

CRISE SUICIDA

Data de aceite: 02/07/2023

José Lucas Correia Nazário da Silva

Lucas Daniel Santos de Albuquerque

Dr. Matheus Nascimento do Espírito Santo

Psiquiatra

cerca de 1 milhão de mortes por suicídio, número que se mantém em crescimento e deve atingir até 1,5 milhão em 2030. Em se tratando dos eventos anteriores à consumação do ato, os estudos sugerem que, para cada morte, há cerca de 10 a 40 tentativas de suicídio, apontando para a necessidade clínica de um manejo eficiente frente ao comportamento suicida (RHEINREIMER; KUNZ, 2015).

O Boletim Epidemiológico de 2021 sobre mortalidade por suicídio no Brasil, registrou o crescimento alarmante de 43% no número de suicídios entre 2010 e 2019. Uma análise por gênero complementa o dado, de modo que homens apresentaram um risco 3,8 vezes maior de morte por suicídio que mulheres (BRASIL, 2021). Ao se aprofundar mais na análise por gênero das tentativas de suicídio, é notável o fato de as mulheres expressarem mais frequentemente ideação suicida e mais tentativas que os homens - apesar da maior quantidade, em geral, são tentativas menos letais e por esse motivo os homens possuem um risco de morte por suicídio

INTRODUÇÃO

Representado como um grave problema de Saúde Pública, o suicídio se configura como uma das principais emergências psiquiátricas em todo o mundo. Tal fato não é um fenômeno recente, visto que o impacto social deste foi verificado desde a Grécia Antiga. Porém, foi somente a partir do século XVIII que o suicídio passou a ser compreendido como um complexo quadro: não mais como um mero ato, mas sim como uma afecção biopsicossocial do indivíduo de cunho extremamente particular e multifatorial (RIBEIRO; MOREIRA, 2018).

De acordo com levantamentos das principais autoridades de saúde mundiais, a cada ano, no mundo, são registradas

maior, o que é denominado como *paradoxo do gênero* no comportamento suicida. (BARRIGON, 2020). Na mesma coleta, as lesões autoprovocadas, evento relacionado com o comportamento suicida, foram de 124.709 em 2019, aumento de 39,8% em relação ao ano anterior (BRASIL, 2021). A urgência do fenômeno é premente ao se refletir que os dados configuram um grave quadro de subnotificação.

DEFINIÇÃO

Operacionalmente, o suicídio é definido como a morte resultante de uma ação de autolesão, que possui por intenção o desejo de morrer. O comportamento suicida é um termo que abrange a ideação suicida, planos de suicídio e tentativa de suicídio (NARDI *et al.*, 2022, p. 749). Tal comportamento está associado a uma série de fatores de risco isolados e/ou com a evolução de transtornos mentais, sobretudo os do humor (destaque para os quadros depressivos), os psicóticos, os relacionados com o uso de álcool e outras drogas e os transtornos da personalidade, representando, por vezes, a destinação final desses quadros clínicos (DALGALARRONDO, 2019, p. 333).

Para uma abordagem psiquiátrica efetiva, é necessário compreender que o suicídio se apresenta, geralmente, não como um evento fortuito, mas como resultado de um “continuum^{note}”. O início desse processo se dá, em sua maioria, pela ideação suicida, que se define por pensamentos e ideias, passivas ou ativas, acerca da possibilidade de acabar com a própria vida ou do desejo pela morte (American Psychiatric Association, 2014). Conforme a Escala de Avaliação do Risco de Suicídio de Columbia (C-SSRS, do inglês *Columbia-Suicide Severity Rating Scale*), a ideação suicida divide-se, ainda, em cinco categorias:

1. Desejo de estar morto;
2. Pensamentos suicidas ativos não específicos (vontade de estar morto, mas sem definir planos para consumir o ato);
3. Ideação suicida ativa, com algum método (sem plano), sem intenção de agir (o paciente já pensou em algum momento sobre como se matar, sem realizar planejamento detalhado sobre o ato);
4. Ideação suicida ativa com alguma intenção de agir, sem plano específico (o paciente possui pensamentos suicidas e relata vontade de colocá-los em prática);
5. Ideação suicida ativa, com plano específico e intenção (o paciente possui pensamentos sobre se matar, elabora plano com intenção de, eventualmente, executá-lo).

Assim, a intenção suicida pode ser seguida de um planejamento detalhado acerca dos meios de execução do suicídio ou, em contexto de maior impulsividade, ser levada à tentativa sem planejamento prévio do ato (American Psychiatric Association, 2014;

Organização Mundial da Saúde, 2023). A tentativa suicida, portanto, é o ponto final do processo, resultante ou não em autolesão e que pode ser letal, a depender do potencial empregado na ação (NARDI *et al.*, 2022, p. 751).

FISIOPATOLOGIA

Nos últimos anos, diversas pesquisas se debruçaram sobre os aspectos epidemiológicos acerca do comportamento suicida, em detrimento de poucas análises robustas que definam os mecanismos fisiopatológicos. Parte desse fato, advém da conceituação do suicídio como uma complicação de transtornos psiquiátricos graves, ao invés de uma desordem específica (RHEINREIMER; KUNZ, 2015). Portanto, a solidez da maioria das informações acerca do mecanismo neuropsiquiátrico do suicídio pode ser questionável, já que não se determinou se os achados em pesquisas são a causa motriz ou a consequência dos demais transtornos.

O advento evolutivo do córtex pré-frontal permitiu que a espécie humana chegasse ao patamar atual, de modo que, definitivamente, o homem pudesse ser diferenciado das demais espécies animais. Assim, sua função orquestra de maneira magnífica a expressão da personalidade, tomada de decisões e planejamento de um pensamento cognitivo complexo - ou seja, é isso o que define a singularidade de cada indivíduo. (RODRIGUES, 2022) Revisões recentes postulam e organizam bases sólidas na ideia de que pacientes com ideias suicidas, independente de comorbidades psiquiátricas associadas. São mais carentes de funções pré-frontais, quando comparados à população geral, o que indica que existe um anormal componente neuronal nesta área que bloqueia o apego à vida e o controle dos impulsos, até que possa levar ao suicídio de fato. (DAJAS, 2022) Na literatura, consolidou-se também alterações neurobiológicas de outras estruturas, como a amígdala (o que prediz o comportamento impulsivo e agressivo do suicida, já que essa é a área responsável pelo controle desses comportamentos) e o hipocampo. (GUTIÉRREZ-GARCÍA; CONTRERAS, 2008). Isso apoia a ideia de que o comportamento suicida deve ser entendido como uma entidade nosológica individual, separada de transtornos como Depressão Maior.

Ao nível molecular também é possível determinar alterações. As principais pesquisas incidem sobre a explicação da atuação serotoninérgica, de modo que se percebe uma diminuição considerável nos níveis do ácido 5-hidroxi-indolacético, metabólito da serotonina, predizendo o comportamento suicida futuro. A biossíntese de serotonina perpassa pela ação enzimática triptofano-hidroxilase, que transforma triptofano no neurotransmissor. Sabe-se que os alelos U e L do gene que forma essa enzima podem apresentar polimorfismo em pacientes suicidas, de modo a expressar uma capacidade diminuída em sintetizar serotonina, explicitando a baixa serotoninérgica e um maior risco de suicídio, violência e comportamento impulsivo (CASTILLO, 2010).

Outras evidências mostram também diminuição de noradrenalina e dopamina em suicidas; apesar de haver um mecanismo compensatório de aumento na densidade ou na hipersensibilização dos receptores beta-adrenérgicos e muscarínicos para manter a homeostasia das funções neuronais. (CASTILLO, 2010) Da mesma forma, a diminuição do Fator Neurotrófico derivado do Cérebro (BDNF) no sangue, como sugere pesquisas recentes, indica um déficit na capacidade de diferenciação neuronal e sináptica (GUTIÉRREZ-GARCÍA; CONTRERAS, 2008).

A complexa - e ainda pouco exata - modificação entre estruturas, genes, neurotransmissores e citocinas leva ao aumento da ansiedade, desequilíbrio da agressividade, impulsividade e comportamento autolesivo. De modo geral, a desesperança - acompanhada da anedonia nos quadros depressivos - é o principal sintoma psicopatológico visto nos suicidas, o qual se ilustra na distorcida visão acerca do futuro. Finalmente, ocorre uma agudização desses sintomas psíquicos nos momentos preliminares, de tal modo que essa intensificação leva à consumação da tentativa (GUTIÉRREZ-GARCÍA; CONTRERAS, 2008).

ETIOLOGIA

Uma vez que há sempre a possibilidade de uma ideação suicida levar a concretização do ato, urge a necessidade de entender o fenômeno para que se possa agir na sua gênese. Desse modo, o primeiro passo é compreender que a seara de causas é múltipla e que, geralmente, não é nada unicausal, envolvendo uma interação complexa entre fatores populacionais, ambientais e/ou individuais (ABREU *et al.*, 2010). Uma anamnese bem construída, com a elucidação de todos os fatores de risco de predisposição ao suicídio (**Tabela 1**), pode indicar ao profissional os indivíduos que estão em vulnerabilidade e fomentar base para encaminhamentos e tratamentos psicossociais individualizados.

FATORES PREDISONENTES AO COMPORTAMENTO SUICIDA	
FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS	São os que ocasionam a perda da coesão social. Incluem problemas econômicos, baixa escolaridade, estado civil, desemprego, além do isolamento social (como nas Pessoas Privadas de Liberdade) (NARDI <i>et al.</i> , 2022). Estudos já demonstram que divorciados, solteiros e viúvos apresentam taxas mais elevadas de ideação suicida quando comparados com o grupo dos casados (VASCONCELOS-RAPOSO <i>et al.</i> 2016).
FATORES INDIVIDUAIS/ PSICOSSOCIAIS	Tais como a instabilidade familiar, isolamento social, doenças físicas (principalmente as crônicas) e outros. A literatura também analisa o modo como a vida universitária representa desafios e incertezas que podem funcionar como matriz na ideação suicida. Essa categoria também inclui os eventos de trauma emocional na infância, como divórcio dos pais, morte familiar, abuso sexual e outros (VASCONCELOS-RAPOSO <i>et al.</i> 2016).
TENTATIVA PREGRESSA	As pesquisas populacionais mais recentes apontam para o dado de que 40% dos indivíduos que tentaram suicídio antes irão cometer novamente. Isso é complementado com o fato de que 6,7% irão realizar a concretização do ato dentro de cinco anos (NARDI <i>et al.</i> , 2022).

FATORES BIOLÓGICOS	Envolvem os aspectos genéticos, como histórico familiar positivo para suicídio. As doenças não psiquiátricas também podem ser incluídas nessa categoria, como nos portadores de HIV, câncer, esclerose múltipla, coreia de Huntington e outras doenças consideradas estigmatizadas ou incapacitantes (NARDI et al., 2022).
PRESENÇA DE TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS	Com um destaque para a depressão; as estimativas entre os que cometeram suicídio indicam que 90% sofriam de algum tipo de ansiedade e 60% estavam deprimidos (VASCONCELOS-RAPOSO et al. 2016). As comorbidades com o suicídio mais comuns incluem o transtorno por uso de substâncias, de personalidade, do humor, esquizofrenia e outros transtornos psicóticos (DALGALARRONDO, 2019, p. 333).

Tabela 01. Fatores predisponentes ao comportamento suicida. Fonte: De Autoria Própria.

DIAGNÓSTICO

In primo loco^{note}, é compreensível que não existam critérios específicos para o comportamento suicida no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) e na Classificação Internacional de Doenças (CID), já que nenhum instrumento diagnóstico consegue estabelecer parâmetros universais para tal emergência. Tão logo o médico suspeitar de um comportamento ou se deparar com um indivíduo em risco de morte por tentativa de suicídio na emergência. Deve-se orientar de acordo com um olhar clínico, capaz de analisar os sintomas psicopatológicos e, por meio da escuta ativa, identificar os estressores psicossociais. Cada paciente apresenta um quadro heterogêneo do comportamento suicida.

De modo geral, os pacientes com ideação suicida apresentam algumas características psicopatológicas em comum: 1. Ambivalência (dualidade entre o desejo de viver e morrer. Muitos não aspiravam a morte, mas apenas o sentimento de acabar com seu sofrimento.); 2. Impulsividade (se trata de um efeito transitório que dura minutos ou horas, desencadeado por eventos psicossociais do dia.); 3. Rigidez (suas ações estão direcionadas ao suicídio, de modo que a morte é vista, de maneira rígida, como a única saída possível.) (Organização Mundial da Saúde, 2000). No entanto, a análise psicopatológica, individualmente, não consegue traçar os riscos relacionados a cada paciente.

Não há um protocolo universal para analisar o quadro suicida, todavia, no Brasil, autoridades dos diversos estados e municípios buscam criar estratégias, baseadas em fontes científicas, para identificar e manejar o comportamento suicida. Desse modo, primariamente, busca-se fazer o diagnóstico de outras condições clínicas e transtornos mentais, detalhar os componentes biopsicossociais que rodeiam o indivíduo. Bem como avaliar a presença de ideação, planejamento e tentativa prévia de suicídio e a presença de sintomas psicóticos e uso de substâncias. (SMS/RJ, 2016).

A partir desses princípios, é possível estratificar o risco de cada paciente em baixo, moderado ou elevado risco (**Tabela 2**).

RISCO BAIXO	Paciente não possui história breve de tentativa de suicídio e apresenta ideação suicida sem planos.
RISCO MODERADO	Paciente possui histórico de tentativa prévia de suicídio, apresenta ideação frequente e persistente, contudo, sem planejamento. Há ainda a exclusão de abuso/ dependência de álcool e outras drogas.
RISCO ELEVADO	Paciente com histórico de tentativa prévia, com ideação frequente e persistente, possui planejamento e acesso aos métodos de consuma-lo. Podem estar associados a sintomas psicóticos, rigidez, impulsividade e abuso/ dependência de substâncias.

Tabela 02. Estratificação de riscos do comportamento suicida. Fonte: SMS/RJ, 2016.

CONDUTA TERAPÊUTICA E TRATAMENTO

A abordagem terapêutica frente ao comportamento suicida consiste em medidas farmacológicas e não farmacológicas e se orienta pela classificação de risco do paciente. Os indivíduos enquadrados no grupo de baixo risco de suicídio, devem ser acolhidos pelo profissional e guiados para acompanhamento psiquiátrico. Para manejo dos transtornos psiquiátricos associados ao quadro clínico, além de encaminhados para atendimento psicológico em suas diversas abordagens. (SMS/RJ, 2016; Organização Mundial da Saúde, 2000). Em relação aos pacientes classificados em risco moderado, existe um alerta maior em relação ao seu entorno, desse modo, é importante a resolutividade imediata de riscos ambientais e investimento nos fatores protetivos, além de incluir a família no contexto terapêutico. (SMS/RJ, 2016).

Por fim, indivíduos classificados como de elevado risco necessitam de vigilância constante. Nessas situações é preciso solicitar o internamento do paciente e manter a equipe de saúde atenta com os possíveis meios de consumação do ato no ambiente hospitalar, sendo a alta apenas concedida em caso de melhora e reavaliação do risco, além de mantido o acompanhamento dentro da comunidade (SMS/RJ, 2016; Organização Mundial da Saúde, 2000; NARDI *et al.*, 2022). Outra opção para esses casos, frequentemente sugerida pelos próprios familiares, é a de internação domiciliar. Durante esse período o paciente ficaria restrito à sua residência e sendo os familiares os responsáveis pela sua segurança. Nessas situações, o médico deve explicar de forma franca sobre os riscos e cuidados que devem ser tomados: impedir o acesso a instrumentos potencialmente fatais, venenos e as medicações devem ser administradas por outra pessoa. Suspensão temporária da “autonomia” do paciente, que não deve mais sair de casa sozinho, ter acesso a chaves de cômodos, nem ficar desacompanhado. Cabe ressaltar que mesmo em internação domiciliar a avaliação médica deve persistir e que a internação não é terapêutica, tratando-se de um método para evitar o suicídio sem a necessidade de institucionalização do paciente. (BOTEGA, 2022.) Atualmente, para todas as classificações de risco, já se tem fundamentação sólida para o emprego da Terapia Cognitivo-Comportamental e outras abordagens psicoterapêuticas,

em que se usam estratégias como prevenção/exposição de respostas, intervenções psicossociais diretas e condicionamento aversivo. (NARDI *et al.*, 2022).

Quando o paciente é atendido numa unidade de pronto-atendimento por tentativa de suicídio, deve-se primeiramente garantir a sua segurança e evitar a evasão da unidade de saúde ou acesso a algum instrumento. Para esse objetivo, é recomendado que o paciente esteja sempre acompanhado de algum adulto.

O principal objetivo da farmacoterapia é a diminuição do estresse mental diante do quadro agudo da ideação suicida, embora a recomendação seja seu uso apenas nos casos de falha na psicoterapia. Cada indicação será fomentada de acordo com possíveis transtornos associados. Antidepressivos são recomendados geralmente devido a forte relação entre depressão e suicídio. A classe dos Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS) age exatamente revertendo os efeitos da queda nos níveis serotoninérgicos, típicos de pacientes com comportamento suicida. Mais eficazes ainda são os Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina e Noradrenalina (ISRSN) pela sua ambivalência de ação nos receptores. Apesar de controverso ao longo das décadas, o uso de antidepressivos foi alvo de diversas metanálises, as quais demonstraram não haver nenhuma relação entre maior risco de suicídio e o uso dessa classe farmacológica. (GUTIÉRREZ-GARCÍA; CONTRERAS, 2008).

Por outro lado, Carbonato de Lítio é o único fármaco estatisticamente comprovado na prevenção do suicídio em pacientes com predisposição, principalmente através do tratamento prolongado. Comprovou-se a sua capacidade de aumentar a expressão de BDNF, além de prevenir lesões neuronais nas áreas relacionadas com a fisiopatologia do suicídio, explicando o sucesso de seu uso como um psicofármaco nesses casos (LANDA *et al.*, 2021).

Outras opções farmacológicas incluem os anticonvulsivantes, benzodiazepínicos e antipsicóticos, porém, sua indicação é determinada a partir das comorbidades associadas - outrossim, a indicação não seja recomendada para uso exclusivo no comportamento suicida. Terapia Eletroconvulsiva possui efeito benéfico de curta duração nos suicidas, indicado para pacientes que não respondem ao tratamento medicamentoso (GUTIÉRREZ-GARCÍA; CONTRERAS, 2008).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O comportamento suicida é uma das principais emergências no contexto da psiquiatria. Todavia, o papel de acolhimento diante dessa situação muitas vezes é do médico generalista e sua equipe de saúde. Portanto, embora os protocolos de manejo frente a tal emergência variem segundo as localidades e as autoridades de saúde, todos convergem quanto à necessidade da escuta ativa. Do olhar clínico minucioso e da ação de uma equipe multiprofissional, no que tange a identificar os fatores de risco e minimizar a chance de recaídas.

Além disso, é imprescindível o conhecimento acerca dos princípios fisiopatológicos e as possíveis etiologias associadas com o quadro suicida, a fim de evitar a medicalização excessiva, ressaltando a importância de uma conduta individualizada e apoiada em ações psicossociais. Urge ainda a necessidade de estímulo à pesquisa da viabilização de novos marcadores biológicos no contexto diagnóstico, tais como o BDNF e metabólitos da serotonina, viabilizando tratamentos eficazes e em tempo hábil.