

Acompanhamento terapêutico: intervenção sobre a depressão e o suicídio

Carlos Estellita-Lins

Verônica Miranda de Oliveira

Maria Fernanda Cruz Coutinho

Resumo

Este trabalho aborda a atuação do acompanhamento terapêutico em casos de depressão grave com risco de suicídio. São investigados protocolos de avaliação do risco de suicídio e intervenções pertinentes ao campo do acompanhamento terapêutico, visando a implementação de ações específicas em saúde mental. Concluímos que o acompanhamento terapêutico constitui um recurso terapêutico em psiquiatria clínica de grande utilidade e importância. Mostram-se necessários estudos mais aprofundados investigando eficácia e conexões clínicas em psiquiatria comunitária.

Unitermos

Acompanhamento terapêutico; risco de suicídio; depressão; saúde mental; cuidado; urgência; psiquiatria.

AT e intervenção no risco de suicídio

Sabemos que boa prática clínica em psiquiatria solicita múltiplas intervenções no âmbito da psiquiatria comunitária, complementando a conduta psicofarmacoterápica, que depende apenas indiretamente de fatores ambientais, sociais e familiares (Barboza, 1998; Desviat, 1999). A adesão aumentada ao tratamento depende do ambiente de recuperação e reabilitação implicado (Dimatteo, 2002; Scherman, 2004). Atualmente encontram-se disponíveis medidas de suporte ao paciente em seu domicílio, que visam uma recuperação mais rápida, confortável e segura.

As tecnologias de cuidado e suporte ao paciente psiquiátrico ganham importância crescente, sendo denominadas no Brasil de Acompanhamento

Terapêutico (AT). Trata-se de intervenções que não implicam em internação ou que fornecem segurança para abreviar a permanência dos pacientes internados (Helsing, 1982; Estellita-Lins, 2001a).

Busca-se cumprir o ideal de modificar minimamente a vida cotidiana produzindo um máximo de impacto nas rotinas existenciais e pragmáticas. A relação da teoria e prática psicanalítica com a psiquiatria comunitária, especialmente com as atividades de acompanhamento terapêutico, é complexa. O território privilegiado de atuação do AT situa-se na saúde mental, o que significa destacar a atuação terapêutica, a promoção de saúde e a prevenção como objetivos principais (Resnizky, 1987; Martin, 1993; Antonucci, 1994; Farah, 1994; Barretto, s/d; Cabral, 2000).

O acompanhamento é uma experiência de atuação em saúde mental no qual se observa, analisa e tenta-se modificar a qualidade de vida de sujeitos acometidos de transtornos psiquiátricos. O objetivo maior é contribuir na organização e implemento de cuidados intensivos em saúde mental, no intuito de modificar uma vida paralisada que não é mais capaz de encontrar saída alguma, ou que somente encontra como saída a aniquilação e a mortificação do estado vital. Tenta-se traçar rumos diferentes daqueles que se encontram fixados ou “emperrados” (motivo pelo qual o atendimento foi solicitado), seja por uma atitude psiquiátrica excessivamente biologizante e pouco compreensiva, seja pela gravidade intrínseca ao caso clínico.

O risco de suicídio não deveria ser uma preocupação exclusivamente médica, mas de todos os profissionais de saúde mental, e talvez da comunidade humana em sua totalidade. Nos pacientes em risco de suicídio consideram-se necessárias intervenções em múltiplos níveis, incluindo psicoterapia, farmacoterapia, terapias biológicas, psiquiatria comunitária, hospitalização, além de medidas psicopedagógicas (Rothschild, 1997; Hillard, 1983; Schmitt, 2001).

Encontram-se em curso iniciativas de atuação de AT no risco de suicídio com pacientes hospitalizados ou pacientes mantidos sob cuidado domiciliar. Trata-se de circunstância clínica peculiar, que demanda atenção, dedicação, cuidado e muita *expertise*. Com o desenvolvimento de escalas clínicas de avaliação do risco de suicídio, tornou-se mais racional e seguro adotar critérios claros e precisos para manter o paciente em domicílio e ministrar cuidados psicológicos intensivos. Nesse contexto, torna-se relevante adotar medidas ou protocolos de atuação do AT em domicílio, operando em situações de elevado risco e responsabilidade, que configuram intervenções de urgência psiquiátrica.

Acreditamos que a singularidade da experiência de sofrimento, sua radicalidade e excessos intrínsecos devem ser o horizonte intransponível dentro do qual nos movemos. Com isto é imperioso respeitar e admirar cada circunstância clínica como um intrincado sistema que possui secretas razões para vir a ser, e que será, sempre irreduzível aos esforços epistemológicos. Entretanto, deve ficar claro que a singularidade não é incompatível com a clareza das idéias, com o debate científico ou com o ensino de iniciativas clínicas eficazes. Sob pena de obscurantismo, deve-se assumir uma posição clara em favor de uma pauta de intervenções racionais e de parâmetros para atuação baseada em evidências. Se Aristóteles afirmou que não há ciência do particular, sua idéia mostra-se hoje insuficiente para nos proteger da velha dicotomia entre universal e particular. De qualquer modo, a formalização ou a utilização de protocolos em saúde mental não deveria ser encarada como estéril, preconceituosa ou ignorante das singularidades. Não é ela que desconsidera as diferenças, mas a atitude de quem as utiliza. A pesquisa em saúde mental valoriza aspectos quantitativos, qualitativos e quali-quantitativos, no sentido de contemplar aspectos múltiplos da psicopatologia (Estellita-Lins, 2002). Gostaríamos, portanto, de contribuir para a futura organização de uma racionalidade dos cuidados intensivos em saúde mental que admita protocolos, instrumentos clínicos, etapas, *stepcare*, dirigindo-se resolutamente e sem hesitação para “árvores-de-decisão” ou diagramas de intervenção.

Aspectos do suicídio

O suicídio encontra-se entre as dez principais causas de morte no mundo, sendo uma das três primeiras causas de morte na faixa etária entre quinze e trinta e cinco anos. Segundo dados da WHO/OMS (2000), esta estatística cresce vertiginosamente, caracterizando-se como problema de saúde pública (Juurlink, 2004). O suicídio é a décima primeira causa de morte nos EUA, onde 210.000 pessoas tentam suicídio a cada ano. A prevalência mundial em 2000 estimada pela WHO/OMS(2000) é de que 815.000 pessoas morrem por suicídio contra 520.000 óbitos por homicídio. A taxa de suicídio vem crescendo substancialmente nos últimos cinco anos, principalmente entre adolescentes e idosos (Moscicki, 2004; Mintzer, 2003; Gilewski, 1991).

Com este problema, milhões de dólares são gastos, aproximadamente equivalentes a 1,8% do dispêndio total com doenças no mundo ou ao custo operacional de uma guerra. Além de mobilizar negativamente sociedade e

familiares, o impacto psicológico do suicídio permanece bastante intenso mesmo para aqueles que não têm ligação direta com a pessoa que se matou ou que fez uma tentativa de suicídio. Por todas essas razões, a OMS lançou em 1999 um manual de prevenção intitulado SUPRE (OMS,2000) direcionado aos diversos profissionais envolvidos na prevenção do suicídio.

Desde a obra inaugural de Émile Durkheim(2003), o estudo do suicídio não pode excluir aspectos etnográficos e culturais, nem deixar de considerar a intrigante regularidade sociológica do fenômeno. O suicídio culturalmente sancionado, dito altruísta ou egoísta, é mais raro nas faixas etárias mais jovens ou entre idosos, encontrando-se articulado com a questão da violência nos estudos de antropologia cultural. A violência nas sociedades contemporâneas possui determinantes culturais, tecnológicos e midiáticos, estando associada à depressão, ao alcoolismo e ao risco de suicídio. O suicídio constitui problema psiquiátrico, tendo sido associado a entidades nosológicas, alterações biológicas, psicológicas e sociais. Aspectos culturais permanecem importantes na patoplastia do suicídio. As estratégias de intervenção clínica valorizam progressivamente o ambiente e o contexto psíquico, assim como determinantes intrapsíquicos acessíveis a intervenções psicoterápicas e psicanalíticas. A literatura sobre o assunto vem destacando aspectos contratransferenciais no manejo dos casos (Hendin, 1999). Embora o enquadramento clínico seja necessário, a saúde coletiva tem tematizado estratégias de prevenção com algum impacto. A qualidade da informação parece ser muito relevante na prevenção do suicídio. Quando pensamos em prevenção primária, devemos assumir que intervenções psicossociais, fomento de uma rede social, qualidade e estilo de vida constituem aspectos cardinais (Cantor, 1999; Goldney, 2005). O AT possui um papel relevante na prevenção secundária e terciária do risco de suicídio (Estellita-Lins, 2001b).

O suicídio deve ser considerado uma emergência médica. Emergência e urgência são conceitos distintos mas articulados, ambos encontrando sua etimologia no latim e seu uso na clínica moderna das UTIs. O primeiro, *emergere*, significa emergir, no sentido de mostrar-se, situação crítica ou acontecimento perigoso que aparece subitamente; já o segundo, *urgere*, significa estar iminente, tornar imediatamente necessário, não permitir demora. Situações de emergência envolvem risco de vida iminente, por definição, necessitando de intervenções imediatas de curtíssimo prazo, enquanto a urgência implica em risco pronunciado e pressa imperiosa, sem que, contudo, a vida esteja necessariamente ameaçada (Sederer, 1997; Walker, 1983; Schmitt, 2001). O risco de suicídio constitui uma das únicas situações canônicas de

emergência médica *stricto sensu* em urgência psiquiátrica, exigindo intervenções precisas, eficazes e dotadas de efetividade a curto e médio prazo.

Urgência e crise são dois tópicos importantes no trabalho de cuidado intensivo em saúde mental, especialmente do AT. A noção de crise psíquica justifica uma concepção de urgência distinta daquela estritamente médica. Na crise encontramos esgotamento e repetição; tanto naquilo que concerne à família propriamente dita, quanto ao que está em seu entorno, verifica-se que os recursos psíquicos disponíveis encontram-se totalmente exauridos. Os pacientes dirigem-se para uma situação extrema em que simplesmente não sabem mais o que fazer. Compreender como tais recursos disponíveis se esgotaram ganha relevo. Na crise tudo se precipita. A vivência do tempo sucessivo intensifica-se ou se esvai. A crise é também uma experiência temporalizada na qual decisão e pressa estão presentificadas por meio de atitudes disruptivas, impulsivas, desorganizadas. A compulsão à repetição pode ser um conceito útil para pensar o agir do momento crítico e suas aporias, que podem traduzir-se por uma passagem ao ato, uma dispersão do sofrimento e da violência, uma desvalorização definitiva da palavra, da vida e da dor.

Clínicas

A maioria das vítimas de suicídio sofre de algum transtorno psiquiátrico. Os distúrbios psiquiátricos específicos associados ao suicídio são transtornos depressivos e doença afetiva, drogadição (especialmente alcoolismo, entre outras D.Q.) e psicoses (esquizofrenia). Evidentemente, a co-morbidade envolvendo mais de um desses distúrbios implica em maior risco de suicídio (Knesper, 2003).

Mostrou-se útil uma escala epidemiológica simples de rastreamento de risco de suicídio chamada SAD PERSONS (Hackberger, 1988). A partir dela identifica-se um tipo de situação ou perfil epidemiológico com maior risco: paciente masculino, acima de vinte e cinco anos, com depressão, abuso de álcool, sem cônjuge ou companhia, sem suporte social, que realizou alguma tentativa anterior, com doença clínica, transtorno psicótico, e algum plano organizado de suicídio. Essa escala gera uma pontuação que auxilia na decisão sobre a permanência do paciente no domicílio (Patterson, 1975).

Vários estudos retrospectivos ou longitudinais sugerem que tem pouco valor tentar distinguir ou classificar uma tentativa frustrada de suicídio sob o

ponto de vista de seu potencial letal, intenção de comunicação ou circunstâncias advertências. Não se deve julgar uma tentativa de suicídio, pois ao tentar separar aqueles que tentam daqueles que completam o ato, pode-se incorrer em negligência, com graves conseqüências. O clínico atento e bem treinado considera qualquer tentativa ou intenção, por mais ingênua que se mostre, como fato relevante, sem prejudicar o ato em si ou potencial letal que qualquer situação crítica comporta. Qualquer tentativa, atual ou pregressa, deve servir de alerta para o profissional que está cuidando do paciente. Isso requer uma avaliação cuidadosa que disponha de critérios quali-quantitativos (Gross, 2005).

A síndrome depressiva, categoria mais ampla na qual se situa o episódio depressivo maior ou o transtorno bipolar do humor, de acordo com o DSM-IV ou o CID-10, consiste em um conjunto de sinais e sintomas incluindo perturbação do humor (caracterizada por inibição psicomotora), tristeza vital, anedonia, irritabilidade e coartação significativa de projetos existenciais. Idéias de culpa e auto-recriminação podem estar presentes em graus variados, podendo chegar até uma escalada de atos visando a autodestruição compulsiva. A importância de medidas preventivas, de diagnóstico precoce e de atuação coerente e articulada no tratamento decorre do caráter discreto e solidário da corte sintomática das depressões. Pode-se afirmar que as doenças depressivas em sua variada complexidade, etiologia e apresentação clínica representam uma indicação muito significativa de acompanhamento terapêutico. Contudo, não devemos esquecer que o papel do at nas depressões ambiciona intervir não somente na crise ou eventual urgência, mas visando sobretudo o monitoramento da evolução clínica e performance pragmática dos pacientes, ou ainda contribuindo no processo de reabilitação.

Estados de intoxicação com estimulantes como cocaína, anfetaminas ou álcool constituem fatores predisponentes bastante freqüentes ao suicídio, com desdobramentos problemáticos quando o paciente encontra-se deprimido. No caso da dependência química sem co-morbidade psiquiátrica, o at costuma atuar durante o período de construção ou manutenção de abstinência, no qual a probabilidade de suicídio tende a ser menor.

A questão torna-se mais complexa no grupo das esquizofrenias, em que aproximadamente 10% a 15% de pacientes cometem suicídio ao longo da evolução do distúrbio. Acredita-se que diagnóstico precoce, tratamento imediato, suporte psicoterápico para familiares e pacientes, além de intervenções de at's no cotidiano bastante desorganizado desses pacientes possam melhorar o prognóstico e diminuir eventos autoagressivos. Pacientes apresentando sintomas

produtivos (positivos) podem ser imprevisíveis quanto à avaliação formal do risco, embora aqueles cronicados, apresentando ou não quadro psicótico, tenham menor risco de cometer suicídio. O embotamento afetivo e os sintomas catatônicos da série negativa geralmente demandam um desenho de acompanhamento voltado para a reabilitação pragmática e reconstrução de rotinas, igualmente menos preocupado pelo risco de suicídio (Preston, 2005).

O risco de suicídio pode aparecer durante uma “virada” medicamentosa, o que não invalida a eficácia da conduta adotada, mas demanda cuidados de suporte que podem ser desenvolvidos pelo at. Pacientes sintomáticos com gravidade, recentemente medicados com neurolépticos, que obtêm melhora rápida de seu estado clínico, paradoxalmente podem começar a desenvolver consciência de estado mórbido, iniciando quadro de depressão pós-psicótica com risco progressivo de suicídio. Esse tipo de situação foi inicialmente conhecido no tratamento das depressões maiores com inibição psicomotora ou estupor, que representam clássica situação de risco de suicídio à medida que as drogas antidepressivas começam a mostrar resultados, melhorando o pragmatismo mais rapidamente do que o humor ou a desesperança. O AT tem função destacada quando essas circunstâncias estão dadas, pois realiza monitoramento psicopatológico, bem como “contenção” de uma passagem ao ato. Nossa experiência sugere que além dos casos de depressão, os pacientes esquizofrênicos são passíveis de grande benefício e suporte quando o acompanhamento terapêutico soma-se a outras medidas terapêuticas prescritas (psicofarmacoterapia, psicoterapia etc).

De acordo com o que foi dito, tanto na esquizofrenia como na dependência química, a depressão pode estar presente de modo variado e em diferentes momentos. Sabemos que ela é um fator indicativo para o risco de suicídio. Nem sempre esse risco apresenta-se de acordo com a tríade clínica supracitada, dependendo naturalmente de circunstâncias, fatores agravantes ou fatores de risco envolvidos. O risco de suicídio situa-se freqüentemente em um momento de ruptura, quando o paciente pede ajuda sem que seja afetivamente ouvido. Falhas na avaliação ambulatorial de pacientes adultos parecerem ser freqüentes, de acordo com estudos recentes (Juurink, 2004). Em 25% dos pacientes que realizaram tentativas de suicídio não se percebeu que houve tentativas anteriores, e em 38% não se buscou identificar ideação ou planejamento prévio do suicídio, cuidado considerado doravante indispensável.

O risco de suicídio tem correlação complexa com a gravidade dos sintomas, sendo importante que avaliações específicas – como a utilização de escalas ou instrumentos clínicos para avaliar o risco de suicídio – procurem

caracterizar o grau da perturbação, mensurar o risco e auxiliar na tomada de decisões. Escalas de avaliação de depressão foram desenvolvidas ao longo dos últimos vinte anos, estando consagradas em ambiente de pesquisa e na prática clínica, mostrando utilidade no acompanhamento de sintomas e problemas como o risco de suicídio (Knesper, 2003). Escalas de maior difusão, que trazem perguntas sobre risco de suicídio são: HAM-D 21/23 (Moreno, 2000), MADRS (Moreno, 2000), Beck (Andrade, 2000), K-SADS (Mercadante, 1995).

A necessidade de avaliar com maior detalhe e precisão as circunstâncias de risco levaram ao desenvolvimento de instrumentos mais específicos para dimensionar e quantificar o risco de suicídio por meio de escalas, tabelas, questionários e índices. Os instrumentos mais relevantes podem ser agrupados em focos de interesse, nos quais se destacam como principais aqueles voltados para estimativa de risco e para avaliação de intenção/ideação. Destacam-se o *Suicide Potential Scale* (Ofek, 1996), que consiste em uma entrevista semi-estruturada e o *Beck-Kovacs Suicidal Ideation* (Miller, 2001), variante mais conhecida de um dos protocolos propostos por Aaron Beck. Outras ferramentas têm sido utilizadas na investigação do contexto clínico como instrumentos voltados para co-morbidades, como por exemplo, *Barratt Impulsivity Scale* (Bayle, 2000), *Overt Aggression Scale* (Collett, 2003), ICD-10 *Personality Disorder Diagnosis* (OMS, 2003) etc, além de escalas de impulsividade ou de auto-agressão. Instrumentos para avaliação do contexto são igualmente importantes, devendo ser mencionados: *Family Assessment Device* (Baptista, 2005), *High Risk Behaviour Scale* (Lopes, 2001), e *Coping Inventory For Stressful Situations* (Endler, 2003). Pode-se mencionar ainda escalas de qualidade de vida/razões para viver, ou escalas de letalidade do intento, que informam sobre repetidores, e ainda instrumentos de autópsia psíquica ou parasuicídio, que se mostram indispensáveis nos estudos retrospectivos e longitudinais.

Fatores de risco e fatores protetores

Quando o acompanhamento terapêutico é indicado em função de risco de suicídio, torna-se necessário priorizar alguns aspectos que orientem a metodologia de atuação. Nesse caso, prioriza-se o monitoramento do paciente, fornecendo informações aos clínicos e/ou cuidadores, contribuindo significativamente na tomada de decisão sobre hospitalização ou manutenção do paciente em seu domicílio sob acompanhamento regular e contínuo. O risco de suicídio tem correlação com a gravidade de certos quadros de transtornos mentais, principalmente depressão, esquizofrenia e o alcoolismo e co-morbidades.

Ao estabelecer o primeiro contato com família e paciente no domicílio, o at assume uma tarefa minuciosa. A avaliação requer do at um treino específico que irá guiá-lo no inventário de fatores de risco relevantes. O paciente pode ter feito uma tentativa anterior ou apresentar ideação suicida, que o at deverá explorar detalhadamente. Deve-se perguntar se há um plano, se já existem preparativos ou meios para executá-lo, se tem consciência do motivo, dos pensamentos envolvidos e da ambivalência suicida. Podem ser consideradas como indicativas de risco de suicídio questões como desespero; perdas relacionadas aos aspectos profissional, social e financeiro; doença física; falta de disposição para pedir ajuda devido ao estigma; isolamento e sensação de estar afastado das pessoas; antecedentes familiares e influência de pessoas que cometeram suicídio; tendências impulsivas e agressivas poderosas etc. Algumas medidas devem ser tomadas para sua modificação ou eliminação, o que requer rapidez nas ações dos at's.

O at deve estabelecer alianças em contextos que prezem a vida do paciente. Fatores protetores com valor impeditivo para um ato suicida são tão importantes quanto a mitigação dos fatores de risco. Entretanto, considera-se o paciente com ideação suicida extremamente ambivalente quanto à concretização do ato, pois nesse momento emergem sentimentos contraditórios. Convicções ou atitudes que preservariam da morte, como crenças culturais e religiosas que desestimulam o suicídio, podem deixar de ter importância e sucumbir ante a ambivalência. A equipe de suporte deve manter-se atenta quanto à ambivalência, ambitendência e manifestações ansiosas incongruentes ou inesperadas, inclusive sua remissão brusca. O atendimento clínico precoce e adequado para transtornos mentais ou por abuso de substâncias psicoativas operam como fatores protetores. O acompanhamento terapêutico entra nesse contexto de proteção de forma mais radical, pois poderá intervir diretamente em um contexto singular, em que todos os fatores estarão presentes e outros poderão vir, auxiliando os outros profissionais envolvidos, dando maior segurança ao paciente e sua família, além de montar estratégias para prevenção do comportamento suicida e reabilitação psicossocial.

Avaliação e intervenção

O fundamento de qualquer intervenção psicoterápica situa-se na construção de um vínculo, que ganha significativo relevo no acompanhamento terapêutico do paciente em risco de suicídio. A relação terapêutica deve

construir um bom vínculo com o paciente e seus familiares, com uma atitude positiva, empática e comprometida com os objetivos do tratamento. O asseguramento excessivo ou a reprovação pelo intento suicida são considerados atitudes contratransferenciais deletérias.

Deve ser iniciado um protocolo de avaliação complementar àquele do psiquiatra, no qual o at pode utilizar instrumentos clínicos mais genéricos, de acordo com o diagnóstico médico (depressão, esquizofrenia, drogadição, *bordeline*), mas especialmente instrumentos para avaliação do risco de suicídio. A avaliação intrínseca ao trabalho do at, como anamnese existencial dirigida, diagnóstico circunstancial e de crise, eleição de objetivos etc, mostra-se bastante frutífera quando situada em coordenação com os outros tratamentos em curso. Por meio da aplicação sistemática de instrumentos de avaliação de risco, o at pode informar ao médico assistente sobre a evolução do quadro clínico, auxiliando-o na seqüência das intervenções.

Logo no início de sua intervenção o at estabelece dois contratos distintos. O primeiro contrato com o paciente, de caráter psicoterápico, visa a colaboração e detecção precoce de ideação suicida ou atos impulsivos. O segundo contrato, de caráter mais deontológico e jurídico, é estabelecido com os familiares visando apoio, compartilhamento de responsabilidade e tomada rápida de decisão.

Organizando-se em plantões com duração de atendimento ininterrupto, torna-se imprescindível que o trabalho seja realizado por uma equipe, dispondo de coordenador que organize e dê as diretrizes ao trabalho. Todas as informações devem ser compartilhadas imediatamente, de maneira sucinta e criteriosa, por uma vertente integradora.

Desenvolver intervenções psicoeducativas também faz parte do escopo de intervenção do at no risco de suicídio. Procura-se oferecer ao paciente e à família informações sobre o transtorno e o tratamento, bem como tratamento do impacto psicológico que essas informações podem causar, aumentando a aderência do paciente e da família à intervenção, prevenindo recorrências e diminuindo a necessidade de hospitalização. O esclarecimento deve ser diferenciado e estratificado para familiares e paciente, sendo realizado de modo cuidadoso, claro, preciso e simples. Esclarecer acerca do risco de suicídio e suicidologia, bem como sobre fatores protetores e resiliência pode ser eficaz. Informações adicionais explicando o protocolo adotado, confirmando quando e como se estabelecem alianças, obrigações e acordos, além da responsabilidade ética, deontológica e jurídica, pode ser igualmente confortador.

Desde o início de sua intervenção é importante que a equipe avalie e consiga antecipar, junto com a família e o paciente, quaisquer elementos de risco potencial para auto-agressão ou intento suicida.

Empreende-se uma avaliação da arquitetura domiciliar e do espaço cotidiano, criando acordos de ocupação do espaço vital que passará a ser compartilhado. Devem ser observadas as circunstâncias arquitetônicas ou conjunturais do entorno do paciente que ofereçam risco por seu caráter irreversível e imediato. Podemos mencionar como mais relevantes janelas, varandas, vãos ou escadas com altura perigosa, armas de fogo ou branca, suportes evidentes para enforcamento, incluindo faixas, cordas, cintos. Medidas preventivas são evidentemente necessárias. Geralmente busca-se utilizar um repertório comum de proibições ou interdições mediante consenso, acordo e colaboração. A interdição de pilotar veículos, medicação da casa colocada fora de alcance, prescrição sob supervisão restrita, interdição do uso das chaves, acesso dos at's ao banheiro ou locais de privacidade, proibição do consumo de drogas ilícitas, restrição ou supervisão quanto ao uso de telefone ou qualquer outro meio de comunicação seriam os exemplos mais corriqueiros.

Para que as medidas prescritivas e preventivas sejam eficazes, há necessidade de modificações na rotina da casa, com objetivo de contornar problemas detectados durante a avaliação do risco; por isso, chaves e trancas são eliminadas ou submetidas ao compromisso de não utilização. Esse tipo de intervenção não pode ser arbitrário ou eliminar a privacidade do paciente e de qualquer familiar que resida na casa.

A questão da privacidade e de sua violação aparece como ponto crítico, que precisa ser negociada para que não precipite o fim do tratamento. As atividades solitárias do paciente podem ser respeitadas mediante acordos circunstanciais, que permitam vigilância e suporte contínuo, como a utilização compartilhada de espaços vitais.

A intervenção do at ganha extrema importância a partir do acordo com o paciente, pois ao se tornar excessivamente presente, intervindo de modo positivo na dinâmica da residência, pode começar a edificar novas atitudes e soluções de problemas.

Por outro lado, uma extensa lista de proscricões pode suscitar sentimentos hostis no paciente ou, ao longo do tempo, em alguns familiares. É fundamental o manejo e evitação de situações críticas, sem participar de conflitos preexistentes,

esclarecendo aos familiares a importância de acatar as instruções relativas ao cotidiano, evitando problemas. Usualmente escolhe-se um membro mais responsável do grupo familiar com o qual a equipe negocia. Quando ocorrem resistências, determinadas intervenções podem buscar aval na autoridade e mandato terapêutico do médico, do psicólogo ou do psicanalista com os quais se mantêm alianças de trabalho, atuando naquilo que se denomina “psiquiatria de ligação” ou interconsulta. Trata-se de uma tática de alianças e cooperação, fundamental em vários níveis, e visa uma efetiva reconstrução do cotidiano.

No que se refere ao risco de suicídio, essa intervenção do at é pontual, pois desenvolve um conjunto de ações específicas, complexas, visando em primeira instância à manutenção da vida do paciente. Porém, nada impede que ao longo do trabalho possam desenvolver-se estratégias para viabilizar a reconstrução do cotidiano e reabilitação do paciente. Um repertório de intervenções visando à reabilitação psíquica deve ser destacado como mais importante e fundamental, apesar de não constituir o foco inicial do at no risco de suicídio. Nesse sentido, o AT pode prolongar sua atuação visando a reabilitação psicossocial do deprimido. A alta do tratamento domiciliar e intensiva é gradual. A equipe de AT retira-se gradativamente, mas continua realizando avaliação periódica e sistemática do paciente. Caso haja uma piora do quadro clínico uma nova conduta deve ser imediatamente implementada. Portanto, ela já deve ter sido prevista e estar claramente definida para o paciente, seus familiares, equipe de at's, e ter sido chancelada pela equipe assistente – psiquiatra/psicanalista ou psicoterapeuta.

Para concluir, gostaríamos de assinalar a viabilidade de empreender AT no risco de suicídio, desde que sejam avaliados fatores de risco e fatores protetores. Apresentamos um protocolo de intervenção com intuito de demonstrar como se organiza um protocolo de atuação em casos de urgência, buscando auxiliar na implementação de ações específicas em saúde mental. Esse protocolo não se pretende definitivo, constituindo simplesmente a expressão clara e sincera da necessidade de pesquisas e experimentação clínica, visando a promoção e prevenção da saúde junto a sujeitos portadores de sofrimento psíquico e transtornos mentais.

Referências Bibliográficas

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual de diagnóstico e estatística de transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed, 2003.
- ANDRADE, Laura (et al). Inventário de Depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. In: GORENSTEIN, Clarice; ANDRADE, Laura; WALDO, Antonio. *Escala de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia*. 2. ed. São Paulo: Lemos, 2000.
- ANTONUCCI, R. Terapias ressocializantes: o acompanhante terapêutico. In: ASSUNÇÃO, F. *Psiquiatria da infância e da adolescência*. São Paulo: Livraria Editora Santos, 1994.
- BAPTISTA, Makilim Nunes. Desenvolvimento do Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF): estudos psicométricos preliminares. *Psico – USF*. 10(1): 11-19, jan-jun/2005.
- BARBOZA, Rui Fernando. Uma alternativa para o manicômio. *Viver Psicologia*. LXIII (6): 13, 1998.
- BARRETTO, Kleber Barreto (et al). O *setting* e as funções no acompanhamento terapêutico. In: EQUIPE DE AT'S DO INSTITUTO "A CASA". s/d: São Paulo.
- BAYLE, F. (et al). Factor analysis of french translation of the Barratt Impulsivity Scale (BIS-10). *Can J. Psychiatry*. Paris. 45(2):156-65, mar/2000.
- CABRAL, Karol Veiga. *Acompanhamento terapêutico: uma ampliação possível para a clínica das psicoses*. Tese (Doutorado). Instituto de Psicologia, Unisinos. São Leopoldo, 2000.
- CANTOR, Christopher (et al). Suicide prevention: a public health approach. *Australian and New Zeland Journal of Mental Health Nursig*. VIII: 45-50, 1999.
- COLLETT, Brent (et al). Ten-Year Review of Rating Scales. VI: Scales Assessing Externalizing Behaviors. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. USA. 42(10): 1143-1170, oct/2003.
- DESVIAT, Manuel. *A reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.
- DIMATTEO, M.R. (et al). Patient adherence and medical treatment outcomes a meta-analysis. *Medical Care*. XL(9): 794-811, 2002.
- DURKHEIM, Emile. *O suicídio*. São Paulo: Martin Claret, 2003.
- ENDLER, Norman (et al). *Coping Inventory for Stressful Situations*. 2. ed. New York: Multi-Health Systems, 2003.
- ESTELLITA-LINS, Carlos Eduardo (et al). Acompanhamento terapêutico centrado em urgências. *1º Encontro Nacional de Acompanhantes terapêuticos*. São Paulo: PUC, 2001a.
- ESTELLITA-LINS, Carlos Eduardo (et al). Acompanhamento terapêutico: intervenção sobre a depressão e o suicídio. *1º Encontro Nacional de Acompanhantes Terapêuticos*. São Paulo: PUC, 2001b.

- ESTELLITA-LINS, Carlos Eduardo. A diáspora dos métodos de pesquisa em saúde da criança e da mulher. In: MINAYO, M.C.; DESLANDES, S. *Caminhos do pensamento: epistemologia e método*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.
- FARAH, Itamar. A clínica do acompanhamento terapêutico, uma alternativa que pode dar certo: atendimento de pessoas portadoras de síndrome de Down, parte 2. *Temas Sobre Desenvolvimento*. XVII(4): 25-32, mar-abr/1994.
- GILEWSKI, Michael (et al). Interaction of Depression and Bereavement on Mental Health in the Elderly. *Psychology & Aging*. VI(1): 67-75, 1991.
- GOLDNEY, Robert. Suicide Prevention: a pragmatic review of recent studies. *Crisis*. XXVI(3): 128-140, 2005.
- GROSS, Bruce. Death Throes: Professional Liability after client suicide. *Issues Therapy*. 34-35, 2005.
- HACKBERGER, R. (et al). Assessment of suicide Pontencial by nonpsychiatrists using the sad persons score. *J.Emerg med*. 6(2): 99-107 mar-abr/1988.
- HELISINGER, Luiz Alberto. Estudo para uma proposta de tratamento alternativo com pacientes psicóticos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. XXXI(4), jul-ago/1982.
- HENDIN, Herbert (et al). Problems in Psychotherapy with Suicidal Patients. *Psychiatry*. CLXIII: 67-72, 1999.
- HILLARD, James. Emergency management of the suicidal patient. In: WALKER, Ingram. *Psychiatric Emergencies*. Philadelphia: Lippincott Company, 1983.
- JUURLINK, David (et al). Medical Illness and the Risk of suicide in the Elderly. *Arch Intern Méd*. CLXIV(14): 1179-1184, jun/2004.
- KNESPER, David. *Guide to Suicide Assessment*. 2003.
- LOPES, Paula (et al). Tentativa de suicídio na adolescência: avaliação de efeito de gênero na depressão e personalidade. *Psicologia, Saúde & Doenças*. Lisboa: 2(1): 47-57,2001.
- MARTIN, Elisabete Villalobos (et al). Acompanhamento terapêutico: uma modalidade de intervenção psicoterápica. *Insight Psicoterapia*. p.14, 1993.
- MERCADANTE, M. (et al). *K-SADS, entrevista semi-estruturada para diagnóstico em psiquiatria da infância: versão epidemiológica*. São Paulo: PROTOC/Hospital das Clínicas da FMUSP, 1995.
- MILLER, Jill (et al). A comparison of suicidal thinking and reasons for living among younger and older adults. *University of Colorado at Colorado Springs*. Colorado: 25(4): 357-365, jun/2001.
- MINTZER, Jacobo (et al). Psychosis in Elderly Patients: Classification and Pharmacotherapy. *Journal of Geriatric Psychiatry Neurology*. XVI(4): 199-206, 2003.

MORENO, Ricardo Alberto (et al). Escalas de Avaliação para Depressão de Hamilton (HAM-D) e Montgomery-Åsberg (MADRS). In: GORENSTEIN, Clarice; ANDRADE Laura; WALDO, Antonio. *Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia*. 2. ed. São Paulo: Lemos, 2000.

MOSCICKI, Eve. Opportunities of Life Preventing Suicide in Elderly Patients. *Archives of Internal Medicine*. CLXIV(14): 1171-1172, jun/2004.

OFEK, H (et al). The child suicide potential scale: inter-rater reliability and validity in Israeli in-patient adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*. Israel. 24(6): 735-747, dez/1996.

OMS. *Classificação de transtornos mentais e do comportamento da Cid-10*. Porto Alegre: ARTMED, 2003.

OMS. *Prevenção do suicídio: um manual para médicos clínicos gerais*. Genebra. 2000.

PATTERSON, Dohn (et al). Evaluation of suicidal patients: the SAD PERSON scale. *Psychosomatics*. XXIV(4): 343-349, 1975.

PRESTON, EMMA (et al). A systematic review of suicide rating Scales in Schizophrenia. *Crisis*. XXVI (4): 170-180, 2005.

RESNIZKY, Silvia (et al). *Acompanhantes terapêuticos e pacientes psicóticos*. São Paulo: Papirus, 1987. vol I.

ROTHSCHILD, Anthony. J. Suicide Risk Assessment. In: ROTHSCCHILD, Anthony. *Acute care psyschia try: Diagnosis and Treatment*. Baltimore: Williams and Wilkins, 1997.

SCHERMAN, Hansson. Drug compliance and identity. Reasons for non compliance: Experiences of medication from persons with asthma/allergy. *Patient Education and Counseling*. 54: 3-9, 2004.

SCHMITT, Ricardo (et al). Risco de suicídio: avaliação e manejo. In: SCHMITT, Ricardo (et al). *Emergências psiquiátricas*. Porto Alegre: Artmed, 2001. vol I.

SEDERER, Loyd (et al). *Acute care psychiatry*. Diagnosis and Treatment. Baltimore: Williams and Wilkins, 1997. vol I.

WALKER, Ingram. *Psychiatric Emergencies*. Philadelphia: Lippincott Company, 1983. vol. I.

Therapeutic Accompaniment: Interventions on Affective Disorders and Suicide Risk

Abstract

This paper investigates the performance of the therapeutic accompaniment in grave depressive subjects with suicidal risk. Suicidal risk assessment protocols and interventions are discussed within the field of therapeutic accompaniment, aiming the implementation of specific actions in mental health. Our conclusion poses that TA an additional therapeutic means for clinical psychiatry of great usefulness and importance. Further research is needed concerning the efficacy and the network of community psychiatry.

Keywords

Therapeutic accompaniment; suicide risk; depression; mental health; care; urgency; community psychiatry.

Carlos Estellita-Lins

Psicanalista; Psiquiatra Clínico; Pesquisador (IFF/FIOCRUZ); Membro da Associação de Psicopatologia Fundamental; Supervisor da Stultifera Navis/AT-RJ.

Av. das Américas, 2901/909 – 22631-002 – Barra Business – Rio de Janeiro/RJ
tel: (21) 2439-9953
e-mail: cefestellita@alternex.com.br

Verônica Miranda de Oliveira

Psicóloga Clínica; Pós-graduação em Psicanálise (Universidade Santa Úrsula); Coordenadora da Equipe de Acompanhamento Terapêutico Stultifera Navis; Colaboradora do Psicalangue (IFF/FIOCRUZ).

Rua Figueiredo Magalhães, 437/901 – 22031-010 – Copacabana – Rio de Janeiro/RJ
tel: (21) 2549-2851
e-mail: verônica.oliveira@uol.com.br

Maria Fernanda Cruz Coutinho

Psicóloga Clínica; Pós-graduada em Psicanálise (UNOPAR) e em Saúde Mental (IPUB/UFRJ); Atuante em Serviço de Emergência Psiquiátrica; Membro da Equipe de AT-Stultifera Navis; Colaboradora do Psicalangue (IFF/FIOCRUZ).

Travessa dos Tamoios, 32/605 – 22230-050 – Flamengo – Rio de Janeiro/RJ
tel: (21) 9161-6939
e-mail: maferpsy@yahoo.com.br

recebido em 21/04/06
aprovado em 03/06/06