

ESTRATÉGIA DE PREVENÇÃO E POSVENÇÃO EM ATENDIMENTO A VÍTIMA DE TENTATIVA DE SUICÍDIO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

André Luis Bendl, Júlio Walz (orient), Rafael Zanin(co-orient)
UNILASALLE- CANOAS

Resumo

INTRODUÇÃO: O Suicídio é um sério problema de saúde pública. Dados da Organização mundial de saúde, evidenciam cerca de 1 milhão de mortes por ano no mundo. No Brasil, temos cerca de 30 mortes por dia por suicídio. Inclusive a Organização mundial de Saúde estima que em 2020, chegaremos a cerca de 1,5 milhões de morte no mundo. A necessidade de prevenção, atendimento, caracterização correta dos casos e pronto atendimento tornam-se fundamentais neste momento, além do acompanhamento dos familiares de suicidas que se tornam vítimas desta situação. Objetivo deste estudo é de relatar a experiência de prevenção e posvenção de uma equipe profissional de saúde em atenção primária em saúde, em abordagem multidisciplinar, no caso de paciente feminina com várias tentativas de suicídio.**METODOLOGIA:** Relato de experiência sobre o atendimento a uma paciente com mais de seis tentativas de suicídio.**RESULTADOS:** Capacitação da equipe em saúde da família, acompanhamento multidisciplinar da paciente, reconhecimento de seu problema de saúde e o correto tratamento foram fundamentais para melhoria de saúde.**CONCLUSÃO:** O Suicídio é um tema de relevância clínica e epidemiológica e que cada vez mais deverá haver profissionais e equipes multidisciplinares capacitados para o correto manejo destes pacientes.

Palavras-chave: Suicídio, Depressão, Saúde Mental

Área Temática: Ciências Médicas e da Saúde

1. Introdução

Albert Camus, famoso escritor e filósofo francês, em seu ensaio MITO DE SÍSIFO: UM ENSAIO SOBRE O ABSURDO, escreve que " só existe um problema filosófico realmente sério: é o suicídio. Julgar se a vida vale ou não a pena ser vivida é responder à questão fundamental da filosofia" (Camus, 1949).

1.1 Definição

A palavra *suicídio* vem do latim "*su*" que se refere "a si mesmo" e "*caedere*" que significa "matar" ou "*cadere*" que se refere a morrer, ser imolado. Já comportamento suicida abrange um espectro de atos que vão desde ideação suicida, intenção, planejamento, tentativas frustradas até suicídios completos, de uma forma contínua; suicídio completo é definindo como ato deliberado e executado pelo próprio indivíduo, cuja intenção seja a morte, de forma consciente, intencional, usando-se um meio que se acredita ser efetivo; tentativa de suicídio é conduta que não tem desfecho letal, incluso qualquer dano autoinfligido, executado deliberadamente com a intenção de morte; ideação suicida consiste em pensamentos de cunho de autoextermínio, sem passar para o plano da prática (TURECKI G, 2012).

1.2 Epidemiologia do Suicídio

Cerca de um milhão (1.000.000) de suicídios ocorrem por ano em todo mundo, isso significa aproximadamente 3000 mortes por dia, ou seja, a cada 40 segundos temos um caso de suicídio (WHO 2014).

Apresenta uma taxa de mortalidade global de 16 por 100.000 habitantes; é a 13ª causa de morte; 3ª no grupo etário dos 15 aos 34 anos; 2ª nos jovens dos 15 aos 19 anos. As tentativas de suicídio representam a 6ª causa de déficit funcional permanente. Os dados da OMS indicam que as taxas de suicídio aumentaram 60% nos últimos 45 anos, sobretudo nos países em vias de desenvolvimento. Estima-se que o número de tentativas de suicídio seja dez a vinte vezes superior ao número de mortes. A prevalência ao longo da vida de tentativas de suicídio é de aproximadamente 3,5% e de ideação, de 16,3% na população em geral. Para cada suicídio, há 4 tentativas, e é aí que a intervenção dos profissionais de saúde é fundamental (MANN, J. et al. 2005; WHO 2014).

As maiores taxas de morte por suicídio são encontradas na Europa Oriental, sendo a Lituânia, Rússia, Bielorrússia e Ucrânia os líderes. Já na América do Sul, os coeficientes de mortalidade devido a suicídios são menores do que a América do Norte e Europa. Tendo o Uruguai como líder em mortes por suicídio com 13,9/100.000 hab. Seguido pelo Suriname, Guiana e Chile (WHO 2013, 2014)

Atualmente, o Brasil é o oitavo país em número absoluto de suicídios. Em 2012, foram registradas 11.821 mortes, cerca de 30 por dia, sendo maiores em homens. Os idosos e pessoas institucionalizadas são grupo de maior índice de suicídios (WHO 2013, 2014).

Pesquisa sobre a epidemiologia do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006 evidenciou que o número de suicídios cresceu de 29,5% neste período (de 4,4 para 5,7 / 100.000 hab. em 2006). Considerando as regiões do Brasil, a Região Sul teve a maior média de taxa de suicídio 9,3 / 100.000 hab., seguido pela Centro-Oeste, Sudeste, Norte e Nordeste. Da Região Sul, o Rio Grande do Sul é que tem as maiores taxas. Uma das causas para isso, é o elevado número de trabalhadores rurais em condições precárias de condições de vida e/ou alta exposição a pesticidas que levam a transtornos depressivos (LOIVISI, et al 2009)

1.3. Prevenção sobre Suicídio

Em 1999, a OMS lançou SUPRE (Suicide Prevention Program), iniciativa mundial de prevenção do suicídio com o objetivo de reduzir a morbidade e mortalidade associadas ao comportamento suicida. O Brasil lança em 2006, a Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio e preconiza ações de pesquisa e atendimento ao comportamento suicida. Em 14 de agosto de 2006, é lançado a Portaria de Criação da Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio (WHO 2013).

1.3.1 - Melhorar o registo de casos e desenvolver a investigação

Regras e procedimentos preconizados no SUPRE (*Suicide Prevention*), visando a melhoria da identificação e conseqüente registo dos suicídios: A identificação dos casos de suicídio; a certificação do óbito com base na *Classificação Internacional de Doenças (CID10)*; a organização dos registos; o tipo de informação a registrar; os agentes envolvidos na coleta de dados; substanciaram de melhor forma os dados para uma melhor compreensão quantitativa sobre o tema (WHO 2013).

1.3.2 - Fatores de risco relevantes

1.3.2.1. Individuais (WHO, 2012).

- Características sociodemográficas:

- a) Idade - As taxas de suicídio aumentam com a idade;
- b) Sexo - indivíduos do sexo masculino cometem suicídio, com um risco três vezes superior; já as mulheres tentam mais vezes;
- c) Estado Civil - Pessoas solteiras, viúvas ou divorciadas estão em maior risco;

d) Profissão - profissionais de saúde e os trabalhadores rurais têm taxas mais elevadas de suicídio;

e) Residência Urbana/ Rural - Em muitos estudos publicados até 50% daqueles que morreram por suicídio fizeram, pelo menos, uma tentativa prévia;

f) Transtorno mental - é o fator de risco mais importante para o suicídio.

Segundo diversos estudos cerca de 90% das pessoas que morrem por suicídio sofrem de transtorno mental. A depressão é o fator de risco mais frequente. A investigação mostra que 4% dos doentes com qualquer tipo de depressão e cerca de 15 a 20% com depressão grave morrem por suicídio, afetando mais os homens e os idosos, representando uma das três primeiras causas de mortalidade na faixa etária entre os 15 e os 34 anos, em todos os países. A esquizofrenia é outra patologia do foro psiquiátrico onde a taxa de mortalidade por suicídio é considerável. Os autores referem um intervalo entre 4,9% e 10%. Outras elencadas seriam transtorno afetivo bipolar, uso de álcool e uso de drogas.

g) Resiliências e vulnerabilidades da personalidade

Os traços de personalidade, a capacidade para gerir a dor psicológica, as competências na resolução de problemas e as capacidades para utilizar os recursos internos e externos, são fatores importantes que podem mitigar ou aumentar o risco de suicídio. Os traços frequentemente associados ao risco são a hostilidade, desamparo, dependência, rigidez e perfeccionismo. Elevados níveis de desesperança com ou sem depressão foram associados a um fator de risco elevado, assim como a impulsividade nas faixas mais jovens.

h) Doenças Físicas

A doença física pode aumentar o risco, sobretudo se estiver associada a déficits funcionais, alteração da imagem corporal, dor crónica, dependência de terceiros. As de maior risco são as doenças neurológicas, oncológicas, HIV/SIDA e doença pulmonar crónica obstrutiva (DPOC).

i) História Familiar - história de suicídio na família ou de transtorno mental. Relaciona-se com a influência do meio e/ou com fatores genéticos. Violência, abuso físico ou sexual ou negligência familiar aumentam o risco.

1.3.2.2 Fatores Socioculturais.

a) Estigma, valores culturais e atitudes

Há um estigma social que perpetua o desconhecimento e o medo em torno do suicídio. Em algumas culturas, ou grupos religiosos, o suicídio pode ser tolerado num contexto específico, tal como os suicídios em defesa da honra do próprio ou da sua família.

b) Isolamento Social

Pode estar relacionado com fatores geográficos como a desertificação, mas também ser o resultado de depressão, alcoolismo e vergonha. Perdas afetivas, divórcio, prisão, *bullying* e *mobbing* podem ser outros fatores de risco. O envelhecimento atual da nossa população e o menor suporte familiar e social, têm um grande impacto no isolamento dos idosos. A mudança atual da estrutura social caracterizada por individualismo crescente e perda das solidariedades de vizinhança, acentua vulnerabilidades prévias.

c) Barreiras no acesso aos cuidados de saúde

As barreiras podem ser financeiras, físicas, geográficas ou pessoais (o estigma associado a uma doença mental ou a uma minoria étnica ou sexual dificulta a procura dos cuidados de saúde). A saúde mental é frequentemente subvalorizada no Sistema Nacional de Saúde, assim como a formação nos cuidados de saúde primários, apesar de a investigação mostrar que cerca de 2/3 dos indivíduos que cometeram suicídio tiveram contato no mês anterior à sua morte com um profissional de saúde, fundamentalmente com o seu médico de família.

1.3.2.3. Fatores Situacionais

a) Desemprego

Existem fortes associações entre as taxas de desemprego e as taxas de suicídio, mas a natureza destas é complexa. Os efeitos do desemprego são mediados por fatores como a

pobreza, baixa do nível social, dificuldades domésticas e desesperança entre outros; em períodos de crise econômica acresce o grau de endividamento e a perda de habitação. Por outro lado, pessoas com perturbações mentais têm maior risco de ficarem desempregadas.

b) Acesso a meios letais

Os métodos utilizados por quem pensa suicidar-se dependem muitas vezes da disponibilidade dos meios. Meios letais de acesso fácil como os pesticidas, armas de fogo e medicamentos, ou locais e edifícios potencialmente perigosos não protegidos, aumentam a probabilidade de suicídio.

c) Acontecimentos de vida negativos recentes

Divórcio, viuvez, perdas relacionais significativas, perda de estatuto socioeconômico, abuso sexual ou físico e violência doméstica.

1.3.3. Fatores protetores relevantes

Os fatores protetores correspondem a características e circunstâncias individuais, coletivas e socioculturais que, quando presentes e/ou reforçadas, estão associadas à prevenção dos comportamentos auto lesivos e atos suicidas. Uma estratégia de prevenção deve identificar as vias suscetíveis de estabelecer, manter e reforçar estes fatores.

Entre os fatores de proteção encontram-se:

a) Fatores individuais: a capacidade na resolução de problemas e conflitos, iniciativa no pedido de ajuda, noção de valor pessoal, abertura para novas experiências e aprendizagens, estratégias comunicacionais desenvolvidas, empenho em projetos de vida;

b) Fatores familiares: o bom relacionamento familiar, o suporte e apoio familiares, as relações de confiança;

c) Fatores sociais: estar empregado, ter facilidade de acesso aos serviços de saúde, a articulação entre os vários níveis de serviços de saúde e parcerias com instituições que prestam serviços sociais e comunitários, os valores culturais, pertença a uma religião (WHO 2012, 2014).

1.3.4 - Intervenções Preventivas

Diagnóstico precoce e tratamento correto da depressão são, comprovadamente, uma das maneiras mais eficazes em prevenir suicídio. Pacientes com transtorno Bipolar tiveram menores taxas de suicídio com o uso de lítio e de tentativas de suicídios também (Mann et al 2005, WHO, 2014.).

1.3.4.1. Estratégias de prevenção para a população em geral

Diminuir o estigma e aumentar o conhecimento em torno dos comportamentos do espectro suicida, promover o reconhecimento do risco de suicídio, sinais de alarme, informação sobre fatores de risco e protetores, sobre doença mental. Apesar dos estudos realizados apontarem para uma eficácia modesta desta medida, o seu valor é reconhecido para além da avaliação relativa ao aumento do conhecimento da população (JORM, 2000; RICWOOD 2005)

1.3.4.1.1 Restrição do acesso a meios letais

A remoção ou controle dos meios habitualmente usados para cometer suicídio tem sido eficaz em vários países. Medidas como alterações legislativas visando um maior controle no uso de armas (p. ex. Estados Unidos da América, Canadá), restrição ao uso e manuseio de pesticidas (p. ex. China, Índia, Sri Lanka), desintoxicação do gás de uso doméstico (p. ex. Suíça, Reino Unido), restrições ao consumo e venda de barbitúricos (p. ex. Noruega, Suécia, Austrália), alterações nas embalagens de analgésicos para uma apresentação em *blisters* (p. ex. Reino Unido), uso obrigatório de conversores catalíticos nos motores dos veículos (p. ex. Reino Unido, Estados Unidos da América), construção de barreiras em locais públicos usados para precipitação (ex. Nova Zelândia) e uso de antidepressivos menos tóxicos (p. ex. Estados Unidos da América) (MANN J, 2005)

1.3.4.1.2 Prevenção do consumo de bebidas alcoólicas

Esta estratégia decorre da relação direta entre o consumo de risco e suicídio, decorrente não só da dependência alcoólica como de consumos episódicos muito elevados. (WHO 2011, 2013). A OMS refere como caso de maior sucesso na implementação deste tipo de medidas no

séc. XX, a redução de suicídios nos homens na então URSS durante a *perestroika*, através da diminuição do consumo de álcool (WHO 2011)

1.3.4.1.3. Consumo de medicamentos

A ingestão de medicamentos em excesso representa uma das formas mais frequentes de suicídio, especialmente entre as mulheres e os idosos. A superdosagem de psicofármacos (ansiolíticos e antidepressivos) representa um dos meios mais utilizados nos comportamentos auto lesivos e atos suicidas, sobretudo pelas mulheres. Também a revisão da literatura mostra que os benzodiazepínicos são os mais prescritos para as mulheres e idosos, constituindo, além disso, em muitos países, o grupo de fármacos mais frequentemente utilizado em tentativas de suicídio, isoladamente ou em associação com o álcool ou outros medicamentos (JONES, 2013; RIBEIRO 2005).

1.3.4.1.4 Mobilização da comunidade

Esta medida estratégica visa motivar a comunidade, numa articulação com os diversos serviços da rede, nomeadamente de saúde, segurança, autarquias, ONG e IPSS, para uma ajuda de proximidade, sobretudo em situações de crise económica e social (FLORENTINE J, 2010).

1.3.4.2. Estratégias de prevenção para grupos de risco (CORREA 2006)

1.3.4.2.1 Identificação e tratamento das perturbações mentais

Esta estratégia visa aproximar a temática do suicídio dos cuidados de saúde primários. O despiste de quadros depressivos graves e do consumo de substâncias psicoativas lícitas ou ilícitas, são dois bons exemplos do reconhecimento de fatores de risco de suicídio, complementado por intervenção terapêutica adequada e o mais precoce possível. A prevenção inclui habilidades e estratégias para cuidar de si mesmo ou ajudar outra pessoa a se curar após a experiência de pensamentos suicidas, tentativas, ou morte do outro. Desta forma, o próprio paciente e a família devem ser acompanhados para evitar novas tentativas, bem como ajudar no processo de luto em caso de sinistro ocorrido (BERTOLOTTI JM, 2002).

O seguimento mais próximo destes sobreviventes do suicídio com um processo adequado de luto pode ser benéfico.

1.3.4.2.2. Indivíduos que cometeram tentativa de suicídio

Esta estratégia visa a abordagem de indivíduos com comportamentos auto lesivos, ingestão de medicamentos em excesso ou utilização de um outro método potencialmente letal.

1.4.4.2.3. Adolescentes:

Atualmente o grupo com maior crescimento no número de casos no Brasil. O estrato de jovens entre 15 a 24 anos foi o que mais cresceu 1.900%. Vivemos um crescente aumento de casos de suicídio em jovens a partir de 10 anos (Botega, 2004). Isso explica-se pela vinculação desta fase da vida, adolescência com a impulsividade e agressividades latentes com imaturidade emocional associada. (BOTEGA, 2005)

1.3.4.2.4. Idosos

Para alguns idosos, o sentimento de inutilidade provoca o desejo de morrer. Planejar a morte pode proporcionar sensação de controle da vida, como resposta ao desinvestimento social. Pacientes idosos podem ser considerados como "pedaço de carne numerado", uma morte social. Assim, buscam o suicídio para dar cabo da vida, que já tinha morrido socialmente. Os idosos, grupo com maior número absoluto de casos, tem a fragilidade da saúde física e mental como promotores de eventos suicidas. Entretanto, a fase adulta, marcada por harmonia entre corpo físico e corpo mental, ainda gera enorme impacto sócio familiar e econômico. (BOTEGA, 2005)

1.3.4.2.5. Profissionais da Saúde

Um dos grupos específicos mais difíceis de manejo, devido à dificuldade em pedir ajuda. Estudos relacionam que os profissionais de saúde, por acompanharem processos extremamente dolorosos, e a dificuldade em admitir em saber lidar com estas situações são um dos principais grupos de suicídio pelo mundo (MELEIRO, 2013).

1.3.4.2.6. Trabalhadores do meio rural

Devido ao contato com pesticidas, tornam-se um grupo de risco específico. Estudo realizado por FALK em 1996, na Cidade de Venâncio Aires, evidenciou que as altas taxas de

suicídio daquela cidade estavam relacionadas ao uso de pesticidas na plantação fumageira (FALK, 2002)

1.4.4.3. Estratégias de Nível Individual - POSVENÇÃO

1.3.4.3.1 Sobreviventes

A estratégia de posvenção visa apoiar, no processo de luto, familiares e amigos de uma pessoa que se tenha suicidado, ou seja, os designados sobreviventes. Os principais objetivos são não só facilitar a resolução do processo de luto, mas também prevenir outros atos suicidas.

A efetividade das medidas referidas anteriormente foi comprovada em diversos contextos e sem um aumento excessivo de gastos. No entanto, a complexidade do comportamento suicidário, onde a especificidade cultural tem particular relevância, implica uma avaliação das medidas anteriormente referenciadas (WHO 2014)

Relatar a experiência de prevenção e posvenção de uma equipe profissional de saúde em atenção primária em saúde, em abordagem multidisciplinar, no caso de paciente feminina com várias tentativas de suicídio.

2. Metodologia

2.1 Delineamento

Esse estudo caracteriza-se por ser um relato de experiência dos profissionais de saúde da Unidade Básica de Saúde de Vitória – SC, que trabalham na Atenção Básica do Município, no atendimento a um caso de tentativa de suicídio em paciente feminino, com várias tentativas.

2.2 Participantes

A equipe multidisciplinar é composta por um (1) médico de família e comunidade, uma (1) psiquiatra, uma (1) psicóloga, uma (1) enfermeira, uma (1) assistente social, uma (1) farmacêutica, uma (1) assistente administrativa, uma (1) agente comunitário de saúde, uma (1) fisioterapeuta e (1) educador físico.

Paciente, com sete (7) tentativas de suicídio, com 48 anos de idade

Familiares da paciente

2.3 Procedimentos

- Consultas individualizadas com membros da equipe;
- Reunião semanal com equipe sobre o caso;
- Capacitação e atualização sobre o tema e para o caso;
- Terapia Ocupacional;
- Prescrição e Controle medicamentoso;
- Avaliação da família e do local de moradia;
- Prescrição de um Plano Terapêutico Singular Individualizado

2.4 Análise da Experiência

Realizada durante as reuniões da equipe multidisciplinar semanais.

3. Resultados e Discussões

Paciente feminina com 48 anos, em consulta com psicóloga pela primeira vez, revela ter tentado se matar novamente, tendo sido atendida na noite anterior pelo plantão do município e que pensa nisso 24 horas. Encaminhada ao médico de família, ela referia humor triste e

melancólico profundo que fazia pensar em suicidar-se. Além disso, referia anedonia, cansaço e emagrecimento mais acentuados nas últimas duas semanas. Suspeitou-se de transtorno afetivo, Depressão Maior, e que devido a várias tentativas, sendo a última na noite anterior, encaminhada para internação e solicita avaliação psiquiátrica. Na internação, paciente inicia tratamento com Sertralina 50mg VO por manhã e Clonazepam 2mg VO a noite. Em conjunto com a psicóloga, concordam com acompanhamento psicológico a cada dia para paciente. Após a avaliação psiquiátrica, que ocorreu no dia seguinte, foi verificado que a paciente fora confirmada com Depressão Maior. Ficou internada por três dias e com melhora emocional recebeu alta, com Plano Terapêutico Singular – PTS - que incluía controle farmacêutico dos medicamentos e visitas diárias da Assistente Social que também levava a medicação e assistia à tomada da medicação, com exceção da noite. Referia história de violência intrafamiliar pelo marido.

Diante dos relatos acima, a psiquiatra sugeriu acompanhamento multidisciplinar para o caso, com reunião semanal, o que fora acordado por todos. A segunda reunião foi uma capacitação realizada pela Coordenação da Saúde Mental da Secretaria Estadual de Saúde. Foram dois dias de palestras e treinamento e que foram proveitosos pela equipe, haja visto, que o caso em questão pode ser bem debatido.

Após a primeira semana com a medicação, a paciente ficou bem. Referiu que os pensamentos sobre suicídio não ocorriam mais com tanta frequência, mas o que mais motivou a paciente fora o interesse de todos por ela naquele momento. Após a primeira semana, conforme debatido pela equipe, o atendimento da paciente pode passar a cada 72 horas com a psicóloga, o que seria mantido pelos próximos 30 dias.

Passados mais 15 dias, paciente retornou com a Psiquiatra. Apresentou melhora sintomática importante, já não pensava mais em suicídio e sentia-se melhor com seus sentimentos. Fora prescrito a inclusão em oficina de Terapia Ocupacional.

No mesmo dia, que consultava com a psicóloga, também consulta com médico da ESF para renovação do tratamento e revisão da psicoterapia, no qual, o clonazepam fora encerrado após 3 meses de tratamento. Já passados 10 meses, a paciente persiste em acompanhamento com Equipe de ESF e Psicóloga, com boa evolução emocional e sem mais tentativa de suicídio além de melhora da autoestima com oficina de terapia ocupacional.

3.1 Discussão

O estigma da doença mental, entendido como um constructo multifacetado que inclui pouco conhecimento, preconceito, discriminação e rotulagem negativa¹, representa um dos maiores obstáculos para as pessoas com doença mental e famílias, causando entraves ao pedido de ajuda e comprometendo a intervenção dos serviços de prevenção do suicídio, incluindo o aconselhamento e a posvenção. No caso da paciente, várias tentativas de suicídio, em vários atendimentos e nenhum diagnóstico e nenhum tratamento. A mesma morava em outro município antes deste último atendimento (WHO, 2013)

A paciente em questão, na primeira consulta com a psicóloga evidenciava Depressão, Desesperança, Desamparo e Desespero, conhecida como regra dos 4D. Sentimentos eminentes do suicídio. A opção pelo suicídio pode ser menos dolorosa que a Melancolia (MENNINGER 1965). O suicídio é uma das formas de matar a depressão e o sofrimento (SOLOMON 2002).

Existem evidências de haver fatores biológicos e ambientais, psicológicos e sociais que interagem de maneira complexa para o surgimento do comportamento suicida. O modelo atual aponta a possibilidade de que traços estáveis de impulsividade, agressividade e hipofunção serotoninérgica possam interagir com estressores ambientais, tais como, perdas, doenças crônicas, inclusive psiquiátricas, que podem levar ao comportamento suicida (MANN J, 2005).

Sob o ponto de vista clínico e de sua praticidade, alguns fatores nos indicam iminência do ato suicida tais como tentativas anteriores, transtornos psiquiátricos (depressão, bipolar, alcoolismo, esquizofrenia e transtornos de personalidade) bem como história familiar de suicídio, de alcoolismo e outros transtornos psiquiátricos. Aproximadamente, 60% dos casos ocorrem em

pacientes com transtornos do humor. Isso corrobora a experiência já que a paciente fora diagnosticada com depressão maior (WHO 2013)

Em revisão sistemática sobre fatores de risco e tentativa de suicídio em pacientes psiquiátricos, evidenciou que os principais fatores de risco para tentativa de suicídio são transtorno depressivo maior, disfunção familiar e tentativa prévia de suicídio, enquanto que o principal fator de risco para suicídio completo é sexo masculino e presença de transtorno afetivo. A paciente em questão evidenciou os fatores de risco citados para tentativa de suicídio: depressão, disfunção familiar e tentativa prévia. Daí a importância do conhecimento acerca dos fatores de risco e do conhecimento do bom rastreamento para transtorno mental (TETI GL, 2014).

Outro importante ponto sobre o suicídio é que ele ocorre em qualquer momento do desenvolvimento humano, desde que o indivíduo tenha atuação sobre si mesmo. Desde crianças dos 10 anos de idade, até a idade idosa (BOTEGA 2005).

Sabe-se que a maioria das vítimas de suicídio tem doença mental associada, na maioria das vezes não diagnosticada e não tratada. Metade dos que morrem por suicídio foram a uma consulta médica em algum momento do período de seis meses que antecedem à morte. 80% foram ao médico, não psiquiatra, 30 dias antes do suicídio. Isso comprova a importância da prevenção ao suicídio ocorrer em todos os campos do atendimento à saúde, não somente nos centros especializados em saúde mental. Observamos, conforme a experiência, que a paciente em questão, tinha tentativa prévia de suicídio e transtorno mental não diagnosticado e não tratado. Na medida, que essa paciente fora recebendo o tratamento, o risco de suicídio foi diminuindo. Entretanto, a abordagem realizada na posvenção foi multidisciplinar o que proporcionou a paciente acolhida e encaminhamento de seus medos e angústias no primeiro momento, além de suporte para adesão ao tratamento (BOTEGA, 2005, WHO 2013).

Em Revisão Sistemática realizada em 2011, sobre intervenções na posvenção em sobreviventes, não houve significância estatística de qualquer programa de posvenção realizado a sobreviventes e familiares. Inclusive, a literatura é escassa, rara, sobre situação a vítimas de múltiplas tentativas (SZUMILAS, 2011).

Entretanto, conforme a experiência é fundamental no período de posvenção apoio multidisciplinar e acompanhamento do caso. Pois além de evitar o estigma do suicídio, a maior função da equipe é manter a adesão ao tratamento psicoterápico e farmacológico. Ficou também muito bem esclarecido para equipe, a importância de a paciente sentir-se útil novamente com a terapia ocupacional.

Uma equipe de saúde bem capacitada considera qualquer tentativa ou intenção, por mais ingênua que se mostre, como fato relevante. Qualquer tentativa, atual ou pregressa, deve servir de alerta para o profissional que está cuidando do paciente. A identificação e a avaliação do risco suicida são competências que dizem respeito a toda a rede de saúde, sendo fundamentalmente que todos estejam capacitados para realizar. Soma-se a isso, conforme recomendação da OMS, a necessidade da abordagem multidisciplinar. Isso foi outro caráter importante na experiência. O envolvimento da equipe na questão, onde todos puderam exercer seus saberes em prol da melhora da paciente (WHO 2013).

Conforme revisão sistemática sobre estratégias de prevenção em suicídio, a partir de 877.000 vidas, evidenciou que educação aos médicos sobre depressão e restrição ao acesso a armas letais foram as duas estratégias com significância estatística em prevenção (MANN, 2005). Dois pontos fundamentais acerca das equipes de saúde e do trabalho para instalação de uma rede de atendimento às vítimas e familiares de suicídio são os seguintes: fortalecimento das equipes de atenção primária em saúde, que são o primeiro contato com as pessoas em seus territórios, através de capacitações e treinamentos constantes; favorecimento de atividades de prevenção e posvenção em suicídio, evitando o estigma equivocado provocado por falsas informações, como as que seguem na tabela abaixo (WHO 2014).

MITOS	VERDADES
O suicídio é uma decisão individual, já que cada um tem o direito de fazer o que quiser consigo mesmo	Os suicidas estão passando por uma fase de transtorno mental em sua maioria.
Quando uma pessoa pensa em suicidar-se, sempre pensará nisso.	O risco de suicídio poder ser eficazmente tratado e a vítima não pensar mais nisso.
As que pessoas que ameaçam se matar não farão isso, apenas querem chamar atenção	A maioria das vítimas de suicídio fala ou dá sinais sobre suas ideias de morte.
Não devemos falar sobre suicídio	Falar sobre suicídio não aumenta o risco de ocorrer mais suicídios. Falar com alguém ou com a comunidade pode ser uma forma de prevenção.
Pessoas que verbalizavam intenção de suicídio e que ficaram melhores não cometerão suicídio.	Cuidado com as pessoas que melhoram subitamente de ideias ou tentativas. Isso pode significar que a decisão de cometer o suicídio fora tomada.

4. Considerações Finais

O desafio que o suicídio impõe ao profissional de saúde é de longe um dos mais complicados. Pois, o atendimento é, algumas vezes, ombreado com a impotência e faz com que os profissionais criem resistências e evitem o manejo ou a detecção do caso precocemente. Devido a isto, criem-se comportamentos distantes ao conhecimento científico comprovado.

Fica evidente, portanto, a fundamental importância de treinamento e capacitação aos profissionais de saúde da atenção primária sobre o assunto para que possamos evitar mortes que, em sua maioria, poderiam ser preveníveis. Na verdade, o que precisa ser entendido é que uma pessoa com transtorno mental grave não pode ficar sozinha; precisa de ajuda para se desenvolver para reencontrar um novo caminho (WALZ, JC 2015).

Tendo em vista, a enorme importância do assunto para a sociedade mundial, foi escolhido o dia 10 de setembro como o dia mundial de prevenção ao suicídio. E aproveitando a ideia do outubro rosa e novembro azul, foi escolhido o mês de setembro para prevenção de doença mental e suicídio, com a cor amarela sendo a escolhida (WHO, 2012).

Ao final do Ensaio de Camus, este escreve “ *Deixo Sísifo no sopé da Montanha! Sempre se reencontra seu fardo. Mas Sísifo ensina a fidelidade superior que nega os deuses e levanta os rochedos. Ele também acha que tudo está bem. Esse universo doravante sem senhor não lhe parece nem estéril, nem fútil. Cada um dos grãos dessa pedra, cada clarão mineral dessa montanha cheia de noite, só para ele forma um mundo. A própria luta em direção aos cimos é suficiente para preencher um coração humano. É preciso imaginar Sísifo feliz*”.

Referências

- MANN, J. et al. **Suicide Prevention Strategies. A Systematic Review.** JAMA, 2005; 294 (16): 2064-2074.
- TURECKI G, Ernest C, Jollant F, et al. **The development origins of suicidal behavior.** Trends Neurosci, 2012, 35 (1): 14-22.
- CAMUS, A. **O Mito de Sísifo: Ensaio Sobre o Absurdo.** 1949. Trad. Mauro Gama.
- NUNES, E D. **O Suicídio – reavaliando um clássico da literatura sociológica do século XIX.** Cad. Saude Publ. 1998, 14 (1): 7-14.

- GONÇALVES, LRC, et al. **Determinantes Espaciais e Socioeconomicos do Suicídio no Brasil: uma abordagem Regional**. Nova Economia Belo Horizonte. 2011, 21(2): 218 – 316.
- LEENAARS, AA. **Edwin S. Shneidemann on Suicide**. Suicidology Online. 2011 1: 5-18.
- WHO (2013). **World Suicide prevention day**. Acedido a 4 de fevereiro. Disponível: http://www.who.int/mediacentre/events/annual/world_suicide_prevention_day/en/index.html.
- WHO (2014). **World Suicide prevention day**. Acedido a 20 de agosto. Disponível: http://www.who.int/mediacentre/events/annual/world_suicide_prevention_day/en/index.html.
- LOVISI, GM Santos SA, Legay L, Abelha L, Valencia E. Rev Bras Psiquiatr. **Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006**. 2009;31(Supl II):S86-93.
- JORM, A. **Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders**. British Journal of Psychiatry. 2000, 177. p. 396-401.
- RICWOOD, D. et al. **Young people's helpseeking for mental health problems**. Australian Journal for the Advancement of Mental Health, 2005 4(3). 1-34.
- WHO (2011). **Impact of economic crises on mental health**. WHO, Regional Office for Europe, Denmark.
- JONES, C.; MACK, K.; PAULOZZI, L. **Pharmaceutical Overdose Deaths, United States, 2010**. JAMA 2013; 309 (7):657-659.
- RIBEIRO, C. **Revisão de Suicídios com Tranqüilizantes** In: PsiqWeb. Internet, disponível 2005.
- FLORENTINE, J.; CRANE, C. **Suicide prevention by limiting access to methods: a review of theory and practice**. Social Science and Medicine, 2010, 70 (10), 1626-32.
- BERTOLOTTE, JM, et al. **Suicide and Psychiatric diagnosis: a worldwide perspective**. World Psychiatric. 2002, 1(3), 181-185.
- BOTEGA NJ, et al. **Avaliação e manejo do paciente**. In B G WERLANG e N J BOTEGA (org). Comportamento Suicida. Porto Alegre. Artmed Editora, 2004.
- BOTEGA NJ, et al. **Suicide behavior in the community: prevalence and factors associated to suicidal ideation**. Revista Brasileira de Psiquiatria. 2005, 27 (1): 45-53.
- MELEIRO AMAS. **Atendimento de pacientes com comportamento suicida na prática médica**. Rev Bras Medicina. 2013, 70(4):20-5.
- FALK JW, Carvalho LA, Silva LR, Pinheiro S. **Suicídio e Doença Mental em Venâncio Aires/rs: consequência do uso de agrotóxicos organofosforados: relatório preliminar de pesquisa** [citado em 2002 Out. 1º].
- MENNINGER, K (1965). **Eros e Thanatos. O homem contra si próprio**. São Paulo: Ibrasa.
- SOLOMON, A. (2002). **O demônio do meio dia. Uma anatomia da depressão**. Rio de Janeiro. Objetiva.
- TETI GL, Rebok F, Rojas SM, Gredas L, Daray FM. **Systematic Review of risk factors for suicide and suicide attempt among psychiatric patients in Latin America and Caribbean**. Rev Panam Salud Publica. 2014, 36 (2): 124-33.
- SZUMILLAS, M, ET AL. **Post – suicide Intervention Program: A systematic Review**. Can J Public Health 2011; 102(1): 18-29.