

O Suicídio no contexto psiquiátrico

Suicide in psychiatric context

Chei Tung Teng¹

Mariana Bonini Pampanelli²

Resumo: O comportamento suicida intriga diferentes áreas do conhecimento, englobando em seu estudo aspectos humanos, sociais, econômicos, culturais, psicológicos, etc. Neste artigo, o descrevemos sob uma visão da psiquiatria, sendo um desfecho temido por esta especialidade médica. A importância da psiquiatria no suicídio se dá principalmente pelo fato de que em mais de 90% dos casos de suicídio, encontramos no indivíduo um diagnóstico psiquiátrico subjacente. Abordamos aqui questões epidemiológicas e diagnósticas, além dos principais achados neurobiológicos existentes até o momento acerca do tema, tanto como uma tentativa de intervenção preventiva, como de detecção de fatores de risco. Também sob a perspectiva de prevenção, citamos brevemente programas multidisciplinares implementados em alguns países com o intuito de diminuir tal ocorrência.

Palavras-chave: suicídio, psiquiatria, prevenção.

Abstract: Suicidal behavior intrigues different areas of knowledge, so its study encompass aspects of many sciences: human, social, economic, cultural, psychological, etc. In this article, we describe it under a psychiatric perspective, where it is a feared outcome. The importance of psychiatry in suicide occurs mainly by the fact that, in over 90% of suicide cases, we find an underlying psychiatric diagnosis. The approach made here embrace epidemiological and diagnostic issues, in addition to the main existing neurobiological findings, both as an attempt to preventive intervention and for the detection of risk factors. Also from the perspective of prevention, we briefly quoted some multidisciplinary programs implemented in some countries in order to reduce such occurrence.

Keywords: suicide, psychiatry, prevention.

1 MD, PhD, Professor Colaborador da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Coordenador dos Serviços de Interconsultas e Pronto Socorro do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP (IPq-HC-FMUSP)

2 Médica Residente de Psiquiatria do IPq-HC-FMUSP. mpampanelli@gmail.com

O Suicídio no contexto psiquiátrico

Suicide in psychiatric context

Chei Tung Teng
Mariana Bonini Pampanelli

Dentro da área de saúde mental, ao contrário de muitas especialidades médicas, a terapêutica não é construída sob uma perspectiva direta da luta contra a morte, mas sim partindo do objetivo de proporcionar uma vida funcional e com comportamentos mais adaptativos. O suicídio configura-se como um perturbador desfecho na prática psiquiátrica, pois além da morte não estar no cotidiano do profissional, traz consigo muitas vezes um sentimento de culpa e fracasso, uma vez que os motivos que levam a ele muitas vezes não são claramente delimitados (Gabbard, 2006) - como por exemplo em um infarto miocárdico, no qual se pode apontar um conjunto de fatores genéticos e ambientais razoavelmente bem conhecidos e identificáveis, que proporcionam uma explicação satisfatória ao óbito do paciente.

Quando falamos de suicídio, apesar de podermos identificar fatores de risco, partimos antes de questionamentos essencialmente humanos: por que viver, e por que morrer? Trata-se de uma das maiores questões filosóficas que acompanham a história da humanidade: qual o sentido da vida, pelo que se deve lutar, o que faz uma vida ser plena? Apesar de tantas incertezas, vemos que prevalece sempre algo que racionalmente pode-se chamar de instinto de sobrevivência, que se impõe a estes questionamentos: nem sempre é preciso ter um motivo claro e definido para querer viver. No entanto, quando falamos em provocar a própria morte, temos na grande maioria das vezes uma raiz comum: o sofrimento.

Em números, vemos o impacto sócio econômico causado pelo suicídio: é responsável por pelo menos 870.000 mortes por ano, representando 49% das mortes por causas externas (Bertolote & Fleishmann, 2002) e representa a 4ª maior causa de morte na faixa entre 10 e 24 anos (Chesney, Goodwin, & Fazel, 2014). No sexo masculino, as tentativas são mais letais, fazendo com que ocorra três vezes mais mortes em homens (Mello-Santos, Bertolote, & Wang, 2005), sendo que 62% deles morrem na primeira tentativa, em oposição à 38% das mulheres – nas quais as tentativas são mais frequentes (Isometsä & Lönnqvist, 1998). Além da perda social, familiar e econômica representada pelas vítimas letais do suicídio, as tentativas - 10 a 40 vezes maiores que o número de suicídios (Mello-Santos, Bertolote, & Wang, 2005) – geram alto custo hospitalar, com serviços de emergência, cirurgias, sequelas de queimaduras e ingestão de cáusticos, UTI, etc.

Dos pacientes que cometem suicídio, mais de 90% apresentam alguma doença psiquiátrica, sendo mais comum nos transtornos do humor (depressão unipolar e transtorno afetivo bipolar), seguido por transtorno por uso de substâncias, esquizofrenia e transtornos de personalidade (Ernst et al., 2004; Bertolote & Fleishmann, 2002). Traços de agressividade, impulsividade e raiva são tidos como importantes fatores de risco crônico de suicídio. Dentre as doenças clínicas, é mais frequente em síndromes dolorosas crônicas, seguido de epilepsia, lesões neurológicas centrais, HIV e AIDS (especialmente no primeiro ano após o diagnóstico), alguns tipos de cânceres e delirium. (Mann & Arango, Integration of neurobiology and psychopathology in a unified model of suicide behavior)

O grupo de pacientes vítimas de suicídio é heterogêneo, e as múltiplas variáveis envolvidas neste comportamento não são de fácil aferição. As taxas de suicídio diferem bastante entre diferentes países, sendo mais altas nos povos da antiga União Soviética e Japão, e menores em alguns países da América Latina. Isso reflete o impacto do contexto cultural, social e econômico no suicídio (Bertolote & Fleishmann, 2002). Na cultura Japonesa, por exemplo, existe uma certa glória envolvida no suicídio, herança da cultura dos Samurais, pelos quais atos como o "*Hara Kiri*" eram vistos como forma de resgatar a honra. Isso contribui para que o suicídio seja um grande problema de saúde pública neste país, incitando a realização de diversas campanhas preventivas, especialmente entre os jovens. As tentativas para explicar esse fenômeno são muitas, e passam por diferentes áreas do conhecimento,

desde a neuroquímica até as ciências humanas, sendo o resultado um mar de informações que cabe àqueles que prestam assistência a estes pacientes sintetizar e transformá-las em ferramenta de auxílio a uma tentativa de ajudá-los.

Como dito anteriormente, lidamos aqui não com uma patologia específica, mas sim com um tipo de comportamento para o qual convergem diferentes perfis de pacientes. Deste modo, não se pode descrever com precisão um determinado perfil mórbido ou epidemiológico que deva ser identificado como tendo risco de suicídio. Muitas vezes, o que se passa é uma atitude ambivalente e flutuante, na qual ao mesmo tempo em que deseja a morte, procura-se também desesperadamente por ajuda. Dessa maneira, torna-se uma tarefa difícil a diferenciação das tentativas com intenção real de morrer daquelas sem esta intenção (como em casos de histeria ou nas quais pode haver ganhos secundários envolvidos), e também não há uma divisão tão clara e bem delimitada destes grupos. O que se observa é que, após qualquer tipo de tentativa anterior, a chance de uma nova tentativa aumenta notavelmente, com tentativas subsequentes de gravidade similar ou maior. Sabe-se que entre os suicídios com êxito letal, a prevalência de doenças psiquiátricas graves é maior, ao passo que nas tentativas, aumenta a frequência de transtornos de personalidade e problemas interpessoais (Departamento e Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP, 2011). Apesar de não ser uma regra, o comportamento suicida geralmente engloba um *continuum*, que parte de traços predisponentes de personalidade, contexto sociocultural e características biológicas, tendo como desencadeadores eventos estressores e a forma como se lida com eles, o surgimento da ideação suicida continua e recorrente, o planejamento, culminando na tentativa, cujo desfecho pode ou não ser o óbito.

Estima-se que de cada 100 pessoas, 17 terão algum tipo de pensamento suicida durante sua vida; destas, 5 chegarão a planejar, 3 a realizar alguma tentativa, e 1 precisará de atendimento hospitalar (Botega, et al., 2009). A depressão é uma das patologias mais associadas ao suicídio, no entanto o risco deste não se correlaciona apenas com a gravidade dos sintomas, mas depende também de variações no grau de predisposição do indivíduo; o modelo processual, que tenta explicar a ocorrência de comportamentos relacionados ao suicídio, descreve os seguintes fatores de risco traço-dependentes: percepção de derrota frente aos estressores psicossociais (o que está associado a traços de personalidade gratificação dependente); percepção de estar desamparado e sentimento de desesperança - que estão relacionados a dificuldade em criar ou ter em perspectiva eventos positivos; e o sentimento de estar acuado, sem ter o que fazer, o que reflete uma baixa capacidade de resolução de problemas e uma tendência a hiper generalização na memória autobiográfica, na qual há uma visão de si mesmo excessivamente pessimista (Departamento e Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP, 2011).

Avaliação do paciente com risco de suicídio

Uma vez diante de um paciente com risco de provocar a própria morte, deve-se garantir uma avaliação e intervenção psiquiátrica e psicossocial, avaliar a necessidade de internação e organizar estratégias de tratamento com rede de suporte social. Como a depressão é a patologia mais associada ao suicídio, deve-se sempre procurar ativamente nestes pacientes pensamentos sobre morte.

É impossível ter certeza se uma pessoa irá ou não se matar, mas através de uma entrevista clínica detalhada, pode-se não só identificar pacientes de maior risco, mas também oferecer um primeiro suporte. Como se trata de um assunto íntimo e de cunho secreto, muitas vezes motivo de vergonha, o profissional deve se certificar de estabelecer uma boa relação com o paciente antes de abordar o tema, evitando envolver julgamentos morais, religiosos, ideológicos ou sentimentais, e pondo-se em uma postura de ajuda, e não de intimidação. É importante que o paciente sinta-se confortável para falar de seus sentimentos.

Uma avaliação completa deve englobar dados demográficos, antecedentes pessoal e

familiar de suicídio, diagnósticos clínicos e psiquiátricos, rede de apoio social, características de personalidade (especialmente traços de impulsividade, agressividade e raiva), aspectos psicodinâmicos (conflitos, motivações, fantasias relacionadas com a morte), modelos de identificação (ídolos) e recursos do paciente, tanto materiais como psicológicos: capacidade de elaboração e de resolução de problemas, renda financeira, moradia, alimentação, acesso fácil a armas ou métodos letais, suporte familiar e social (instituições, amigos, trabalho).

São fatores de risco não modificáveis: sexo masculino, idosos, história de tentativa prévia (principal fator isolado), histórico familiar positivo para suicídio, e mudança recente de *status* social ou econômico; são fatores de risco potencialmente modificáveis: estado civil solteiro ou divorciado, desemprego ou insatisfação com o trabalho, transtornos mentais, acesso a meios letais, doenças orgânicas e isolamento social. (Jobes & Mann, 1999) (Departamento e Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP, 2011). Preferencialmente, o assunto deve ser abordado de uma forma gradual, fluindo naturalmente na consulta a partir do relato de sentimentos negativos que vêm sendo experimentados pelo paciente. Ao longo da entrevista, deve-se questionar sobre pensamentos frequentes sobre a morte, se lhe ocorre a ideia de se matar ou que a vida termine (muitas vezes a ideia é frágil, surgindo como um desejo de dormir para sempre, de desaparecer, de fugir), e se sim, se chegou a planejar algo neste sentido, e caracterizar o planejamento. Pensamentos com conteúdo de desesperança (“a vida não tem saída”, “não existe esperança”), acompanhados de sentimento de tristeza extrema, vazio, solidão e falta de apoio, além de uma postura corporal ansiosa e agitada, sugerem um maior risco de suicídio.

Neurobiologia do suicídio

Entre as evidências bioquímicas do suicídio, encontramos diversos fatores, cujos mecanismos ainda não são completamente compreendidos. Sabe-se que há importante relação com os neurotransmissores monoaminérgicos (serotonina, noradrenalina e dopamina); também encontramos evidência de fatores genéticos relacionados ao suicídio, como por exemplo, marcadores relacionados a serotonina.

Foi em meados do século XX que começaram as observações sobre a influência dos neurotransmissores noradrenérgicos nos transtornos do humor: passaram a observar que pacientes hipertensos tratados com reserpina – droga depletora de monoaminas – desenvolviam um estado depressivo; por outro lado, em pacientes tuberculosos com humor disfórico, o uso do antibiótico IPRONIAZIDA – que é também inibidor do catabolismo das monoaminas - causava uma elevação e melhora do humor. Assim esboçava-se a hipótese de que a depressão poderia se originaria de uma deficiência na disponibilidade das monoaminas cerebrais (noradrenalina, serotonina e dopamina) – e que poderia ser corrigida através da diminuição do catabolismo destas monoaminas (Bunney & Davis, 1965) (Schildkraut, 1965). Desde então estudos em animais tem mostrado que drogas que melhoram os sintomas depressivos em humanos aumentam a disponibilidade das monoaminas nas fendas sinápticas, de modo que hoje diversas vertentes farmacológicas comprovam os efeitos terapêuticos tanto da noradrenalina como da serotonina presentes no sistema nervoso central. Apesar do risco de suicídio não ser claramente relacionado ao uso ou não destas drogas, sabemos ao certo que a redução dos sintomas depressivos diminui o risco de suicídio – de modo que acredita-se que o tratamento dos sintomas depressivos através dos antidepressivos diminua o risco de suicídio. (University of Illinois at Chicago, 2012)

A noradrenalina (NE) é um neurotransmissor sintetizado e liberado em determinados neurônios do cérebro que se comunicam com diferentes tipos de neurônios e estruturas vasculares. As projeções neuronais noradrenérgicas cerebrais são bem amplas e alcançam quase todas as regiões cerebrais, mas há uma relação especialmente forte entre a noradrenalina e determinados comportamentos, inclusive aqueles que se encontram disfuncionais na depressão. (University of Illinois at Chicago, 2012)

Recentes achados *post-mortem* demonstram anormalidades nos neurônios cerebrais noradrenérgicos e na glia em seu entorno, reforçando o papel da NE na patologia e etiologia da depressão. Considerando-se a grande prevalência de depressão nos suicidas, é provável que uma disfunção noradrenérgica contribua para o suicídio – apesar de ser difícil diferenciar se isso ocorre de uma forma indireta, através da depressão causada por tal disfunção. Também é sabido que condições de estresse crônico causam uma depleção de NE, o que em indivíduos com antecedente de transtornos do humor acarreta em episódios depressivos – o que não é visto em indivíduos previamente hígidos. (University of Illinois at Chicago, 2012)

O sistema de neurotransmissão serotoninérgico é também amplamente estudado na depressão; estes neurônios localizam-se nos núcleos da rafe, e fibras originadas na parte dorsal destes núcleos (NDR) inervam o córtex pré-frontal. Em achados anatomopatológicos de pacientes que cometeram suicídio, estes neurônios do NDR apresentam-se menores e com morfologia alterada. Também há uma menor concentração do metabólito da serotonina 5HIAA no LCR de pacientes deprimidos e suicidas, sendo tal achado um marcador preditor de suicídio (Asberg et al., 1976). Este é um dos achados mais replicados na psiquiatria, tendo relação com diferentes transtornos mentais: esquizofrenia, bipolares, transtornos de personalidade, além de características de impulsividade e violência. Observa-se que quanto maior a redução de 5-HIAA, maior a letalidade da tentativa de suicídio. (Linnoila & Virkkunen, 1992) (Oquendo & Mann, 2000) (Placidi GP, 2001).

Também é encontrado nos suicidas menor expressão do gene transportador da receptação de serotonina (SERT) e maior expressão de receptores inibitórios 5HT1A (University of Illinois at Chicago, 2012), além de uma maior síntese da enzima TPH, limitante na síntese de serotonina. (Arango, Huang, Underwood, & Mann, 2003) (Nemeroff, Compton, & Berger, 2001) (Stockmeier et al., 1998). No córtex pré-frontal destes pacientes, também há uma diminuição da ligação da proteína transportadora de serotonina (SERT), com um aumento compensatório de receptores 5-HT1A e 5HT2A; em PET-scan realizados em tentativas de suicídio violentas e de criminosos também violentos, observa-se uma hipofunção em córtices pré-frontais ventral, medial e lateral. (Ezzell, 2003) (Arango, Huang, Underwood, & Mann, 2003) (Jobes & Mann, 1999)

A influência genética do suicídio é estudada de diferentes formas. Em estudos com gêmeos adotivos, observou-se uma taxa de concordância para gêmeos monozigóticos (MZ) de 12%, e de 2% nos dizigóticos (DZ). Na população de gêmeos discordantes para suicídio, dentre os sobreviventes no grupo MZ, 38% apresentaram tentativas de suicídio, e entre os DZ, essa porcentagem foi nula entre os sobreviventes (Kallman, 1953). Em relação à hereditariedade do suicídio, observa-se que a transmissão deste comportamento não consegue ser explicada apenas pela hereditariedade dos transtornos psiquiátricos – aparentemente há um tipo de herança diferente do comportamento suicida e dos transtornos mentais. Supõem-se no momento que a hereditariedade do suicídio e do comportamento suicida seja determinada por pelo menos dois componentes: a propensão genética a transtornos psiquiátricos e suscetibilidade genética a traços de personalidade de impulsividade e agressividade, de modo que a junção destas características implicaria em risco de suicídio aumentado. (Bondy, Buettner, & Zill, 2006) Em estudos genéticos de associação, encontraram-se seis genes envolvendo a serotonina implicados na herança: TPH, SERT, 5-HT1A, 5-HT1B, 5-HT2A e MAO. Em 2003, um estudo que seguiu 1037 crianças até os 26 anos, constatou uma maior vulnerabilidade para depressão e suicídio naqueles com gene alelo curto da Proteína transportadora de serotonina, sendo os homocigotos para alelos longos os com menor vulnerabilidade aos mesmos eventos, e menor susceptibilidade a eventos estressores (Collier et al., 1996).

Outro achado biológico que se relaciona com o comportamento suicida é a hiperreatividade do eixo hipotálamo-hipófise-adrenocortical (HPA), cuja presença aumenta o risco de suicídio em 14 vezes. Estudos neste campo mostram que, em comparação a controles normais, as vítimas de suicídio possuem glândulas adrenais maiores e mais pesadas (Dumser,

Barocka , & Schubert, 1998) (Szigethy, Conwell, Forbes, Cox, & Caine, 1994). Como este sistema hormonal relacionado ao cortisol é o principal efetor da reação ao estresse agudo e crônico, e a sua hiper-ativação estar associada a uma neurotoxicidade importante, esta alteração biológica é de grande importância na caracterização de uma parte significativa dos pacientes suicidas, porém não é habitual a sua avaliação na prática clínica diária, pela dificuldade de se proceder os exames que definem esta hiperatividade, e também pela ausência de intervenções realmente eficazes em diminuir esta hiperatividade.

Estudos longitudinais de larga escala sobre o impacto da diminuição sérica de colesterol na mortalidade chamaram a atenção para o fato de um baixo valor de colesterol no sangue estar relacionado a um maior risco de suicídio. Apesar da esperada diminuição de mortes por causas cardiovasculares nos pacientes cujo colesterol encontrava-se em níveis baixos, não foi constatada uma diminuição geral na mortalidade destes pacientes (Muldoon, Manuck, & Matthews , 1990).

Alguns estudos mostraram um aumento de causas de morte não relacionada a doenças em pacientes com níveis séricos baixos de colesterol, especulando-se que esta alteração laboratorial poderia aumentar o risco de comportamento suicida nos pacientes já predispostos (Boscarino, Erlich, & Hoffman, 2009). Deste modo, outros estudos vêm corroborando este achado, no entanto ainda é cedo para estabelecer limites de valores ou usar este parâmetro de uma forma clínica, mas dentre os possíveis marcadores biológicos para o suicídio, o baixo nível sérico de colesterol vem despontando como objeto de interesse.

Deste modo, ao se pensar em possíveis marcadores biológicos para o suicídio, seriam potencialmente úteis os receptores 5HT_{2a} e o 5HIAA líquórico, sendo que os elementos do eixo HPA ainda necessitam de mais estudos para elucidação de sua influência neste comportamento. Ao tratar-se deste assunto, cabe a discussão sobre a contradição de tentar estabelecer parâmetros numéricos para um comportamento que sabidamente é de difícil previsão. No entanto é importante manter em mente o conceito de marcadores de risco como um indicador de probabilidade, que deve ser sempre contextualizado a outros fatores de risco, permitindo assim traçar uma estimativa mais acurada, que em alguns cenários clínicos pode ser de grande utilidade (University of Illinois at Chicago, 2012).

Psicofarmacologia do suicídio

A relação entre suicídio e tratamento farmacológico traz até o momento muitas questões sem respostas definitivas. Como em 90% dos casos de suicídio há uma morbidade psiquiátrica subjacente, surge o questionamento sobre qual o impacto do tratamento – aqui dando enfoque ao tratamento medicamentoso – na diminuição do risco de suicídio. O que se observa é que a maioria dos pacientes, ao cometerem-no, não estão sob tratamento adequado de sua doença. Os principais motivos são o preconceito do paciente e da família em relação a um tratamento psiquiátrico prolongado, a irregularidade na aderência a longo prazo, e a não identificação da patologia por parte dos profissionais de saúde (Bertolote & Fleishmann, 2002).

Apesar disso, os estudos não permitem estabelecer uma relação clara entre tratamento farmacológico e risco de suicídio, em grande parte devido à dificuldade existente em desenhar trabalhos com este fim, esbarrando em questões éticas e de critérios de seleção da população a ser estudada – uma vez que o comportamento suicida não é claramente uma patologia em si, mas constitui um grupo heterogêneo de pacientes com múltiplas variáveis envolvidas. Assim, os dados que se têm hoje sobre este assunto são em sua maioria obtidos de forma secundária a outros estudos, o que impõem diversos vieses às suas conclusões.

Há uma aparente diminuição do risco de suicídio com o uso de lítio em pacientes bipolares I ou II em comparação ao uso de Carbamazepina e Divalproato como estabilizadores de humor (Cipriani, Hawton, Stockton, & Geddes, 2013), sendo até o momento a melhor evidência de ação profilática farmacológica de suicídio disponível. Este efeito também ocorre

em pacientes com depressão unipolar recorrente. Os atuais estudos acerca dos efeitos protetores do lítio no comportamento suicida sugerem que possa haver efeitos além dos esperados pela diminuição dos episódios de mania ou depressão – uma vez que este efeito é conseguido também pelo uso de outras medicações, que por sua vez, não mostraram um efeito profilático sobre o suicídio como o lítio. Um dos mecanismos propostos para a ação do lítio, além da estabilização do humor, seria uma melhora na neurotransmissão serotoninérgica, com conseqüente diminuição de agressividade e impulsividade; tal efeito vem sendo reforçado através de diversos estudos, tanto quando usado como estabilizador do humor, como quando para potencializar tratamento de depressão unipolar, e em estudos com humanos e animais, o lítio tem mostrado diminuir comportamentos impulsivo e agressivo (University of Illinois at Chicago, 2012) (Cipriani, Hawton, Stockton, & Geddes, 2013). No entanto, as evidências existentes mostram tais efeitos em uso prolongado do lítio, e não é possível ainda estabelecer uma dose para tais efeitos.

Em pacientes esquizofrênicos, foi observada a diminuição do suicídio com o uso da clozapina, o que não ocorre com o uso dos demais antipsicóticos. Um grande estudo randomizado teve por objetivo comparar a ocorrência de suicídio em pacientes em uso de olanzapina e clozapina, sendo que no último grupo houve diminuição de

25% no risco de suicídio. O efeito bloqueador dos receptores serotoninérgicos do tipo 2 A pela clozapina poderia causar uma diminuição na agressividade destes pacientes, sendo uma das teorias para este achado do estudo (Meltzer, 2005).

Outra questão polêmica referente a este assunto é a observação de alguns estudos nos quais o uso de antidepressivos, no início do tratamento, poderia induzir um aumento no risco de suicídio. Em parte isso poderia ser explicado por uma melhora não sincronizada dos sintomas psicomotores e cognitivos, ou seja, antes que se observe uma melhora do quadro cognitivo (ideação suicida), há uma melhora da lentificação psicomotora inerente a quadros depressivos graves, o que geraria um maior risco do paciente de fato tomar a iniciativa de cometer o ato de matar-se. Há também os efeitos colaterais dos antidepressivos, que são vistos como uma piora transitória do quadro nas 2 primeiras semanas de uso (mais especificamente os ISRS) como ansiedade e inquietação, favorecendo uma maior propensão ao impulso auto destrutivo. O que foi constatado em estudo com jovens americanos é que as mais altas taxas de suicídio ocorrem dentro do primeiro mês de tratamento – e a partir do quarto mês caem drasticamente. Outro ponto que deve ser observado é a indução por antidepressivos de estados mistos (condições com coexistência de sintomas depressivos e maníacos ao mesmo tempo ou em variações muito rápidas e instáveis) em pacientes bipolares, especialmente quando ainda não se tem um diagnóstico estabelecido, o que aumentaria o risco de suicídio (Mann et al., 2006) (Beasley et al., 2007).

Em resumo, apesar do pouco que se pode afirmar categoricamente sobre as relações de causa e efeito entre tratamento medicamentoso e suicídio, o que parece claro concluir é que o tratamento e seguimento adequados do paciente psiquiátrico faz com que diminua a ideação e a tentativa de suicídio.

Prevenção

O suicídio é uma questão de saúde pública e guarda estreita relação com serviços de saúde, tanto pela alta prevalência de doenças psiquiátricas nos pacientes que o cometem, como pelo fato de onerarem o sistema de saúde com suas conseqüências, além da perda de uma população muitas vezes em idade economicamente ativa. A OMS, assim como alguns países, desenvolveu estratégias que visam a melhor forma de abordar estes pacientes, e quais são as condutas que se mostram eficazes na diminuição de sua incidência, englobando ações de caráter tanto público como individual (Bertolote & Fleishmann, 2002) (Takahashi, 2012).

Entre os pacientes que cometem suicídio, cerca de 50% procuraram serviços de saúde

entre 1 a 6 meses antes do ato suicida, o que pode ser visto como um comportamento de busca de ajuda. No entanto, muitas vezes o profissional desconhece a intenção do paciente, de modo que a procura ativa por pensamentos suicida pode proporcionar uma abertura para que o paciente relate-os. Ao contrário do que se pode imaginar, o ato de perguntar não tem um efeito de incitar ideias suicidas no paciente, apenas lhe abre a oportunidade para falar caso seja um assunto que já lhe tenha ocorrido.

De acordo com a OMS, os passos básicos para a prevenção de suicídio incluem medidas individuais, principalmente o tratamento de pacientes psiquiátricos, e medidas públicas: controle de posse de armas de fogo, desintoxicação do gás doméstico e de automóvel, controle de disponibilidade de substâncias tóxicas e reportagens cuidadosas na imprensa relacionadas a suicídio (World Health Organization, 1998). Em programa de prevenção de suicídio realizado pela Força Aérea dos Estados Unidos, em 1996, um conjunto de estratégias diminuiu o risco de suicídio em um terço. Tal êxito se deu em grande parte através da preparação dos profissionais de saúde e da criação de uma rede de apoio: aumentou a conscientização dos serviços de saúde mental sobre o assunto, incluiu a prevenção de suicídio no treinamento profissional, criou equipes de resposta ao estresse traumático, permitiu aos profissionais de saúde mental prestar serviços preventivos comunitários em ambientes não clínicos, encorajou o comportamento de busca de ajuda, envolveu lideranças no programa, além de realizar pesquisas de saúde comportamental para ajudar a identificar fatores de risco de suicídio e desenvolveu um sistema central de pesquisa para detectar auto lesões fatais e não fatais (Knox et al., 2010).

Em publicação americana realizada em 2012 sobre estratégias para prevenção do suicídio, um modelo sócio ecológico esquematiza alguns fatores de proteção e de risco, envolvendo desde a esfera social até a individual. Sob a perspectiva social, são considerados fatores de proteção a disponibilidade para a assistência à saúde física e mental, e restrições a meios letais de suicídio (por exemplo a legalização ou não do porte de armas); já a publicação de suicídio na mídia de forma inapropriada é um fator de risco. Na comunidade, a presença de ambientes comunitários e escolares seguros e capazes de prestar suporte representam fatores protetores, ao passo que a presença de barreiras ao acesso a serviços de saúde e a falta de relacionamentos que possam prestar suporte, são fatores de risco. Nos relacionamentos interpessoais, oferece proteção ao paciente a presença de laços afetivos positivos com outros indivíduos, familiares, membros da comunidade e instituições sociais, além da presença de relação de suporte por parte dos provedores de saúde. Relacionamentos conflituosos e violentos, além de história familiar de suicídio, indicam um risco maior ao paciente potencialmente suicida. Por fim, na esfera individual são colocadas como características de proteção a presença de habilidades para resolver e lidar com problemas, a presença de razões para viver (como presença de crianças em casa) e objeções morais ao suicídio. Presença de transtorno mental, impulsividade e agressividade, abuso de substâncias e antecedente pessoal de tentativas de suicídio denotam um paciente com maior propensão ao ato suicida (Washington (DC): US Department of Health & Human Services, 2012).

Também na Inglaterra observou-se diminuição das taxas de suicídio após a implementação de recomendações para a prevenção do suicídio nos setores públicos de saúde mental. Os serviços que as adotaram apresentaram melhoras progressivas dos indicadores de morte por suicídio. As recomendações iniciais do programa incluem a criação de equipes 24-hora para crises, a realização de seguimento dos pacientes durante os 7 primeiros dias após a alta, disponibilização de treinamento regular sobre como lidar com o risco de suicídio para a equipe clínica geral, compartilhamento de informações com serviço criminal de justiça, tratamento das doenças subjacentes (transtornos mentais e abuso de substâncias), e condução de revisões multidisciplinares e compartilhar informações com os familiares após um suicídio (Office for National Statistics (UK), 2013).

É certo que a realidade dos países acima mencionados difere em muito da brasileira,

onde se encontra falta de foco no gerenciamento das políticas de saúde mental, o que possivelmente inviabiliza a instituição de estratégias potencialmente benéficas - como criação de um programa nacional de prevenção de suicídio.

Em contextos loco-regionais, dependendo-se da região, os recursos humanos e materiais podem, no entanto, proporcionar uma abordagem estratégica para estes pacientes. São exemplos de ações possíveis em níveis regionais o desenvolvimento de programas para detecção precoce de pacientes com transtornos mentais

(especialmente nas patologias de maior risco – depressão, abuso de drogas e esquizofrenia), com trabalhos de psicoeducação em escolas, empresas e comunidades, assim como o desenvolvimento de programas de educação e

intervenção em saúde mental para público leigo em settings não médicos e de relativo risco, como polícia militar e metrô.

Num contexto de prevenção nos familiares e na rede social, deve-se prestar cuidado aos sobreviventes do suicídio, com grupos de apoio, psicoterapia individual e psicoeducação. Serviços psiquiátricos e psicológicos também podem ter uma maior ação preventiva neste sentido com a criação de uma estrutura de suporte para crises. A atuação do profissional de saúde é de grande valor neste contexto, sendo que a realização de cursos de atenção e aprimoramento, realização de estágios e treinamento, com criação de profissionais capacitados e o estabelecimento de trabalhos conjuntos com emergências clínicas e instituições com população de risco são medidas que podem estar ao alcance dos serviços de saúde.

São ainda necessários muitos estudos para otimizar as estratégias de prevenção de suicídio, mas os resultados advindos de algumas campanhas com este intuito são encorajadores, e apontam para a formação profissional e o conhecimento do assunto em sua totalidade como um dos primeiros passos para abordar este comportamento, que afeta de modo tão drásticos os pacientes psiquiátricos e todos indivíduos envolvidos em seu cuidado.

Referências

- Arango, V., Huang, Y. Y., Underwood, M. D., & Mann, J. J. (Sep-Oct de 2003). Genetics of the serotonergic system in suicide behavior. *Journal of psychiatric research*, pp. 375-86.
- Beasley, C. M., Ball, S. G., Nilsson, M. E., Polzer, J., Tauscher-Wisniewski, S., Plews, J., & Acharya, N. (2007). Fluoxetine and adult suicidality revisited: An updated meta-analysis using expanded data sources from placebo-controlled trials. *J. Clin Psychopharmacol.*, pp. 27(6): 682-686.
- Bertolote, J., & Fleishmann, A. (2002). Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. *World Psychiatry*, 181-185.
- Bondy, B., Buettner, A., & Zill, P. (7 de fevereiro de 2006). *Genetics of suicide* - doi:10.1038/sj.mp.4001803. Fonte: Molecular Psychiatry: <http://www.nature.com/mp/journal/v11/n4/full/4001803a.html#bib5>
- Boscarino, J. A., Erlich, P. M., & Hoffman, S. N. (2009). Low serum cholesterol and external-cause mortality: Potential implications for research and surveillance. *J. Psychiatry Res.*, pp. 43:848-854.
- Botega, N. J., Marin-León, L., Oliveira, H. B., Barros, M. B., Silva, V. F., & Dalgalarondo, P. (2009). Prevalência de ideação, plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. *Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 2632-2638.
- Bunney, W. E., & Davis, J. N. (1965). Norepinephrine in depressive reactions. A review. *Archives of General Psychiatry*, pp. 13(6):483-494.
- Chesney, E., Goodwin, G. M., & Fazel, S. (Junho de 2014). Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World Psychiatry*, pp. 153160.

- Cipriani, A., Hawton, K., Stockton, S., & Geddes, J. R. (27 de Junho de 2013). Lithium in the prevention of suicide in mood disorders: updated systematic review and meta-analysis. *theBMJ*.
- Collier, D. A., Stober, G., Li, T., Heils, A., Catalano, M., & Di Bella, D. (1996). A novel functional polymorphism within the promoter of the serotonin transporter gene: Possible Role in susceptibility to affective disorders. *Mol. Psychiatry*, 453-460.
- Departamento e Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP. (2011). *Clínica Psiquiátrica*. São Paulo: Manole.
- Dumser, T., Barocka, A., & Schubert, E. (1998). Weight of adrenal glands may be increased in persons who comit suicide. *Am J Forensic Med Pathol.*, 19(1), pp. 7276.
- Ernst, C., Lalovic, A., Lesage, A., Seguin, M., Tousignant, M., & Turecki, G. (2004). Suicídio e ausência de psicopatologia em Eixo I. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 268-273.
- Ezzell, C. (2003). New research addresses the wrenching question left when someone ends his or her own life. Why? The neuroscience of suicide. *Scientific American*, 44-51.
- Gabbard, G. O. (2006). *Psiquiatria Psicodinâmica, 4a edição*. artmed.
- Isometsä, E. T., & Lönnqvist, J. K. (Dec de 1998). Suicide attempts preceding completed suicide. *The British journal os psychiatry*, 531-5.
- Jobes, D. A., & Mann, R. E. (1999). Reasons for living versus reasons for dying: examining the internal debate of suicide. *Suicide & Life Threat Behavior*, 97-104.
- Kallman, F. J. (1953). In: F. J. Kallman, *Heredity in Health and Mental Disease: Principles of Psychiatric Genetics in the Light of Comparative Twin Studies*. New York: Norton.
- Knox, K. L., Pflanz, S., Talcott, G. W., Campise, R. L., Lavigne, J. E., Bajorska, A., . . . Caine, E. D. (Dezembro de 2010). The US Air Force suicide prevention program: implications for public health policy. *American journal of public health*, pp. 100(12): 2457-63.
- Linnoila, V. M., & Virkkunen, M. (Oct de 1992). Agression, suicidality, and serotonin. *The Journal os clinical psychiatry*, 53, 46-51.
- Mann, J. J. (21 de Agosto de 1999). Role of the serotonergic system in the pathogenesis of major depression and suicidal behavior. *Neuropsychopharmacology*, pp. 99S-105S.
- Mann, J. J. (Outubro de 2003). Neurobiology of suicidal behaviour. *Nature reviews. Neuroscience*, pp. 819-28.
- Mann, J. J., & Arango, V. (s.d.). Integration of neurobiology and psychopathology in a unified model of suicide behavior. 1992, pp. 12:S2-S7.
- Mann, J. J., Emslie, G., Baldessarini, R. J., Beardslee, W., Fawcett, J. A., Goodwin, F. K., . . . Wagner, K. D. (2006). ACNP Task Force report on SSRIs and suicidal behavior in youth. *Neuropsychopharmacology*, 31(3): 473-492.
- Mello-Santos, C. d., Bertolote, J., & Wang, Y.-P. (2005). Epidemiologia do suicídio no Brasil (1980-2000): caracterização das taxas de suicídio por idade e gênero. *Revista Brasileira de Psiquiatria*.
- Meltzer, H. Y. (2005). Suicide in schizophrenia, clozapine, and adoption of evidencebased medicine. *J. Clin. Psychiatry*, pp. 66(4): 530-533.
- Muldoon, M. F., Manuck, S. B., & Matthews, K. A. (1990). Lowering cholesterol concentration and mortality: A quantitativa review of primary prevention trials. *Br. Med J.*, pp. 301:309-314.
- Nemeroff, C. B., Compton, M. T., & Berger, J. (2001). The depressed suicidal patient. Assessment and tratment. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1-23.
- Office for National Statistics (UK). (22 de Janeiro de 2013). *Statistical bulletin: Suicides in the United Kingdom, 2011*. Fonte: <http://www.ons.gov.uk/ons/rel/subnational->

health4/suicides-in-the-unitedkingdom/2011/stb-suicide-bulletin.html

- Oquendo, M. A., & Mann, J. (23 de Mar de 2000). The biology of impulsivity and suicidality. *The Psychiatric clinics os North America*, 1, 11-25.
- Placidi GP, O. M. (15 de Nov de 2001). Aggressivity, suicide attempts, and depression: relationship to cerebrospinal fluid monoamine metabolite levels. *Biological psychiatry*, 50, 783-91.
- Schildkraut, J. J. (1965). The catecholamine hypothesis of affective disorders: A review of supporting evidence. *The American Journal of Psychiatry.*, pp. 122(5): 375-395.
- Stockmeier , C. A., Shapiro, L. A., Dilley, G. E., Kolli, T. N., Fiedman, L., & Rajkowaska, G. (1998). Increase in serotonin-1A autoreceptors in the midbrain of suicide victims with major depression-postmortem evidence for decreased serotonin activity. *The Journal of neuroscience: the official journal os the Society for Neuroscience.*, 7294-401.
- Szigethy, E., Conwell, Y., Forbes, N., Cox, C., & Caine, E. (1994). Adrenal weight and morphology in victims of completed suicide. *Biol Psychiatry*, 374-380.
- Takahashi, Y. (2012). Suicide prevention in Japan in contrast overseas. *Seishin Shinkeigau Zasshi*, 548-52.
- University of Illions at Chicago. (2012). *The Neurobiological Basis of Suicide*. (Y. Dwivedi, Ed.) Boca Raton (FL): CRC Press.
- Washington (DC): US Department of Health & Human Services. (setembro de 2012). 2012 National Strategy for Suicide Prevention: Goals and Objectives for Action: A Report of the U.S. Surgeon General and of the National Action Alliance for Suicide Prevention. *Publications and Reports of the Surgeon General*.
- World Health Organization (1998). Primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders. Geneva.