

(a) _____

Parecer CoBi 006/2006 – “Tentativa de Suicídio no PAMB”

Parecer CoBi nº : 006/2006

Solicitante : Diretoria Clínica

Ementa: Paciente que tentou suicídio no PAMB, atendido no PS-HC, após alta veio a falecer em função de acidente em trilho de trem.

HISTÓRICO

Indivíduo de 31 anos, que em 40 horas, deu entrada três vezes no Pronto-socorro, impedido uma vez de suicidar-se no prédio dos ambulatórios, acabou por efetivar sua morte na Estação Clínicas do metrô, por atropelamento da composição. O histórico mais detalhado é o seguinte:

- 12.04.2006 – 18:37 - internado no PSM com queixa de fraqueza, inapetência e dores nos membros inferiores. Referência de uso de imipramina por transtorno depressivo, negando ideação suicida. Medicado com dipirona e soro glicosado, recebe alta 13 horas depois, às 7:50.

-13.04.2006 - 13.30 - o Serviço de Vigilância e Segurança restringiu o paciente no quarto andar do PAMB por estar tentando suicídio. Readmitido no pronto-socorro dez minutos depois, com diagnóstico de depressão e surto psicótico. Referia que tentou pular do quarto andar do PAMB para fugir de perseguidores, apresentando dificuldade de contato com o médico clínico. Serviço Social foi acionado para contactar familiares e efetuada solicitação de interconsulta psiquiátrica. A evolução clínica psiquiátrica descreveu a presença de delírio persecutório em paciente com história de esquizofrenia paranóide. Medicado com anti-psicótico haloperidol (5mg cada 12 horas), foi observado por dois psiquiatras, mencionando-se melhora do quadro da persecutoriedade e do planejamento suicida. Recebeu alta com diagnóstico de esquizofrenia paranóide, encaminhado à Unidade Básica de Saúde (UBS), devendo sair obrigatoriamente acompanhado dos familiares. Sua saída efetivou-se na manhã seguinte, permanecendo portanto, um pouco mais de 24 horas no pronto-socorro. Nessa mesma manhã, cerca das 10:30, foi atropelado por trem do metrô, socorrido por seguranças, pela terceira vez trazido ao Pronto-socorro 20 minutos depois, sem sinais vitais, insucesso na ressuscitação cárdio-pulmonar, diagnóstico politrauma com óbito imediato.

COMENTÁRIOS

Comportamento suicida é todo ato pelo qual um indivíduo causa lesão a si mesmo, qualquer que seja o grau de intenção letal e de conhecimento do verdadeiro motivo desse ato. Definição abrangente que concebe o comportamento suicida ao longo de um “continuum” que vai desde pensamentos autodestrutivos, ameaças, tentativas e suicídio consumado.

A visão do ato suicida tem mudado ao longo da história. Concebido como tradição em certas culturas, pecado na Idade Média, sinal de doença mental e, em certas circunstâncias como opção individual, um direito da pessoa. Emile Durkheim, em sua obra

fundamental sobre o suicídio, relacionou-o com o grau de coesão social nas diferentes culturas. Na visão essencialmente psicológica, Sigmund Freud relacionou-o com impulsos agressivos voltados contra a própria pessoa nos estados melancólicos. A antropologia tenta esclarecer alguns comportamentos suicidas epidêmicos, tais como nos índios de Mato Grosso. Enfim, é necessário estudar as diversas áreas do conhecimento humano (biomédicas, psicológicas, sócio-culturais, ambientais) para que o fenômeno suicídio seja melhor compreendido. O profissional da saúde, portanto, está obrigado de conhecer o valor das diferentes disciplinas para avaliar a potencialidade suicida do paciente.

Em 2003 tivemos 900.000 suicídios no planeta, estimando-se em 10.000.000 as tentativas. É a terceira causa de morte nos indivíduos de 15 a 35 anos e nos últimos 40 anos a população mais jovem vem elevando sua taxa suicida. O Brasil, em números absolutos, ocupou o nono lugar em 1999 com 5.400 casos (China em primeiro com 195.000, EUA em quarto com 31.000), embora nosso coeficiente de suicídio seja baixo, ocupando o lugar 71 com 3,5/100.000 habitantes. Homens ainda se suicidam mais, sendo a única exceção na China, onde as mulheres suicidam-se 3 a 4 vezes mais. O coeficiente de suicídio na cidade de São Paulo é 8,6/100.000 habitantes.

Quem tenta se matar, no espaço de 1 ano tenta novamente em 25% dos casos, e, no espaço de 10 anos consome a morte em 10% dos casos. No Brasil o método mais freqüente para ambos os sexos é o enforcamento, seguido por arma de fogo e envenenamento (segundo em freqüência para as mulheres). A presença de transtorno mental aumenta o risco, principalmente nas depressões, esquizofrenias, alcoolismo, drogadição e transtornos de personalidade.

A abordagem do paciente com risco de suicídio exige vários enfoques. A regra preliminar e fundamental é impedir a morte. Quando existe risco iminente, recomenda-se a internação psiquiátrica, ainda que involuntária. Os pacientes freqüentemente escondem da equipe sua intenção, podendo dar a impressão de melhora e levando, imprudentemente, à alta precoce. Muitos suicidas passam por consultas médicas nos meses que antecedem o ato. O médico que sabe avaliar todos esses dados ajuda bastante no decréscimo das taxas de suicídio (grande valor preventivo). No Brasil, não há um plano nacional de prevenção para este comportamento, cujas medidas deveriam estar incluídas em um plano global para redução de violência, principalmente entre jovens.

CONCLUSÕES DO RELATOR

- 1.) O paciente recebeu atendimento no hospital, não houve omissão de socorro. Foi diagnosticado como doente psiquiátrico, medicado e encaminhado para outro serviço.
- 2.) Ao sair de alta, constou-se a obrigatoriedade de acompanhamento pelos familiares, devido ao risco suicida.
- 3.) Não temos condições de avaliar os recursos da família para levá-lo com segurança e efetivamente à UBS.

CONSIDERAÇÕES DA REVISORA

Tenho a observar, com relação ao item 3 das conclusões, que se o paciente está sob cuidados do Hospital e deve ser transferido:

- 1.) A responsabilidade de transferência é nossa e não da família.
- 2.) A UBS só dispensa atendimento ambulatorial.

3.) O diagnóstico do paciente indicava necessidade de internação ou apenas de seguimento ambulatorial?

CONSIDERAÇÕES DO RELATOR QUANTO AS DA REVISORA

1.) Não tenho ciência se o HC realiza transporte para outros serviços de saúde.

2.) Não é o diagnóstico que indica internação ou seguimento ambulatorial, mas sim as condições evolutivas clínicas o paciente, que segundo os dois psiquiatras o paciente estava apresentando melhora sintomatológica.

CONCLUSÃO FINAL

A despeito de não ter havido omissão de socorro e que a intervenção no ambiente do hospital foi adequada na situação de urgência psiquiátrica, sabemos que este tipo de paciente apresenta grande probabilidade de cometer nova conduta auto-destrutiva. Não temos um enfoque preventivo eficiente para essa população. Um programa de maior envolvimento entre o Instituto de Psiquiatria e Pronto-Socorro, além da rede SUS, seria recomendável ser planejado. Também recomendamos, quando da alta hospitalar, que as equipes do PS esclareçam devidamente os responsáveis, nos casos de potencialidade suicida, sobre vigilância e traslado do paciente para a unidade de saúde encaminhada.

Dr. Renato Del Sant
Relator
Membro da CoBi

Sra. Maria José Paro Forte
Revisora
Membro da CoBi

Aprovado em sessão de 22.06.2006, da CoBi