem apresenta comportamento suicida é, geralmente, de constrição. A consciência da pessoa passa a funcionar de forma dicotômica: tudo ou nada. Os pensamentos, os sentimentos e as ações estão constrictos, quer dizer, constantemente pensam sobre suicídio como única solução e não são capazes de perceber outras maneiras de sair do problema. 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”. Análoga a esta condição é a “visão em túnel”, que representa o estreitamento das opções disponíveis de muitos indivíduos em vias de se matar.

A maioria das pessoas com idéias de morte comunica seus pensamentos e intenções suicidas. Elas, freqüentemente, dão sinais e fazem comentários sobre “querer morrer”, “sentimento de não valer pra nada”, e assim por diante. Todos esses pedidos de ajuda não podem ser ignorados.

Fique atento às frases de alerta. Por trás delas estão os sentimentos de pessoas que podem estar pensando em suicídio. São quatro os sentimentos principais de quem pensa em se matar. Todos começam com “D”: depressão, desesperança, desamparo e desespero (regra dos 4D). Nestes casos, frases de alerta + 4D, é preciso investigar cuidadosamente o risco de suicídio.

Frases de alerta

“Eu preferia estar morto”. “Eu não posso fazer nada”. “Eu não
agüento mais”.
“Eu sou um perdedor e um peso pros outros”. “Os outros vão ser mais felizes sem
mim”.

Sentimentos



Idéias sobre suicídio que levam ao erro

“Se eu perguntar sobre suicídio, poderei induzir o paciente a isso.” – Questionar sobre idéias de suicídio, fazendo-o de modo sensato e franco, aumenta o vínculo com o paciente. Este se sente acolhido por um 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 idéia pode conduzir ao imobilismo terapêutico, ou 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 auto-inflingida 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. Há também o perigo de se valer de um julgamento pessoal subjetivo para decidir as ações que fará ou deixará de fazer.

Fonte: WERLANG, B.G.; BOTEGA, N. J. *Comportamento suicida*. Porto Alegre: Artmed Editora, 2004

Como ajudar a pessoa sob risco de suicídio?



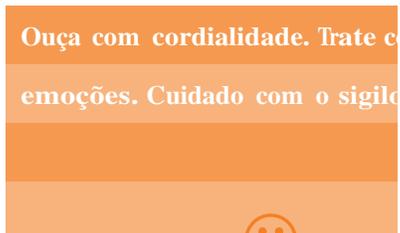
Quando as pessoas dizem “eu estou cansado da vida” ou “não há mais razão para eu viver”, elas geralmente são rejeitadas, ou então são obrigadas a ouvir sobre outras pessoas que estiveram em dificuldades piores. Nenhuma dessas atitudes ajuda a pessoa sob risco de suicídio.

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

1. O primeiro passo é achar um **lugar adequado**, onde uma conversa tranqüila possa ser mantida com privacidade razoável.
2. O próximo passo é **reservar o tempo** necessário. Pessoas com ideação suicida usualmente necessitam de mais tempo para deixar de se achar um fardo. É preciso também estar disponível emocionalmente para lhes dar atenção.
3. A tarefa 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 é preencher uma lacuna criada pela desconfiança, pelo desespero e pela perda de esperança e dar à pessoa a esperança de que as coisas podem mudar para melhor.

Uma abordagem calma, aberta, de aceitação e de não-julgamento é fundamental para facilitar a comunicação.



Como se comunicar

- Ouvir atentamente, com calma.
- Entender os sentimentos da pessoa (empatia).
- Dar mensagens não verbais de aceitação e respeito.
- Expressar respeito pelas opiniões e pelos valores da pessoa.
- Conversar honestamente e com autenticidade.
- Mostrar sua preocupação, seu cuidado e sua afeição.
- Focalizar nos sentimentos da pessoa.

Como não se comunicar

- Interromper muito frequentemente.
- Ficar chocado ou muito emocionado.
- Dizer que você está ocupado.
- Fazer o problema parecer trivial.
- Tratar o paciente de uma maneira que possa colocá-lo numa posição de inferioridade.
- Dizer simplesmente que tudo vai ficar bem.
- Fazer perguntas indiscretas.
- Emitir julgamentos (certo x errado), tentar doutrinar.

Como abordar o paciente



“Como você se sente ultimamente?” “Existem muitos problemas na sua vida?” “O que tem tentado fazer para resolvê-los?” Em geral essas perguntas abrem espaço para as pessoas falarem de si mesmas e de como estão lidando com as dificuldades. 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, porém com pensamentos sobre morte e suicídio?
- **Plano suicida atual** – Quão preparada a pessoa está, grau de planejamento e quão cedo o ato está para ser realizado.
- Sistema de **apoio social** da pessoa (família, amigos, etc.).

A melhor maneira de descobrir se uma pessoa tem pensamentos de suicídio é **perguntar para ela**. Ao contrário da crença popular, falar a respeito de suicídio não incula a idéia na cabeça das pessoas. Elas até ficarão muito agradecidas e aliviadas de poder falar

abertamente sobre os assuntos e as questões com as quais estão se debatendo. Necessariamente, você também não terá de “carregar” o problema da pessoa caso não se sinta momentaneamente capaz: poderá pedir ajuda para outros profissionais da equipe de saúde.

Como perguntar?

A maioria das pessoas acredita que não é fácil perguntar para o outro sobre ideação suicida e não se sente preparada para lidar com isso. Será mais fácil se você **chegar ao tópico gradualmente**. 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 está 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.

Algumas questões úteis são:

- 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?

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, etc.

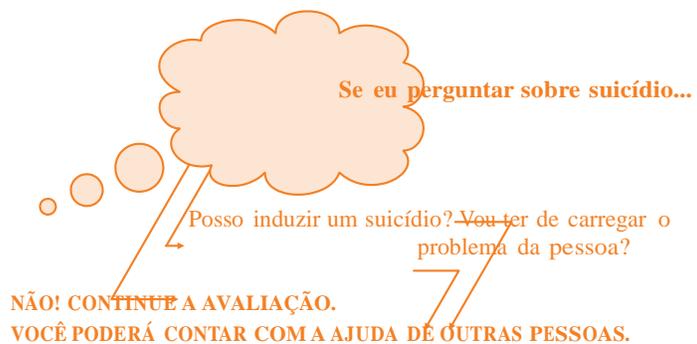
O que perguntar?

Estas perguntas o ajudarão a **quantificar o risco**, por isso são importantes.

1. Descobrir se a pessoa tem um **plano** definido para cometer suicídio:
 - Você fez algum plano para acabar com sua vida?
 - Você tem uma idéia de como vai fazê-lo?
2. Descobrir se a pessoa tem os **meios** para se matar:
 - Você tem pílulas, uma arma, veneno ou outros meios?
 - Os meios são facilmente disponíveis para você?
3. Descobrir se a pessoa fixou uma **data**:
 - Você decidiu quando planeja acabar com sua vida?
 - Quando você está planejando fazê-lo?

Todas essas questões precisam ser perguntadas com cuidado, preocupação e compaixão.

resumindo:



Pessoas sob risco de suicídio



Como já falamos anteriormente, as pessoas que pensam sobre suicídio em geral falam sobre isso. Entretanto, existem alguns sinais que podemos procurar na história de vida e no comportamento das pessoas. Esses sinais indicam que determinada pessoa tem risco para o comportamento suicida. Portanto, deve-se ficar mais atento com aqueles que apresentam:

1. comportamento retraído, inabilidade para se relacionar com a família e amigos, pouca rede social;
2. doença psiquiátrica;
3. alcoolismo;
4. ansiedade ou pânico;
5. mudança na personalidade, irritabilidade, pessimismo, depressão ou apatia;
6. mudança no hábito alimentar e de sono;
7. tentativa de suicídio anterior;
8. odiar-se, sentimento de culpa, de se sentir sem valor ou com vergonha;
9. uma perda recente importante – morte, divórcio, separação, etc;
10. história familiar de suicídio;

11. desejo súbito de concluir os afazeres pessoais, organizar documentos, escrever um testamento, etc.;
12. sentimentos de solidão, impotência, desesperança;
13. cartas de despedida;
14. doença física crônica, limitante ou dolorosa;
15. menção repetida de morte ou suicídio.

Como lidar com o paciente



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 confusas suas emoções se tornam. Quando essa confusão emocional cede, a pessoa pode se tornar reflexiva. Esse processo de reflexão é crucial, ninguém o próprio indivíduo pode revogar a decisão de morrer e tomar a decisão de viver.
- Focalize nos **aspectos positivos** da pessoa, fazendo-a 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.

- Se você não conseguir identificar uma condição tratável e/ou a pessoa **não demonstrar melhora**, não conseguir refletir sobre sua condição, **encaminhe-a** para um profissional de saúde mental.
- Pelo menos até que ela receba tratamento adequado, encontre-a em intervalos regulares e mantenha contato externo.
- Nem todos os pacientes com pensamentos suicidas serão encaminhados aos serviços especializados, portanto esses pacientes com baixo risco não deverão ser a maioria nesses serviços.

Médio risco

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

Ação necessária

- Ofereça **apoio emocional**, trabalhe com os **sentimentos suicidas** da pessoa e focalize nos **aspectos positivos** (já descritos anteriormente). Em adição, continue com os passos seguintes.
- Focalize os **sentimentos de ambivalência**. O profissional da saúde deve focalizar na ambivalência sentida pelo indivíduo em risco de suicídio entre viver e morrer, até que gradualmente o desejo de viver se fortaleça.
- Explore **alternativas ao suicídio**. O profissional da saúde deve tentar explorar as várias alternativas ao suicídio, até aquelas que podem não ser soluções ideais, na esperança de que a pessoa vá considerar ao menos uma delas.

- Faça um **contrato**, negocie, aqui é o momento para usar a força do vínculo existente entre você e o paciente. Extraia uma promessa sincera do indivíduo de que ele ou ela não vai cometer suicídio:
 1. sem que se comunique com a equipe de saúde;
 2. 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.
- Entre 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/colegas, como:
 - impedir o acesso aos meios para cometer suicídio.

Exemplos: 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. Explicar que essas medidas são temporárias, até que ele/ela melhore o suficiente para reassumir o controle.

Negocie com sinceridade, explique e peça o apoio necessário para que 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.
- Gentilmente falar com a pessoa e **remover pílulas, faca, arma, venenos, etc.** (distância dos meios de cometer suicídio). 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 **contrato**, como descrito anteriormente, e tentar ganhar tempo.
- **informar a família** e reafirmar seu apoio, já descritos.
- Se onde você trabalha o psiquiatra não está acessível ou não tem hospitalidade diurna e noturna, esta é uma situação de **emergência**. 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 psiquiátrico, de preferência. 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 já conseguiu obter 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 uma internação voluntária e percebe um risco da família, pois uma internação involuntária pode ser necessária.

Encaminhando o paciente com risco de suicídio



Quando encaminhar para equipe de saúde mental

Nas situações explicadas ao longo do manual, em geral situações de maior risco e gravidade.

Como encaminhar:

- Você deve ter tempo para explicar à pessoa a razão do encaminhamento.
- Marcar a consulta.
- Esclareça a pessoa de que o encaminhamento não significa que o profissional da saúde está lavando as mãos em relação ao problema.
- Veja a pessoa depois da consulta.
- Tente obter uma contra-referência do atendimento.
- Mantenha contato periódico.

recursos da comunidade

As fontes de apoio usualmente disponíveis são:

- família;
- companheiros/namorados;
- amigos;
- colegas;
- clérigo;
- profissionais de saúde;
- grupos de apoio, ex.: Centro de Valorização da Vida (CVV)
www.cvv.com.br

Como obter esses recursos?

- Tente conseguir permissão do paciente para recrutar quem possa ajudá-lo, em geral alguém de sua confiança, e depois entre em contato com essas pessoas.
- Mesmo que a permissão não seja dada, em uma situação de risco importante tente localizar alguém que seria particularmente compreensivo com o paciente. Procure, dentro do possível, preservar o sigilo do paciente.
- Fale com o paciente e explique que algumas vezes é mais fácil falar com um estranho do que com uma pessoa amada, para que ele ou ela não se sinta negligenciado ou ferido.
- Fale com as pessoas de apoio sem acusá-las ou fazê-las sentirem-se culpadas.
- Assegure novamente seu apoio nas ações que serão tomadas.
- Fique atento também às necessidades dos que se propuseram a ajudar.

O que fazer e o que não fazer

O que fazer

- Ouvir, mostrar empatia, e ficar calmo.
- Ser afetuoso e dar apoio.
- Levar a situação a sério e verificar o grau de risco.
- Perguntar sobre tentativas anteriores.
- Explorar as outras saídas, além do suicídio.
- Perguntar sobre o plano de suicídio.
- Ganhar tempo – faça um contrato.
- Identificar outras formas de dar apoio emocional.
- Remover os meios pelos quais a pessoa possa se matar.
- Tomar atitudes, conseguir ajuda.
- Se o risco é grande, ficar com a pessoa.

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.
- 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.

referências



BOTEGA, N. J. *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2006.

CASSORLA, R. M. S. *Do suicídio: estudos brasileiros*. Campinas: Papirus Editora, 1991.

DALGALARRONDO, P. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed Editora, 2000.

EBMEIER, K. P.; DONAGHEY, C.; STEELE, J. D. Recent developments and current controversies in depression. *Lancet*, 367, p. 153-67, 2006.

HAWTON, K.; HEERINGEN, K. *The international handbook of suicide and attempted suicide*. Wiley, 2000.

MELEIRO, A. M. A. *Suicídio: estudos fundamentais*. São Paulo: Segmento Farma, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Figures and facts about suicide*. Geneve: WHO, 1999.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária*. Genebra, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *The World Health Report: Shaping the future*. Genebra, 2003.

REMINI, E. *Tentativa de suicídio: um prisma para compreensão da adolescência*. Rio de Janeiro: Revinter Editora, 2004.

SADOCK B. J.; SADOCK, V. A. *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences, clinical psychiatry*. 9. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2003.

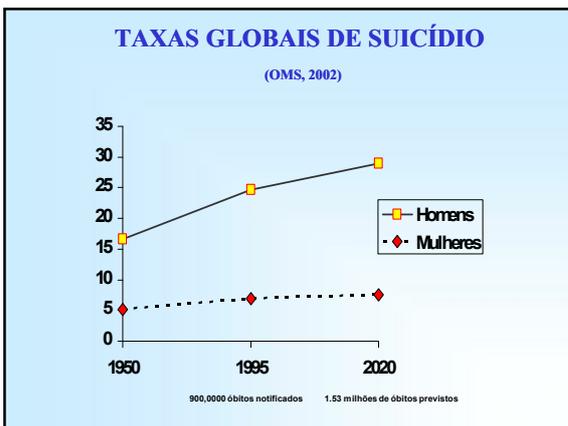
SCHATZBERG, A. F.; COLE, J. O.; DEBATTISTA, C. *Manual of Clinical Psychopharmacology*. 4. ed. American Psychiatric Publishing, 2003.

WERLANG, B. G.; BOTEGA, N. J. *Comportamento suicida*. Porto Alegre: Artmed Editora, 2004.

EPIDEMIOLOGIA DO SUICÍDIO

- ### ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
- A mortalidade por suicídio aumentou 60% nos últimos 45 anos
 - Os maiores coeficientes de suicídio mudaram da faixa mais idosa para as mais jovens da população
 - 900 mil pessoas cometeram suicídio no ano 2003, e um número 10-20 vezes maior tentaram o suicídio
 - Isso representa uma morte a cada 40 segundos e uma tentativa a cada 3 segundos
- (WHO, 2004)

- ### ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
- Para cada suicídio há, em média, 5 ou 6 pessoas próximas ao falecido que sofrem intensas conseqüências emocionais, sociais e econômicas
 - 1,4% do ônus global ocasionado por doenças no ano 2002 foi devido a tentativas de suicídio, e estima-se que chegará a 2,4% em 2020
- (WHO, 2004)



AS DEZ MAIORES FREQUÊNCIAS DE SUICÍDIO

País	Frequência de suicídios	Coefficiente Por 100 000
China	195 000	16,1
Índia	87 000	9,7
Rússia	52 500	41,5
EUA	31 000	11,9
Japão	20 000	16,8
Alemanha	12 500	15,8
França	11 600	20,7
Ucrânia	11 000	22,6
Brasil	8 000	4,5
Sri Lanka	5 400	31

TAXA DE MORTALIDADE POR SUICÍDIO NO BRASIL

Ano	Masculina	Feminina	Total
1994	6.1	1.7	3.9
1995	6.7	1.8	4.2
1996	6.9	1.8	4.3
1997	7.0	1.8	4.3
1998	6.9	1.8	4.3
1999	6.6	1.5	4.0
2000	6.5	1.6	4.0
2001	7.3	1.8	4.5
2002	7.0	1.9	4.4
2003	7.2	1.8	4.4
2004	7.1	1.9	4.5

COEFICIENTES DE SUICÍDIO POR REGIÃO

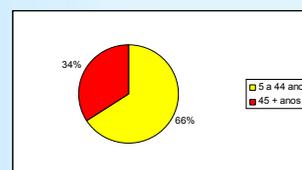
REGIÃO	Total	Homens	Mulheres
Norte	2,9	4,3	1,4
Nordeste	2,5	4,1	1,1
Sudeste	4,1	6,6	1,6
Sul	8,2	13,4	3,1
Centro-Oeste	5,9	8,9	2,7
Brasil	4,5	7,0	1,8

PORCENTAGENS DE SUICÍDIO POR IDADE E GÊNERO

Faixa Etária	Total	Homens	Mulheres
10 - 14	1.5	1.2	2.1
15 - 19	3.1	2.8	4.0
20 - 29	3.2	3.4	2.5
30 - 39	2.5	2.8	1.7
40 - 49	1.4	1.7	0.9
50 - 59	0.8	1.0	0.4
60 - 69	0.4	0.5	0.2
70 - 79	0.2	0.3	0.1
80 +	0.1	0.1	0.0

Ministério da Saúde, 2004

DISTRIBUIÇÃO DOS SUICÍDIOS POR FAIXA ETÁRIA NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO (PRO-AIM, 1996-2002)



PROJETO SUPRE-MISS (ESTUDO MULTICÊNTRICO DE INTERVENÇÃO NO COMPORTAMENTO SUICIDA - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE)



DPMP/FCM/
UNICAMP

O ALVO DA INTERVENÇÃO (INDIVÍDUOS QUE TENTARAM O SUICÍDIO)

- As estratégias de prevenção devem ser focalizadas nos grupos de risco
- Um dos grupos de maior risco para suicídio futuro é o dos indivíduos que já tentaram o suicídio
- O período seguinte a uma tentativa de suicídio é um período de maior risco para suicídio

WHO 2004

Algulander 1990, Isometsa 1998, Owens 2002, Suominen 2004

PROJETO SUPRE-MISS
 (ESTUDO MULTICÊNTRICO DE INTERVENÇÃO NO
 COMPORTAMENTO SUICIDA - ORGANIZAÇÃO
 MUNDIAL DA SAÚDE)

CENTROS PARTICIPANTES

1. ÁFRICA DO SUL	6. ÍNDIA
2. AUSTRÁLIA	7. IRÃ
3. BRASIL	8. SIRI LANKA
4. CHINA	9. SUÉCIA
5. ESTÔNIA	10. VIETNAM



HOSPITAL DAS CLÍNICAS
 Universidade Estadual de Campinas

**Estudo Multicêntrico de Intervenção no
 Comportamento Suicida - SUPRE-MISS**
 ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

Inquérito Populacional	Caracterização do comportamento suicida na população geral
Estudo de Intervenção	Avaliação de uma estratégia de tratamento após tentativa de suicídio



RESULTADOS

- **Indivíduos contatados** **538**
- **Recusas** **23 (4,2%)**
- **Amostra final** **515**

SUPRE-MISS PRINCIPAIS QUESTÕES:

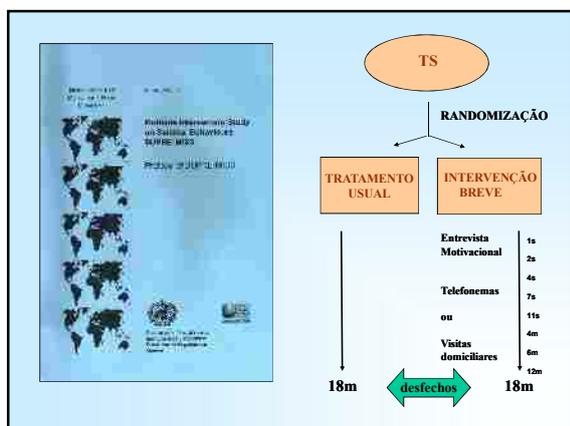


- **PENSAMENTOS**
Você já pensou seriamente em por fim à sua vida?
- **PLANOS**
Você chegou a planejar como faria isso?
- **TENTATIVAS**
Alguma vez você tentou o suicídio?



COMPORTEAMENTO SUICIDA NA POPULAÇÃO GERAL AO LONGO DA VIDA: IDEACÃO SUICIDA, PLANO DE SUICÍDIO E TENTATIVA DE SUICÍDIO

País	Ideação suicida (%)	Plano suicida (%)	Tentativa de suicídio (TS) (%)	Atendimento médico pela TS
Africa do Sul (Durban)	25,4%	15,6%	3,4%	1,5%
Brasil (Campinas)	18,6%	5,2%	3,1%	1,1%
China (Yuncheng)	18,5%	7,4%	2,4%	1,8%
Estônia (Tallinn)	12,4%	5,4%	3,6%	1,4%
Índia (Chennai)	2,6%	2,0%	1,6%	1,4%
Irã (Karaj)	14,1%	6,7%	4,2%	2,1%
Siri-Lanka (Colombo)	7,3%	1,5%	2,1%	1,1%



SUICÍDIO NO SEGUIMENTO APÓS 18 MESES

País	Total de indivíduos	IB (%) de suicídios após 18M	TU (%) de suicídios após 18M
Africa do Sul (Durban)	582	0%	5%
Brasil (Campinas)	143	0%	4%
China (Yuncheng)	115	0%	4%
Estônia (Tallinn)	332	3%	1%
Índia (Chennai)	680	0%	4%
Irã (Karaj)	632	0%	0%
Siri-Lanka (Colombo)	300	2%	4%

SUICÍDIO E TENTATIVA DE SUICÍDIO NO SEGUIMENTO APÓS 18 MESES

Total de indivíduos	IB (%) de suicídios após 18M	TU (%) de suicídios após 18M	IB / TU (%) de suicídios após 18M	Qui-quadrado / p
2238	0,5%	2,2%	4,4	13,348 / p<0,001 Nível de significância 5%
Total de indivíduos	IB (%) de tentativas após 18M	TU (%) de tentativas após 18M	IB / TU (%) de tentativas após 18M	Qui-quadrado / p
2238	7,1%	7,1%	1	___ / p=1,00 Nível de significância 5%

CONCLUSÕES

- **Pensamento, plano e tentativa de suicídio são prevalentes na população geral**
- **Ausência de efetividade da intervenção para reduzir tentativas de suicídio**
Viés de informação?
Efeito "paradoxal" em sub-grupos? (Evans et al 1999).
Tentativa de manter-se em contato?
Real ausência de efetividade para redução de tentativas de suicídio?
- **Redução no número de suicídios, com intervenção de baixo custo**

VISÃO GERAL SOBRE COMPORTAMENTO SUICIDA

- Esta aula usará como material de apoio o manual de prevenção do suicídio da Organização Mundial da Saúde (WHO-2000), entregue no início da aula.

VISÃO GERAL SOBRE COMPORTAMENTO SUICIDA

- DEFINIÇÕES EM SUICIDOLOGIA
- ASPECTOS HISTÓRICOS E SÓCIO-CULTURAIS
- SUICÍDIO E AS RELIGIÕES (HISTÓRICO E POSICIONAMENTO ATUAL)
- APRESENTAÇÃO SUMÁRIA DE DIVERSAS ABORDAGENS DO FENÔMENO SUICÍDIO (SOCIOLOGICA, ANTROPOLÓGICA, FILOSÓFICA, MÉDICA, PSICANALÍTICA ETC.)

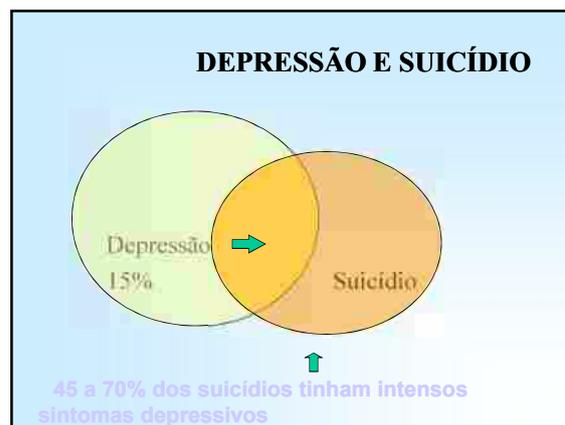
TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTO SUICIDA I

FATORES ASSOCIADOS AO SUICÍDIO

- **O suicídio envolve questões socioculturais, genéticas, psicodinâmicas, filosófico-existenciais, psiquiátricas e ambientais**
- **Existe sempre uma COMBINAÇÃO de causas culminando no suicídio**



- ## TRANSTORNOS MENTAIS
- (EM PARTICIPAÇÃO DECRESCENTE NOS CASOS DE SUICÍDIO)
- Transtornos do humor (ex: depressão)
 - Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas (ex: alcoolismo)
 - Transtornos de personalidade (principalmente borderline, narcisista e anti-social)
 - Esquizofrenia
 - Transtornos de ansiedade
 - Comorbidade potencializa riscos (ex: alcoolismo + depressão)



- ## DEPRESSÃO E SUICÍDIO
- Acomete, ao longo da vida, entre 10 e 25% das mulheres e entre 5 e 12% dos homens
 - Recortando no tempo entre 5 e 9% das mulheres e entre 2 e 3% nos homens
 - Entre os gravemente deprimidos 15% se suicidam
 - Na grande maioria dos suicídios, sintomas depressivos importantes estavam presentes

- ## DEPRESSÃO E SUICÍDIO
- Quanto mais precoce o tratamento, mais rápida a remissão e menor a chance de cronificação
 - Cerca de 2/3 das pessoas tratadas respondem satisfatoriamente ao primeiro antidepressivo prescrito

PRINCIPAIS SINTOMAS

- Tristeza durante a maior parte do dia
- Perda do interesse e do prazer
- Irritabilidade
- Falta de esperança
- Inapetência, ausência de libido
- Dormir demais ou de menos, acordar muito cedo
- Sentir-se cansado e fraco o tempo todo
- Sentir-se inútil, culpado, um peso para os outros
- Dificuldade para se concentrar ou tomar decisões
- Pensamentos freqüentes de morte e suicídio

- Tristeza durante a maior parte do dia
- Perda do interesse e do prazer
- Irritabilidade
- Falta de esperança

→ SENTIMENTOS

- Inapetência, ausência de libido
- Dormir demais ou de menos, acordar muito cedo
- Sentir-se cansado e fraco o tempo todo
- Sentir-se inútil, culpado, um peso para os outros
- Dificuldade para se concentrar ou tomar decisões
- Pensamentos freqüentes de morte e suicídio

- Tristeza durante a maior parte do dia
- Perda do interesse e do prazer
- Irritabilidade
- Falta de esperança

SINTOMAS FÍSICOS

- Inapetência, ausência de libido
- Dormir demais ou de menos, acordar muito cedo
- Sentir-se cansado e fraco o tempo todo
- Sentir-se inútil, culpado, um peso para os outros
- Dificuldade para se concentrar ou tomar decisões
- Pensamentos freqüentes de morte e suicídio

- Tristeza durante a maior parte do dia
- Perda do interesse e do prazer
- Irritabilidade
- Falta de esperança
- Inapetência, ausência de libido
- Dormir demais, de menos, acordar muito cedo
- Sentir-se cansado e fraco o tempo todo

PENSAMENTO

- Sentir-se inútil, culpado, um peso para os outros
- Dificuldade para se concentrar ou tomar decisões
- Pensamentos freqüentes de morte e suicídio

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS (DSM-IV)

<p>Obrigatórios</p> <ul style="list-style-type: none"> • Humor deprimido (tristeza, choro, sensação de vazio, falta de alegria, inutilidade) • Perda do interesse ou prazer (anedonia) 	<p>Eletivos (Mínimo de 3)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alteração do sono (insônia, hipersonia) • Alteração do humor (irritabilidade, agitação) • Alteração do apetite / peso • Alteração da libido • Ansiedade • Fadiga ou indisposição crônica • Ideação suicida
---	---

Nota: Para distímia, 1 obrigatório e 2 eletivos, duração > 2 anos

ATITUDES QUE PODEM CONDUZIR A ERROS NO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO PACIENTE DEPRIMIDO

- "No lugar dele eu também estaria deprimido"
- "Esta depressão é compreensível; não vou tratar"
- "Depressão só dá em quem tem fraqueza de caráter"
- "Você só está estressado..."
- "Depressão é uma consequência natural do envelhecimento"
- "Só depende de você": força de vontade cura a depressão!"
- "Antidepressivos são perigosos; só vou passar 1 cp por dia"
- "Quem quer se matar mesmo, não ameaça"
- "Primeiro vamos tentar algumas vitaminas para stress..."
- "Retorne daqui a um ou dois meses, e então conversaremos mais longamente..."

O QUE PODE RETARDAR O PEDIDO DE AJUDA

- Constrangimento para se admitir deprimido (“sinal de fraqueza”)
- Não reconhecer os sintomas como uma doença
- Diagnóstico mais difícil quando já há outra doença
- Dores e queixas vagas levam à procura de outras doenças

DEPRESSÃO

DICAS DE MANEJO

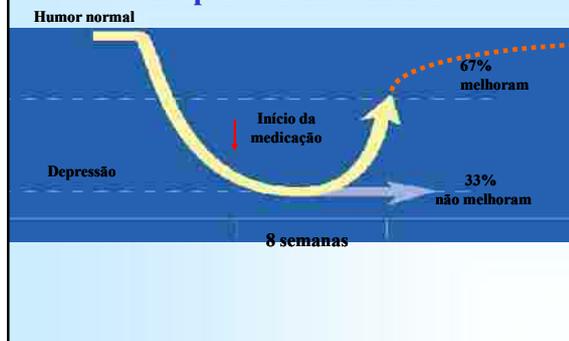
QUANDO ENCAMINHAR AO PSIQUIATRA?

- Depressão grave (longa duração, recorrente, psicótica)
- Depressão agitada (com muitos sintomas de ansiedade)
- Depressão resistente a um primeiro antidepressivo
- Depressão do Transtorno de Humor Bipolar
- Comorbidade com outros transtornos mentais
- Traços de personalidade que dificultam manejo
- Dinâmica familiar comprometida
- Risco de suicídio ou antecedente de tentativa de suicídio

AOS CLÍNICOS AO TRATAREM OUTRAS DOENÇAS “FÍSICAS”

- Reconhecer a depressão como algo “a mais”, além do quadro clínico do paciente
- Determinar sua causa, atentando para o potencial de algumas doenças e medicamentos causarem depressão
- Indicar o tratamento adequado, considerando as nuances do quadro clínico, as indicações, contra-indicações e interações dos antidepressivos com outras drogas.

DEPRESSÃO Resposta ao Tratamento



ETAPAS DO TRATAMENTO

- Em geral, há demora de cerca de 2 semanas para início de ação dos antidepressivos
- São necessárias, aproximadamente, 8 semanas para retorno ao humor de antes da depressão
- É fundamental, após a remissão dos sintomas, a continuidade do tratamento na fase de manutenção
- O tratamento completo tem duração mínima de 6 meses, a partir da remissão completa dos sintomas
- Quando há recorrência da depressão, quando a intensidade é grave, ou em caso de idade avançada, o tratamento mínimo vai de 2 anos até o resto da vida, em alguns casos

DEPRESSÃO

DICAS DE MANEJO DE PACIENTES DEPRIMIDOS EM RISCO DE SUICÍDIO

MANEJO FARMACOLÓGICO

- Depressão moderada e grave, antidepressivos devem ser iniciados e associados a psicoterapia.
- Nas primeiras semanas, em uma minoria, pode haver uma intensificação da ideação suicida independente da classe de antidepressivo usada.
- Para lidar com o problema acima, recomendamos retornos próximos, avisar o paciente e familiares, e garantir acessibilidade de ajuda.

MANEJO FARMACOLÓGICO

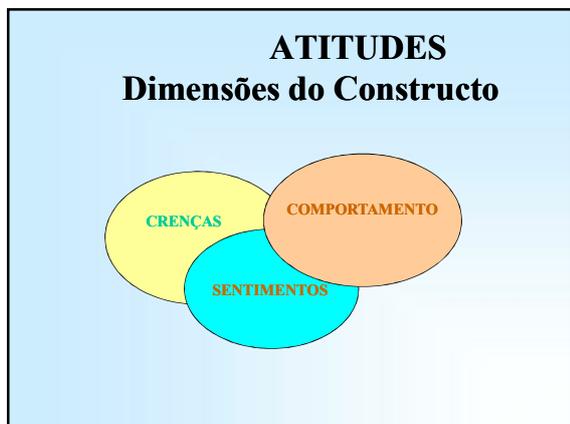
- **Os antidepressivos devem ser iniciados lentamente, pois podem trazer um aumento da ansiedade nos primeiros dias de tratamento.**
- **Quando, mesmo com a introdução lenta, a ansiedade continua sendo um empecilho, usar um benzodiazepínico em doses baixas por 2 semanas. Deve-se evitar ao máximo o seu uso prolongado.**
- **Benzodiazepínicos não devem ser usados isoladamente para a depressão.**

MANEJO FARMACOLÓGICO

- Os ISRS (ex: fluoxetina) diminuem impulsividade e comportamento suicida no médio e longo prazo
- Os tricíclicos podem ser fatais em superdosagem, de forma que enquanto houver risco de suicídio, pactuamos com um familiar o controle das medicações
- Os tricíclicos podem ser mais eficazes em depressões graves
- Depressão com sintomas psicóticos deverão ser tratados, além do antidepressivo, com antipsicótico

**Depressão é tratável.
Suicídio pode ser
prevenido**

**ATITUDES EM
RELAÇÃO AO SUICÍDIO**



Summa Theologica

S. Tomás de Aquino, séc XIII

Suicídio afronta:

- LEI NATURAL lutar pela vida é o normal
- LEI MORAL ofensa à comunidade
- LEI DIVINA apenas Deus pode tirar vidas

Sêneca (4 aC - 65 dC)

"Viver, simplesmente, não é bom; mas sim, viver bem. O sábio viverá tanto quanto lhe for conveniente, e não tanto quanto puder."

Suicídio e Atitudes do Profissional

- "Veja se da próxima vez você se mata mesmo!"
- "Se eu questionar sobre suicídio, poderei induzir o paciente a isso..."
- "Quem quer se matar mesmo, não fica "tentando" se matar..."

Suicídio e Atitudes do Profissional

- "Não seria melhor investir em quem quer viver?"
- "Quando alguém quer se matar mesmo, ninguém consegue impedir!"
- "No lugar dele, eu também me mataria..."



Se eu perguntar sobre suicídio...

Posso induzir um suicídio?

Vou ter que carregar o problema da pessoa?

Não ! Peça ajuda!

 **COMO SE COMUNICAR**

- Ouvir atentamente, manter a calma
- Entender os sentimentos da pessoa
- Demonstrar aceitação e respeito
- Conversar honesta e autenticamente
- Demonstrar preocupação e cuidado
- Focalizar nos sentimentos da pessoa

 **COMO NÃO SE COMUNICAR**

- Interromper muito frequentemente
- Ficar chocado ou muito emocionado
- Dizer que você está ocupado
- Tratar o paciente colocando-o em inferioridade
- Fazer o problema parecer trivial
- Dizer, simplesmente, que tudo vai ficar bem
- Fazer perguntas indiscretas
- Emitir julgamentos (certo x errado), doutrinar

 **FRASES DE ALERTA**

Eu preferia estar morto

Ninguém pode me ajudar

Nada mais pode ser feito

Eu não agüento mais

Eu sou um peso para os outros

3 D → **DESAMPARO**

→ **DESESPERANÇA**

→ **DESESPERO**

AVALIAÇÃO DO RISCO DE SUICÍDIO

- Ouvir atentamente
- Conhecer fatores de risco
- Fazer algumas perguntas

 GERAIS

↓

ESPECÍFICAS

Uso de drogas e suicídio

Curso de capacitação

Prevenção do suicídio em Campinas

Renata Cruz Soares de Azevedo

Mais alguns dados importantes

- 40% da população brasileira já usou bebidas alcoólicas de forma abusiva
- 12,3% da população é dependente de álcool (3 ♂ : ♀)
- O álcool é responsável por 60% dos acidentes de trânsito
- Aparece em 70% dos laudos cadavéricos das mortes violentas
- Comportamentos de risco
 - Atividade sexual sem proteção
 - Brigas
 - Tentativas de suicídio
 - Suicídio

Uso de álcool e suicídio

- Dependência e uso nocivo de álcool são a segunda classe diagnóstica mais frequente em pacientes que cometeram suicídio
- O álcool aumenta a impulsividade e, com isso, o risco de suicídio
- O álcool aumenta a letalidade de várias tentativas, como as com psicofármacos

Uso de álcool e suicídio

- Na ocasião do suicídio, 50-75% dos indivíduos dependentes de álcool apresentam quadros depressivos
- Esta forma de comportamento auto-destrutivo foi descrita por Karl Meninger como suicídio crônico

Uso de álcool e suicídio

- 40 a 60% daqueles que morrem por suicídio estavam intoxicados no momento da morte
- Entre os indivíduos dependentes de álcool, sabe-se que 6% irão morrer por suicídio

Possíveis explicações

- Reforço positivo e negativo do álcool
- Álcool como alívio para sintomas psiquiátricos, principalmente ansiedade e depressão
- Álcool como causa de ansiedade e depressão (mão dupla)

Suicídio e cocaína

- A abstinência da intoxicação com estimulantes como cocaína (crash), favorece intensos sentimentos de menos valia e culpa, que podem levar o indivíduo ao suicídio
- 20% dos adolescentes que morrem por suicídio tinham usado cocaína nos dias anteriores a morte

Valorizar na avaliação

- **Padrão de uso** (frequência, quantidade, combinações, situações de uso)
- **Importância do uso**
- **Riscos associados** (acidentes, tentativa de suicídio, criminalidade, alterações comportamentais)
- **Comorbidades psiquiátricas** (depressão, ansiedade, psicose, personalidade)
- **Comorbidades clínicas**
- **Rede de apoio** (social, familiar, institucional)
- **Motivação para tratamento** (adequar a intervenção à motivação)

Critérios para dependência

- Forte desejo ou compulsão pelo consumo
- Dificuldade de controlar o comportamento de uso
- Sinais/sintomas de abstinência
- Evidência de tolerância
- Abandono progressivo de prazeres em favor do consumo
- Persistência no uso a despeito de consequências nocivas

CID-10, 1993

Dificuldades para estabelecer diagnóstico

- Não saber o que se está procurando
- Falta de vigilância
- Constrangimento em fazer perguntas
- Não saber o que fazer se o caso for descoberto
- Negação ou evasivas do usuário

Aspectos clínicos

- Habilidade de reconhecer as sutilezas do relacionamento entre a pessoa e sua(s) droga(s) de escolha
- O conceito de síndrome presume que nem todos os elementos estarão presentes em todos os casos mas o quadro é suficientemente regular e coerente para permitir seu reconhecimento entre síndrome e não síndrome
- Avaliar como as manifestações da síndrome são moldadas pela personalidade, influências ambientais ou forças culturais
- Graus de severidade
- Identificar uma meta racional de tratamento

Estágios de mudança



Intervenção na motivação

- **Pré-contemplação:** a pessoa não enxerga motivos para mudar seu padrão de consumo de álcool. Ex: *“não tenho problema com bebidas, fico quanto tempo quiser sem beber”*
- **Atuação do profissional** – com diplomacia, ajudar o paciente a perceber as relações entre o uso do álcool e problemas familiares, no trabalho ou de saúde

Intervenção na motivação

- **Contemplação:** posição marcada pela ambivalência, a pessoa ainda não está convencida da necessidade de se tratar. Ex: *“Talvez fosse melhor para a minha saúde se eu bebesse menos, embora não ache que beba demais”*
- **Atuação do profissional** – ajudar o paciente a perceber a realidade, pode-se usar a técnica da balança, ponderando benefícios e malefícios do uso e da parada do consumo

Intervenção na motivação

- **Determinação:** o indivíduo já percebeu que necessita mudar o padrão de uso do álcool, mas tem dificuldade de tomar alguma medida prática neste sentido. Ex: *“Não posso mais lidar com esse problema sozinho, mas não sei o que fazer”*
- **Atuação do profissional** – fornecer opções de estratégia para o paciente e ajudar na execução

Intervenção na motivação

- **Manutenção:** o paciente já modificou seu hábito de beber, porém a recaída é uma ameaça. Ex: *“Sinto-me forte, sei o que devo fazer para continuar longe da bebida, mas em determinados momentos tenho medo de não resistir”*
- **Atuação do profissional** – enfatizar os ganhos com a mudança e utilizar estratégias de prevenção de recaída

Intervenção na motivação

- **Recaída:** por algum motivo, o paciente voltou a beber. Ex: *“Todo o esforço foi por água a baixo, voltei à estaca zero”*
- **Atuação do profissional** – esclarecer que a recaída faz parte do processo de cura, e que, em geral, o paciente volta a percorrer as etapas de melhora de maneira mais rápida e menos sofrida

Aspectos da adesão ao tratamento

Do paciente

- Gravidade do quadro
- Motivação para modificação de comportamento de uso e estilo de vida
- Solidez da rede de apoio social
- Pressões: sistema criminal, família, trabalho

Terapêuticos

- Estabelecimento de vínculo
- Plano de tratamento adequado às necessidades e características do paciente
- Clareza nos

Aspectos terapêuticos

- Até recentemente, a internação era vista como única alternativa terapêutica
- Atualmente, com o aprimoramento das intervenções, o tratamento ambulatorial é a principal alternativa. Manter o paciente na sua vida cotidiana facilita a identificação e o enfrentamento dos riscos do consumo
- Atuar de acordo com o estágio de prontidão para mudança que o indivíduo se encontra

Dependência é tratável

Suicídio pode ser prevenido

Bom dia!

azevedo.renata@uol.com.br

AVALIAÇÃO DO RISCO DE SUICÍDIO

FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA O SUICÍDIO

DESCRIÇÃO DOS FATORES E AVALIAÇÃO DO RISCO DE SUICÍDIO

FATORES DE RISCO PARA O SUICÍDIO

Sócio-demográficos

- Sexo masculino
- 2 faixas etárias: 15-35 e maior que 75
- Viver sozinho (separado > solteiro > viúvo > casado)
- Áreas urbanas
- Desempregados, aposentados

FATORES DE RISCO PARA O SUICÍDIO

Sócio-demográficos

- Estratos econômicos extremos
- Ateus, protestantes > católicos, judeus, muçulmanos
- Migração
- Isolamento social

FATORES DE RISCO PARA O SUICÍDIO

Psicológicos

- Perda recente
- Perda dos pais na infância
- Problemas interpessoais
- Instabilidade familiar
- Datas importantes (reações de aniversário)
- História de abuso sexual

FATORES DE RISCO PARA O SUICÍDIO

Psicológicos

- Traços de personalidade: impulsividade
agressividade
labilidade de humor
- História familiar de doença afetiva, de alcoolismo ou suicídio
- Famílias reconstituídas

FATORES DE RISCO PARA O SUICÍDIO

Psiquiátricos

- Transtorno Mental (depressão, alcoolismo, drogadição, esquizofrenia, TAB)
- História de internação recente
- Síndromes orgânico-cerebrais
- Transtornos de personalidade (borderline)
- Tentativa de suicídio pregressa
- Doenças físicas incapacitantes, dolorosas, terminais

FATORES DE RISCO PARA O SUICÍDIO

Outros

- Facilidade de acesso a meios de se matar
- Exposição ao suicídio (imprensa)
- Rápidas mudanças na sociedade (políticas e econômicas)

FATORES DE RISCO PARA O SUICÍDIO

Atenção! Os principais fatores de risco para o suicídio são:

História de tentativa de suicídio

Presença de transtorno mental

FATORES DE PROTEÇÃO PARA O SUICÍDIO

- Religiosidade
- Proximidade com a família
- Percepção otimista da vida
- Gravidez e maternidade

FATORES DE PROTEÇÃO PARA O SUICÍDIO

- Ter uma ocupação/emprego
- Rede social (interdependência)
- Capacidade de enfrentamento (coping)

AVALIAÇÃO DE PACIENTES COM RISCO DE SUICÍDIO

COMPORTAMENTO SUICIDA

AVISO DE ALERTA

PEDIDO DE SOCORRO

AVALIAÇÃO DE PACIENTES COM RISCO DE SUICÍDIO

- 1 Ouvir atentamente
- 2 Conhecer fatores de risco
- 3 Fazer algumas perguntas

GERAIS

ESPECÍFICAS

Se eu perguntar sobre suicídio...

Posso induzir um suicídio?

Vou ter que carregar o problema da pessoa?

Não ! Peça ajuda!

AVALIAÇÃO DE PACIENTES COM RISCO DE SUICÍDIO

FRASES DE ALERTA

- “Eu preferia estar morto”
- “Eu não posso fazer nada”
- “Eu não agüento mais”
- “Eu sou um perdedor e um peso para os outros”
- “Os outros vão ser mais felizes sem mim”

AVALIAÇÃO DE PACIENTES COM RISCO DE SUICÍDIO

Como ajudar a pessoa com risco de suicídio?

- 1- lugar adequado
- 2- reserve tempo
- 3- ouça efetivamente

Ouçã com cordialidade.
 Trate com respeito.
 Empatia com as emoções.
 Cuidado com o sigilo.

AVALIAÇÃO DE PACIENTES COM RISCO DE SUICÍDIO

O que perguntar para avaliar o risco?

- Tem obtido prazer nas coisas que tem realizado?
- Sente-se útil na vida que está levando?
- Sente que a vida perdeu o sentido?
- Tem esperança de que as coisas vão melhorar?
- Pensou que seria melhor morrer?
- Tem pensamentos de por fim à própria vida?

AVALIAÇÃO DE PACIENTES COM RISCO DE SUICÍDIO

O que perguntar para avaliar o risco?

- São idéias passageiras ou persistentes?
- Pensou em como se mataria?
- Chegou a fazer algum preparativo?
- Você tem com quem contar, pedir ajuda?
- É capaz de se proteger até a próxima consulta?
- Tem esperança de ser ajudado?

AVALIAÇÃO DE PACIENTES COM RISCO DE SUICÍDIO

TÓPICOS IMPORTANTES

Descobrir se a pessoa tem um **plano** definido para cometer suicídio:

- Você fez algum plano para acabar com sua vida?
- Você tem uma idéia de como vai fazê-lo?

Descobrir se a pessoa tem os **meios** para se matar:

- Você tem pílulas, uma arma, veneno, ou outros meios?
- Os meios são facilmente disponíveis para você?

AVALIAÇÃO DE PACIENTES COM RISCO DE SUICÍDIO

TÓPICOS IMPORTANTES

Descobrir se a pessoa fixou uma **data**:

- Você decidiu quando você planeja acabar com sua vida?
- Quando você está planejando fazê-lo?

Todas estas questões precisam ser perguntadas com cuidado, preocupação e compaixão.

AVALIAÇÃO DE PACIENTES COM RISCO DE SUICÍDIO

BAIXO RISCO

- A pessoa teve alguns pensamentos suicidas:
“Eu não consigo continuar”
“Eu gostaria de estar morto”

mas **não fez nenhum plano.**

AVALIAÇÃO DE PACIENTES COM RISCO DE SUICÍDIO

BAIXO RISCO

Ação Necessária

- Oferecer **apoio emocional**
- Trabalhar sobre os **sentimentos suicidas**
- Focalize nos **aspectos positivos** da pessoa
- Se você não conseguir identificar uma condição tratável e/ou a pessoa **não demonstra melhora**, não consegue refletir sobre sua condição, **encaminhe-a** para um profissional de saúde mental.

AVALIAÇÃO DE PACIENTES COM RISCO DE SUICÍDIO

MÉDIO RISCO

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

AVALIAÇÃO DE PACIENTES COM RISCO DE SUICÍDIO

MÉDIO RISCO

Ação Necessária

- Oferecer **apoio emocional**.
- Trabalhar sobre os **sentimentos suicidas**.
- Focalize nos **aspectos positivos** da pessoa.
- Focalize os **sentimentos de ambivalência**.
- Explore **alternativas ao suicídio**.
- Faça um **contrato**

AVALIAÇÃO DE PACIENTES COM RISCO DE SUICÍDIO

MÉDIO RISCO

Ação Necessária

- **Encaminhe** a pessoa a um psiquiatra.
- **Peça autorização** ao paciente, entre em **contato com a família, amigos e/ou colegas** e reforce seu apoio.
- Oriente sobre **medidas de prevenção**.

Negocie com sinceridade, explique e peça o aval do paciente para todas as medidas a serem tomadas.

AVALIAÇÃO DE PACIENTES COM RISCO DE SUICÍDIO

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 (cartas, pagamento de contas, testamento) e parece estar se despedindo.

AVALIAÇÃO DE PACIENTES COM RISCO DE SUICÍDIO

ALTO RISCO

Ação Necessária

- **Estar junto** da pessoa. Nunca deixá-la sozinha.
- Gentilmente falar com a pessoa e **remover os comprimidos, faca, arma, venenos, etc.**
- Fazer um **contrato**, como descrito anteriormente, tente ganhar tempo.

AVALIAÇÃO DE PACIENTES COM RISCO DE SUICÍDIO

ALTO RISCO

Ação Necessária

- 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 .

AVALIAÇÃO DE PACIENTES COM RISCO DE SUICÍDIO

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.

AVALIAÇÃO DE PACIENTES COM RISCO DE SUICÍDIO

RESUMINDO: O QUE FAZER ☺

- Ouvir, mostrar empatia, e ficar calmo;
- Ser afetuoso e dar apoio;
- Leve a situação a sério e verifique o grau de risco;
- Pergunte sobre tentativas anteriores;
- Explore as outras saídas, além do suicídio;
- Pergunte sobre o plano de suicídio;

AVALIAÇÃO DE PACIENTES COM RISCO DE SUICÍDIO

RESUMINDO: O QUE FAZER ☺

- Ganhe tempo – faça um contrato;
- Identifique outras formas de dar apoio emocional;
- Remova os meios, pelos quais a pessoa possa se matar;
- Tome atitudes, consiga ajuda;
- Se o risco é grande, fique com a pessoa.

AVALIAÇÃO DE PACIENTES COM RISCO DE SUICÍDIO

RESUMINDO: 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;
- Falar que tudo vai ficar bem, sem agir para que isso aconteça;

AVALIAÇÃO DE PACIENTES COM RISCO DE SUICÍDIO

RESUMINDO: O QUE NÃO FAZER ☹

- Desafiar a pessoa a continuar em frente;
- Fazer o problema parecer trivial;
- Dar falsas garantias;
- Jurar segredo;
- Deixar a pessoa sozinha.

AVALIAÇÃO DE PACIENTES COM RISCO DE SUICÍDIO

Um dos melhores indicadores para a avaliação do risco de suicídio será a consciência do avaliador de sua própria ansiedade diante do paciente.

A incapacidade para experimentar ansiedade nessas ocasiões, em decorrência de um contato empático pobre, da falta de tempo, ou de defesas excessivamente fortes, impedirá a avaliação.

SUICÍDIO: Modelo de Estresse-vulnerabilidade de Wasserman

<p># ESTRESSE decorrente de: Precipitantes agudos comportamento suicida:</p> <ul style="list-style-type: none"> - separação, perda, conflito relacionamento - problema financeiro, dívida e constrangimento - eventos vitais negativos e traumáticos - recaída ou exacerbação da doença - ferida narcísica 	<p>Vulnerabilidade para comportamento suicida:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Problemas de relacionamento - Violência e trauma psíquico - Estresse social, pobreza e desemprego - Doença psiquiátrica - Abuso álcool /drogas - Doença somática
--	---

CARACTERIZAÇÃO COMO GUIA DE CONDUTA

- **FATORES DE RISCO PRESENTES NO INDIVÍDUO**
- **CARACTERIZAÇÃO DA TENTATIVA DE SUICÍDIO (INTENCIONALIDADE, MÉTODO, MOTIVAÇÃO ALEGADA)**
- **HISTÓRICO DE TENTATIVAS DE SUICÍDIO**
- **PRESENÇA DE MODELOS DE IDENTIFICAÇÃO?**
- **EXPERIÊNCIAS TRAUMÁTICAS DE VIDA**
- **SAÚDE FÍSICA E ACOMPANHAMENTO MÉDICO**

CARACTERIZAÇÃO COMO GUIA DE CONDUTA

- **HISTÓRICO DE TRATAMENTO DE SAÚDE MENTAL**
- **EVENTOS ESTRESSANTES RECENTES**
- **USO DE ÁLCOOL E DROGAS**
- **NÍVEL DE DESESPERANÇA**
- **NÍVEL DE DEPRESSÃO E ANSIEDADE**
- **ESTRUTURA DE APOIO SOCIAL**
- **PRESENÇA DE TRANSTORNOS MENTAIS**

DESESPERANÇA

- **É UM DOS SINTOMAS DE DEPRESSÃO**
- **PODE ESTAR PRESENTE MESMO NA AUSÊNCIA DE DEPRESSÃO**
- **NÍVEL DE DESESPERANÇA ESTÁ MAIS ASSOCIADO COM LETALIDADE APÓS TS DO QUE O NÍVEL DE DEPRESSÃO**

BECK, AT; BROWN, G; STEER, RA (1989). PREDICTIONS OF EVENTUAL SUICIDE IN PSYCHIATRIC IMPATIENTS BY CLINICAL RATINGS OF HOPELESSNESS. *JOURNAL OF CONSULTING AND CLINICAL PSYCHOLOGY* 57.

INTENCIONALIDADE SUICIDA (BECK ET AL., 1974)

- **Comunicação prévia de que iria se matar**
- **Mensagem ou carta de adeus**
- **Providências finais (Ex.: conta bancária)**
- **Planejamento detalhado**
- **Precauções para não ser descoberto**
- **Ausência de pessoas para socorrer**
- **Não procurou ajuda logo após tentativa**

RISCO DE SUICÍDIO MINI-PLUS 5.0

Durante o último mês:	PONTOS
Pensou que seria melhor estar morto?	1
Quis fazer mal a si mesmo?	2
Pensou em suicídio?	6
Pensou numa maneira de se suicidar?	10
Tentou o suicídio?	10
Ao longo da vida, já fez alguma tentativa de suicídio?	4

1 – 5: baixo 6 – 9: moderado ≥ 10: alto



FRASES DE ALERTA

Eu preferia estar morto
 Ninguém pode me ajudar
 Eu não agüento mais
 Eu sou um peso para os outros

Ds →

- DEPRESSÃO
- DEPENDÊNCIA QUÍMICA
- DELIRIUM
- DESAMPARO
- DESESPERANÇA
- DESESPERO

MANEJO PSICOSSOCIAL

- REFORÇAR VÍNCULOS
- CRIAR REDE DE APOIO
- FORTALECER PERTENÇA

SUGESTÕES DE MANEJO

1. Dar mais apoio-reasseguramento do que o habitual
2. Construir, conjuntamente, objetivos em escada
3. Iniciamos a abordagem pelos fatores desencadeantes (conscientes) trazidos pelo paciente

SUGESTÕES DE MANEJO

4. Distorções cognitivas devem ser mostradas e trabalhadas
5. Deve-se reforçar os vínculos saudáveis do paciente
6. Fortalecer a sensação subjetiva de “pertença”

SUGESTÕES DE MANEJO

7. Outras estratégias para mudar o ambiente e/ou pedir socorro
8. Não confundir “neutralidade” terapêutica com “passividade” terapêutica
9. Fármacos para Transtornos psiquiátricos e/ou sintomas-alvo, como, impulsividade

SUGESTÕES DE MANEJO

10. Cuidado início do uso de antidepressivos e evitar fármacos com baixo índice terapêutico (dose tóxica / dose terapêutica, ex: tricíclicos)
11. Tratamento em dois tempos: primeiramente técnicas de apoio, cognitivas, fármacos e, num segundo tempo, técnicas que privilegiem “insight”

VISÃO PSICODINÂMICA DO SUICÍDIO

- FANTASIAS INCONSCIENTES LIGADAS AO SUICÍDIO E COMPORTAMENTO SUICIDA
- ALTERAÇÕES NO ESTADO MENTAL DO INDIVÍDUO COM COMPORTAMENTO SUICIDA
- ALTERAÇÕES NO ESTADO MENTAL DO INDIVÍDUO MELANCÓLICO, BORDERLINE E PSICÓTICO

VISÃO PSICODINÂMICA DO SUICÍDIO

- MOBILIZAÇÕES GERADAS NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE PELO PACIENTE COM COMPORTAMENTO SUICIDA
- MOBILIZAÇÕES GERADAS NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE PELO PACIENTE MELANCÓLICO, BORDERLINE E PSICÓTICO
- ASPECTOS PSICOTERÁPICOS NO LIDAR COM O PACIENTE COM RISCO SUICIDA, SUA FAMÍLIA E MEIO SOCIAL
- ASPECTOS PSICOTERÁPICOS NO LIDAR COM FAMÍLIAS E EQUIPES DE SAÚDE DE PACIENTES QUE CONSUMARAM SUICÍDIO.

TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTO SUICIDA III

ESQUIZOFRENIA E SUICÍDIO

- Acomete 1% da população no Brasil e no mundo
- 10% dos esquizofrênicos morrem por suicídio
- Modo mais eficiente de se reduzir o risco de suicídio nessas pessoas é o tratamento adequado

ESQUIZOFRENIA E SUICÍDIO

Momentos de maior risco:

- No período inter-crise, quando percebe e não elabora toda a limitação e prejuízo que a doença acarretou à sua vida.
- Durante a crise quando, por exemplo, segue vozes de comando que mandam se matar.
- No período logo após a alta de uma internação psiquiátrica.

ESQUIZOFRENIA E SUICÍDIO

Diagnóstico:

- Delírios
- Alucinações
- Discurso desorganizado
- Comportamento desorganizado
- Sintomas negativos (embotamento afetivo, diminuição da vontade, alogia, hipoedonia)
- Perda de capacidade laboral/acadêmica/social

ESQUIZOFRENIA E SUICÍDIO

Delírio

Uma falsa crença baseada em uma inferência incorreta acerca da realidade externa, firmemente mantida, apesar do que todas as outras pessoas acreditam e apesar de provas ou evidências incontestes em contrário.

Não é compreensível por uma diferença de concepção religiosa ou cultural.

ESQUIZOFRENIA E SUICÍDIO

Alucinação

Uma percepção sensorial que apresenta a sensação de realidade de uma verdadeira percepção, mas que ocorre sem estimulação externa do órgão sensorial em questão

ESQUIZOFRENIA E SUICÍDIO

Tratamento:

- A) Multidisciplinar - O tratamento farmacológico é fundamental na esquizofrenia, mas de maneira nenhuma dispensa outros tratamentos concomitantes, como a terapia ocupacional ou a psicoterapia

ESQUIZOFRENIA E SUICÍDIO

Tratamento:

- B) Exigências excessivas, especialmente sociais, podem ser prejudiciais. Pouco estímulo (indivíduos institucionalizados) acarreta maiores perdas cognitivo-emocionais ao longo do tempo

ESQUIZOFRENIA E SUICÍDIO

Tratamento:

- C) Quando um paciente não responde satisfatoriamente a um antipsicótico, o primeiro questionamento que devemos fazer, é se ele está realmente tomando a medicação de forma regular

ESQUIZOFRENIA E SUICÍDIO

Tratamento:

- D) O histórico de reações e respostas aos antipsicóticos no passado é uma importante fonte para a escolha do fármaco atual.

ESQUIZOFRENIA E SUICÍDIO

Tratamento:

- E) Medicamentos de depósito podem ser usadas quando a questão da adesão é um fator muito limitante ao tratamento, desde que o paciente já tenha usado tal fármaco e reações adversas importantes não tenham aparecido.

ESQUIZOFRENIA E SUICÍDIO

Tratamento:

- G) Na escolha de um antipsicótico, deve se levar em conta, ao menos quatro aspectos centrais:
1. Eficácia do fármaco nos sintomas positivos da esquizofrenia.
 2. Eficácia do fármaco nos sintomas negativos da esquizofrenia.
 3. Fármaco com perfil de efeitos colaterais mais adequado ao indivíduo em questão.
 4. Custo do antipsicótico.

ESQUIZOFRENIA E SUICÍDIO

Tratamento:

Duas situações extremas devem ser evitadas:

- Manter o paciente com antipsicótico cujo perfil de efeitos colaterais lhe restringe a qualidade de vida, apenas porque o mesmo é mais barato.
- Introduzir um antipsicótico com preço dezena de vezes superior aos mais antigos, com um ganho bem discreto ou até discutível para o paciente.

TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR E SUICÍDIO

- Acomete 1,5% da população geral.
- Para se pensar neste diagnóstico, o indivíduo deve ter apresentado pelo menos um episódio maníaco ao longo da vida. Em geral, essas pessoas vivenciam episódios maníacos, depressivos e/ou mistos.
- Apesar da cronicidade do quadro, a maior parte dos indivíduos corretamente tratados atinge a estabilização do humor, o que permite uma vida normal.

TAB E SUICÍDIO

- O TAB associa-se a maior risco de suicídio, especialmente nas fases de depressão e nos casos de ciclagem rápida.
- Em várias condições o tratamento com lítio é a primeira opção. Mas atenção: assim como nos casos dos tricíclicos, a ingestão excessiva de lítio pode ser fatal.
- Em casos de risco de suicídio, é aconselhável que alguém próximo do paciente controle a medicação.

TAB E SUICÍDIO

Episódio maníaco:

- Período de anormalidade com humor elevado ou irritado significativamente, com duração de pelo menos uma semana (ou qualquer duração se uma internação é necessária);

Durante este período três ou mais dos seguintes sintomas devem estar presentes num grau significativo:

- Auto-imagem inflada ou grandiosidade;
- Menor necessidade de sono;
- Logorréia;

TAB E SUICÍDIO

Episódio maniaco:

- Aumento da velocidade do pensamento;
- Hipotenacidade;
- Tenta realizar várias atividades simultaneamente ou agitação psicomotora;
- Põe-se em situações de risco (inadequação social, hipersexualidade, compras inadequadas);

TAB E SUICÍDIO

Manejo Clínico (opções em ordem decrescente de eficácia)

Estabilização do Humor	Estabilização do humor em ciclador rápido e/ou antecedente de mania disfórica	Estabilização do humor em pacientes de difícil manutenção em eutímia	Depressão leve ou leve-moderada
1) Lítio	1) Ácido valpróico	1) Lítio + olanzapina	1) ↑ dose do estabilizador
2) Ácido valpróico	2) Carbamazepina	2) Lítio + ácido valpróico	2) Estabilizador + lamotrigina
3) Carbamazepina	3) Lítio	3) Lítio + carbamazepina	3) Outras opções
4) Outras opções	4) Outras opções	4) Ácido valpróico + carbamazepina	
		5) Outras opções	

TAB E SUICÍDIO

Manejo Clínico (opções em ordem decrescente de eficácia)

Depressão moderada-grave ou grave	Depressão grave com sintomas psicóticos	Episódio maniaco
1) ↑ dose do estabilizador + antidepressivo	1) ECT*	1) ↑ dose do estabilizador + anti-psicótico
2) ECT*	2) ↑ dose do estabilizador + antidepressivo + antipsicótico	2) ↑ dose do estabilizador + associação de outro estabilizador
3) Outras opções	3) Outras opções	3) ECT*

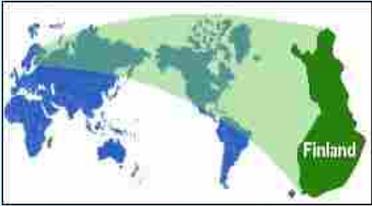
* Electroconvulsoterapia

- **TRANSTORNO DE PERSONALIDADE E SUICÍDIO**
- **TRANSTORNO DE ANSIEDADE E SUICÍDIO**
- **OUTROS TRANSTORNOS MENTAIS E SUICÍDIO**

ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO DO SUICÍDIO

Exemplos de planos de prevenção, evidências e recomendações, estágio da prevenção no Brasil

PAÍS PIONEIRO:



Desenvolvimento: pesquisa (1986-1991)
plano de ação(1992)
implementação (1992-1996)
avaliação (1997-1998)



Programa de Prevenção Finlandês:

As taxas mais altas de suicídio eram entre pessoas jovens, entre os 15 e 24 anos, na maioria homens, as estratégias foram direcionadas para este grupo.

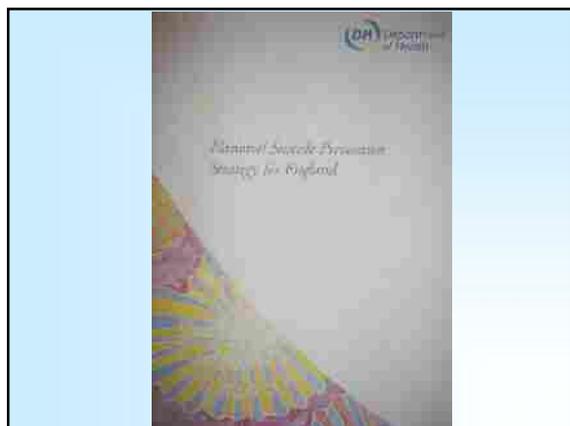
Foram lançadas estratégias de prevenção no sistema escolar e entre grupos religiosos de jovens.

Os militares receberam instruções sobre como identificar indivíduos em risco e como encaminhá-los.

ESTRATÉGIAS SUGERIDAS PELA OMS:

- Identificar e reduzir a disponibilidade e o acesso aos meios para se cometer suicídio (ex. armas de fogo, substâncias tóxicas).
- Prover treinamento para as equipes envolvidas na prevenção (saúde, "gatekeepers", grupos de apoio).

(WHO, 2004)



Programa de Prevenção Inglês (2002)

A Inglaterra possui um bom banco de informações, o que possibilitou a criação de critérios para a definição dos grupos de risco.

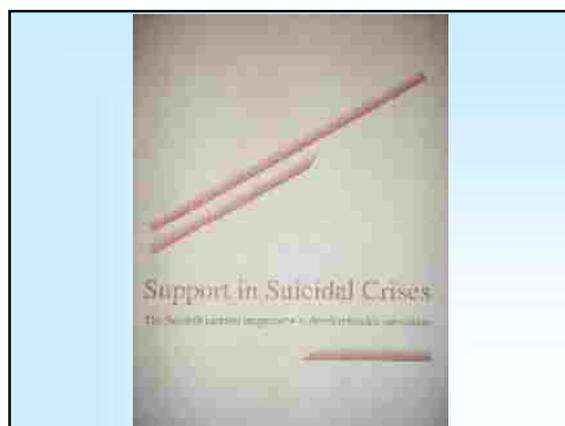
Realizou mudanças nas prisões (janelas e móveis) para impedir locais de amarras, mudou forma de descartar as medicações que não são mais usadas e retirou da rede de saúde antidepressivos mais antigos e não prescritos.

Realiza treinamento regular (3 em 3 anos) das equipes que atendem os grupos de maior risco.

ESTRATÉGIA SUGERIDA PELA OMS:

- Aumentar o conhecimento, através da educação pública, sobre doença mental e o seu reconhecimento precoce.

(WHO, 2004)



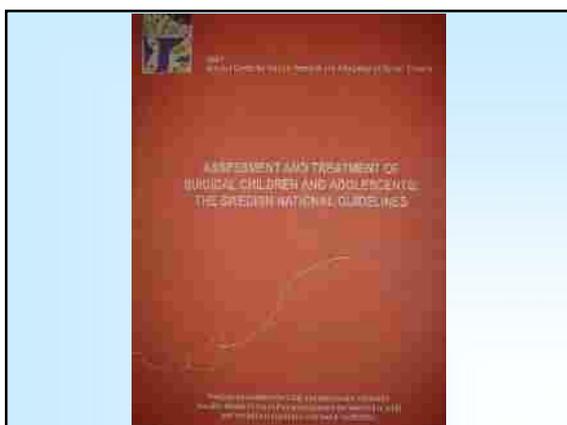
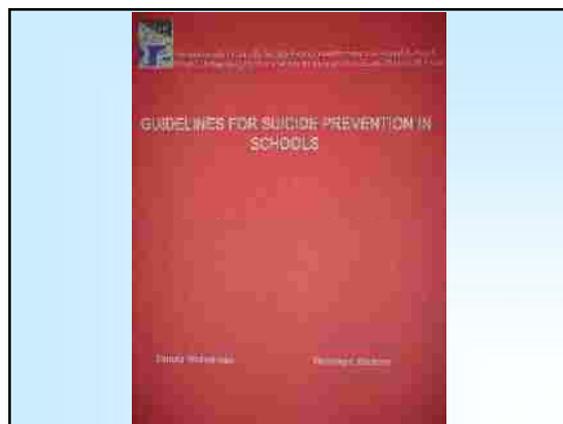


Plano de Prevenção Sueco (1996):

A educação é central no programa, explica sobre o comportamento suicida já no início do plano e vai até produção de manuais, treinamento dos profissionais. Em todas as questões abordadas tem o aspecto educacional.

Promove a pesquisa nesta área, com centro nacional de pesquisa relacionada ao suicídio, em colaboração com universidade.

Estimula a troca de informações para que o conhecimento seja transmitido, com palestras, seminários, discussões.



ESTRATÉGIAS SUGERIDAS PELA OMS:

- Melhorar os serviços de atenção à saúde, promover suporte e reabilitação para as pessoas com comportamento suicida.
- Melhorar os procedimentos diagnósticos e subseqüente tratamento.
- Aumentar a atenção entre profissionais de saúde para suas próprias atitudes e tabus em relação à prevenção do suicídio e às doenças mentais.

(WHO, 2004)



Plano de Prevenção Australiano (1998):

Partiu de uma estratégia nacional de prevenção do suicídio em jovens (1995).

Procurou melhorar a rede de atendimento, integrando os serviços de primeiros socorros, policial com os da comunidade, clínicos gerais, equipes de saúde mental, serviços especializados (dependentes).

Forneceu treinamento e suporte para aqueles que trabalham com pessoas em maior risco ou que já apresentaram comportamento suicida.



Plano de Prevenção Australiano (1998):

Estimulou a coleta de dados, principalmente nos serviços de emergência.

Se preocupou com a prevenção entre as populações indígenas, onde o maior problema também era na faixa etária jovem.

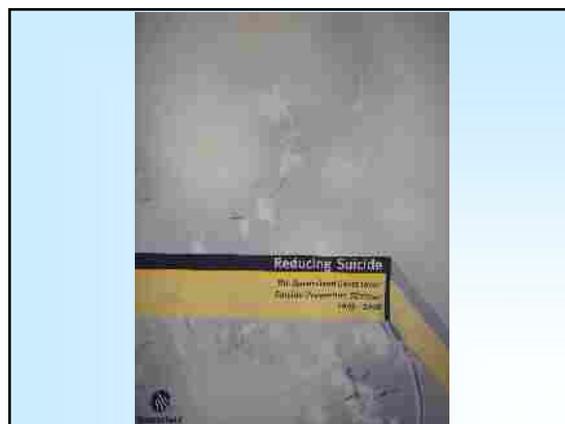
Buscou identificar e alterar, quando possível, as questões sócio-culturais que poderiam estar associadas ao maior risco de suicídio.



Plano de Prevenção Australiano (1998):

Realizou muitas parcerias com órgãos governamentais, comunidades (ex. aborígenes) e ONGs (ex. LIFE).

Como resultado e tentando manter as mudanças, surgiram alguns programas regionais de prevenção.




SAVE THE WHALES

While you read this and view this image, a train somewhere is about to cross a bridge over the ocean. In his excitement, the train is about to turn his wheels into the path of an incoming train-train.

5 males suicide in this country every day. Whatever the reason, it's too many. If 5 whales beached themselves on Ropki Beach, it would be front page news. Broadcast all over the world, enormous money, effort and resources would be utilized in trying to save them.

Yet we lose 5 males a day in this country, and we seem to accept that.

ESTRATÉGIA SUGERIDA PELA OMS:

- Auxiliar a mídia a noticiar suicídios ou tentativas de suicídio.

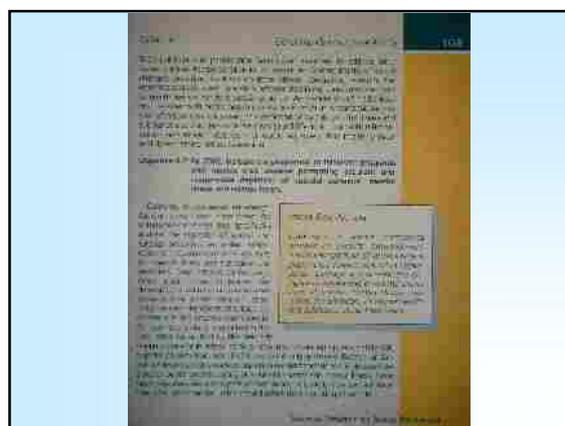
(WHO, 2004)

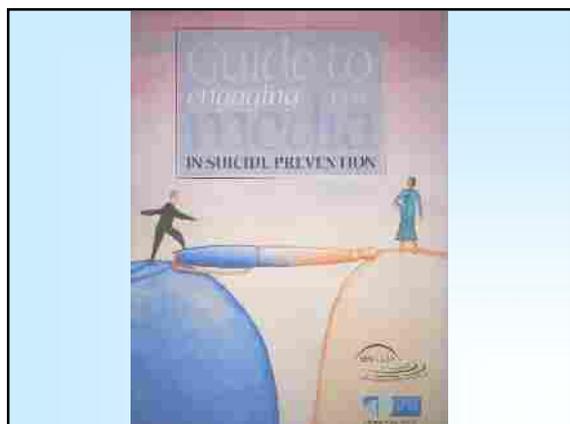


Plano de Prevenção Estadunidense (2001):

Fornecer diretrizes gerais para que cada estado crie e desenvolva o seu próprio plano.

Bastante abrangente, com sugestões de medidas de prevenção ao longo de todo o plano.

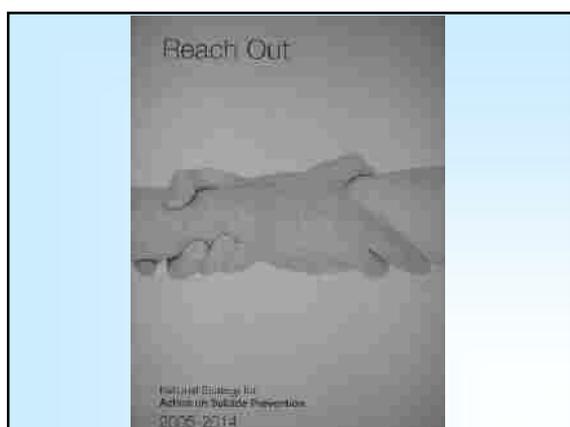




ESTRATÉGIA SUGERIDA PELA OMS:

- Incentivar a pesquisa na prevenção do suicídio e encorajar a coleta de dados nas causas de suicídio, evitar a duplicação dos registros estatísticos.

(WHO, 2004)



Plano de Prevenção Irlandês (2005):

Divide suas ações em áreas:
 Nível A – atuação na população geral
 Nível B – atuação em alvos
 Nível C – respondendo ao suicídio
 Nível D – informação e pesquisa

Cada área tem seus objetivos definidos, alvos e ações a serem tomadas.

Tabela 1- Diminuição na taxa total de suicídio após intervenção.

Intervenção	Suicídios, % de diminuição na taxa anual
Educação	
Pública	Não disponível
Médicos de atenção primária	22 - 73
Pessoas-chaves	
Força Aérea EEUU	40
Forças Armadas Noruega	33
Aumento prescrições de antidepressivos*	3,2
Rede de cuidado	Não disponível
Restrição a meios letais	
Armas	1,5 - 9,5
Gás de cozinha	19 - 33
Barbitúricos	23
Gases de veículos e analgésicos	Não disponível
Bloqueio da mídia	Não disponível

* Houve um aumento de 414% nas prescrições de antidepressivos de 1987 - 1999.
 Fonte: JAMA, October 26, 2005, vol.294, 16.

**O SUICÍDIO É UM DRAMA PESSOAL QUE
 TRANSCORRE NUM PALCO DE
 RELAÇÕES INTERPESSOAIS,
 EM UM AMBIENTE SOCIAL,
 POLÍTICO E CULTURAL**

PREVENÇÃO DO SUICÍDIO

FATORES DE RISCO → Influência do modelo de doenças transmissíveis agudas

FATORES DE PROTEÇÃO → Fenômeno complexo, multideterminado
Pouco estudados

FATORES FIXOS	FATORES MODIFICÁVEIS
Gênero	Acesso a meios letais
Idade	Transtornos mentais
Situação Conjugal	Isolamento social
Tentativas prévias	Doenças físicas



PREVENÇÃO DO SUICÍDIO

TIPOS DE INTERVENÇÃO: EXEMPLOS

UNIVERSAL	SELETIVA	INDICADA
Público em geral	Risco + elevado	Alto risco
Redução do acesso a substâncias tóxicas letais	Deteção de pessoas acometidas por transtornos mentais	Seguimento intensivo de pacientes que tentaram suicídio

PREVENÇÃO DO SUICÍDIO

ATENÇÃO PRIMÁRIA: O EXEMPLO DE GOTLAND

Década de 80: Ilha de Gotland (Suécia)
58.000 habitantes
Agricultura → Turismo e pequenas indústrias
Taxa elevada de suicídio, ligada à depressão
Todos os médicos generalistas participaram, ao longo de dois anos
Treinamento para deteção e diagnóstico da depressão

PREVENÇÃO DO SUICÍDIO

ATENÇÃO PRIMÁRIA: O EXEMPLO DE GOTLAND

Após dois anos:

- ↓ 50% nos encaminhamentos de depressão para o psiquiatra
- ↓ 50% no número de licenças médicas devidas à depressão
- ↓ 75% no número de internações por depressão
- ↓ 60% no número de suicídios

PREVENÇÃO DO SUICÍDIO

ATENÇÃO PRIMÁRIA: O EXEMPLO DE GOTLAND

Após dois anos:

- ↑ 50% no número de prescrições de antidepressivos
- ↓ 25% no número de prescrições de benzodiazepínicos
- ↑ 30% no número de prescrições de lítio

PREVENÇÃO DO SUICÍDIO

ATENÇÃO PRIMÁRIA: O EXEMPLO DE GOTLAND

Infelizmente, após quatro anos:

Os coeficientes de suicídio aumentaram, voltando para níveis anteriores ao programa educacional:

- Esquecimento?
- Perda de interesse?
- Mudança de foco para outros problemas

➡ **50% dos médicos treinados tinham deixado o emprego**

PREVENÇÃO DO SUICÍDIO

ATENÇÃO PRIMÁRIA: O EXEMPLO DE GOTLAND

Lições aprendidas:

- Redução dos suicídios: mulheres, diagnóstico de depressão, em acompanhamento médico.
- Suicídio entre homens não sofreu redução, com exceção entre homens > 60 anos, que estavam em acompanhamento.
- 80% dos homens que se mataram não eram conhecidos pela equipe médica! (contra apenas 40% das mulheres).
- Enfraquecimentos dos efeitos benéficos do programa após quatro anos.

Ações de Prevenção do Suicídio

Hospital das Clínicas da UNICAMP

- Atenção no Pronto-Socorro e nas Enfermarias
- Curso de prevenção do suicídio para a enfermagem
- Grupos operativos com enfermeiros enlutados
- Tela de proteção



PREVENÇÃO DO SUICÍDIO

BRASIL

ESTRATÉGIA NACIONAL DE PREVENÇÃO DE SUICÍDIO:

- Portaria do MS com diretrizes lançada em agosto de 2006
- Plano Nacional de Prevenção esperado para 2007
- Priorização das ações dirigidas a grupos de risco





amigosdavid@saude.gov.br



**PREVENÇÃO DO SUICÍDIO:
UM MANUAL PARA
PROFISSIONAIS DA SAÚDE
EM ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Transtornos Mentais e Comportamentais
Departamento de Saúde Mental
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
2000

Já traduzidos:

- Profissionais de atenção primária
- Médicos Gerais
- Professores
- Profissionais da Mídia

Até final do ano:

- Agentes penitenciários
- Suicídio no ambiente de trabalho
- Conselheiros
- Sobreviventes enlutados

[www.who.int/mental_health/
resources/suicide/en/](http://www.who.int/mental_health/resources/suicide/en/)