

**Tentativas recorrentes de autoexterminio em paciente com múltiplos transtornos psiquiátricos:  
entraves a um bom diagnóstico**

*Recurrent attempts at self-extermination in a patient with multiple psychiatric disorders:  
obstacles to a good diagnosis*

*Intentos repetidos de autoexterminio en un paciente con multiples trastornos psiquiátricos:  
obstáculos para un buen diagnóstico*

**Bruna Estefani Rocha de Brito<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-8607-1592

**Thainara dos Santos Rocha<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0003-2697-6792

**Mariana Mendes Maia Barbosa<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0003-2583-4469

**Raquel Macedo Vieira<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-9542-3959

**Gabriela Carvalho Dias da****Fonseca<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-1426-0028

**Lorena da Silva Queiroz<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-0080-985X

**Hian Carlos Couto<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-0062-7810

**Ana Carolina de Almeida Melo<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-8865-3991

**Jhennifer Barradas Soares<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-5193-8248

**Rafael Rodrigues Polakiewicz<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-8338-8084

<sup>1</sup>Centro Universitário Vértice.  
Minas Gerais, Brasil.

**Como citar este artigo:**

Brito BER, Rocha TS, Barbosa MMM, Vieira RM, Fonseca GCD, Queiroz LS, Couto HC, Melo ACA, Soares JB, Polakiewicz RR. Tentativas recorrentes de autoexterminio em paciente com múltiplos transtornos psiquiátricos: entraves a um bom diagnóstico. Glob Acad Nurs. 2022;3(Spe.2):e273. <https://dx.doi.org/10.5935/2675-5602.20200273>

**Autor correspondente:**

Jhennifer Barradas Soares  
E-mail: [jhennifer79@hotmail.com](mailto:jhennifer79@hotmail.com)

Editor Chefe: Caroliny dos Santos Guimaraes da Fonseca  
Editor Executivo: Kátia dos Santos Armada de Oliveira  
Editor Responsável: Rafael Rodrigues Polakiewicz

Submissão: 24-04-2022

Aprovação: 30-06-2022

**Resumo**

Objetivou-se relatar o atendimento à uma paciente com possíveis transtornos psiquiátricos e histórico de uma sorte de tentativas de suicídio, além de avaliar métodos de diagnósticos e terapêuticas que podem ser empregados. Destarte, trata-se de um estudo descritivo, crítico-reflexivo e qualitativo, do tipo relato de experiência, realizado em um hospital de caráter filantrópico na cidade de Caratinga, no Estado de Minas Gerais. Os dados foram coletados através de anamnese e do prontuário de uma paciente do sexo feminino, de 39 anos, com depressão maior e transtorno afetivo bipolar, com história de diversas tentativas de autoexterminio. Nesse sentido, evidenciou-se a importância de um diagnóstico adequado para que haja melhoria da qualidade de vida da paciente, bem como evitar falhas que prejudiquem sua condição psíquica. Ademais, identificou-se como essencial o acompanhamento de um profissional da área que possa oferecer suporte apropriado para os múltiplos transtornos psiquiátricos relatados.

**Descritores:** Transtorno Bipolar; Transtornos Mentais; Transtorno Depressivo Maior; Antidepressivos; Tentativa de Suicídio.

**Abstract**

The aim was to report the care of a patient with possible psychiatric disorders and a history of suicide attempts, in addition to evaluating diagnostic and therapeutic methods that can be used. Thus, this is a descriptive, critical-reflective and qualitative study, of the experience report type, carried out in a philanthropic hospital in the city of Caratinga, in the State of Minas Gerais. Data were collected through anamnesis and medical records of a 39-year-old female patient with major depression and bipolar affective disorder, with a history of several attempts at self-extermination. In this sense, the importance of an adequate diagnosis was evidenced in order to improve the patient's quality of life, as well as to avoid failures that harm her psychic condition. In addition, it was identified as essential the follow-up of a professional in the area who can offer appropriate support for the multiple psychiatric disorders reported.

**Descriptors:** Bipolar Disorder; Mental Disorders; Major Depressive Disorder; Antidepressants; Suicide Attempt.

**Resumén**

El objetivo fue relatar la atención de un paciente con posibles trastornos psiquiátricos y antecedentes de intentos de suicidio, además de evaluar los métodos diagnósticos y terapéuticos que se pueden utilizar. Así, se trata de un estudio descriptivo, crítico-reflexivo y cualitativo, del tipo relato de experiencia, realizado en un hospital filantrópico de la ciudad de Caratinga, en el Estado de Minas Gerais. Los datos fueron recolectados a través de la anamnesis y prontuario de una paciente de sexo femenino de 39 años con depresión mayor y trastorno afectivo bipolar, con antecedentes de varios intentos de autoexterminio. En ese sentido, se evidenció la importancia de un adecuado diagnóstico para mejorar la calidad de vida de la paciente, así como evitar fallas que perjudiquen su condición psíquica. Además, se identificó como fundamental el seguimiento de un profesional del área que pueda ofrecer un apoyo adecuado para los múltiples trastornos psiquiátricos reportados.

**Descriptorios:** Trastorno Bipolar; Desordenes Mentales; Trastorno Depresivo Mayor; Antidepressivos; Intento de Suicidio.

## Introdução

Um transtorno mental consiste em uma síndrome que está relacionada a um mal-estar ou incapacidade clinicamente significativos. Nesse sentido, cabe ressaltar que um distúrbio mental é uma disfunção dos processos afetivos e cognitivos do desenvolvimento, que reflete em perturbações do comportamento, percepção da realidade, raciocínio e adaptação às condições da vida. Tal transtorno pode ser desencadeado ou agravado por fatores genéticos, ambientais ou psicológicos, como exposição a traumas, estresse e agressão corporal e/ou sexual durante a infância e adolescência<sup>1</sup>.

Conforme dados divulgados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de 700 milhões de pessoas apresentam perturbações mentais ou comportamentais em todo o mundo, ao passo que, no Brasil, 23 milhões de cidadãos sofrem com o problema, isto é, 12% da população, sendo que apenas uma minoria tem tratamento, ainda que elementar<sup>2</sup>.

Já o suicídio é definido como um ato deliberado cuja intenção seja a morte, de forma consciente e intencional, executado pelo próprio indivíduo. Quando esse objetivo não é atingido, a autolesão causada é denominada como uma tentativa de suicídio. A ação suicida está muito relacionada aos transtornos mentais, sendo a depressão, transtorno do humor bipolar, dependência de álcool e de outras drogas psicoativas, os mais relevantes. A esquizofrenia e algumas características relacionadas à personalidade também se apresentam como fatores de risco<sup>3,4</sup>.

Para cada suicídio, são atribuídas de 10 a 25 tentativas que não deram certo, ou seja, pessoas que se mataram já haviam tentado consumir o ato anteriormente. De acordo com a OMS, o suicídio é considerado, atualmente, um problema de saúde pública mundial, por estar entre as três principais causas de morte de indivíduos entre 15 e 44 anos. O Brasil está entre os dez países onde mais ocorrem suicídios no mundo, ocupando a oitava posição em números absolutos<sup>4,5</sup>.

Dessa maneira, a questão do suicídio sofre influência de diversos fatores impedindo a detecção precoce e, conseqüentemente, sua prevenção. O estigma e o preconceito relacionados ao assunto são aspectos importantes, já que durante séculos de história, por questões religiosas, morais e culturais o suicídio foi considerado um grande tabu. Essa situação trouxe conseqüências, como a dificuldade em buscar ajuda, falta de conhecimento e de atenção sobre o assunto e a ideia errônea de que o ato suicida não ocorre de maneira frequente. Além disso, os profissionais da saúde, de todos os níveis de atenção, devem estar preparados para identificar os fatores de risco existentes, como algum tipo de transtorno mental, a fim de estabelecerem medidas para diminuir os riscos e, assim, evitar o suicídio<sup>6</sup>.

O presente estudo objetiva relatar o caso de uma paciente com possíveis transtornos psiquiátricos e histórico de uma série de tentativas de autoextermínio, bem como avaliar métodos de diagnósticos e terapêuticas que podem ser empregados.

## Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, de caráter qualitativo, que foi elaborado a partir do relato de experiência coletado em uma aula da disciplina de Semiologia II, do curso de Medicina de uma Instituição de Ensino Superior, desenvolvido em um hospital do município de Caratinga, Minas Gerais, Brasil. A aula foi ministrada no mês de março de 2022 e teve como proposta principal a realização de um atendimento médico utilizando as seguintes etapas: anamnese, exame físico e consulta de prontuário. O diagnóstico definido a partir das informações coletadas foi de depressão maior e bipolaridade, sendo o quadro psiquiátrico da paciente o principal tópico abordado no atendimento. Em relação às questões éticas, o presente estudo foi dispensado da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, visto que não houve participação direta da paciente, somente a descrição do relato de experiência pelos acadêmicos.

## Relato da Experiência

E.A.R., sexo feminino, 39 anos, natural de Vargem Alegre - Minas Gerais, casada, desempregada, três filhos e portadora de asma crônica, depressão maior e transtorno afetivo bipolar. A paciente foi internada no dia 21 de março de 2022, no devido hospital, por conta de crise asmática e estava acompanhada do marido. Entretanto, ao iniciar a anamnese percebeu-se que ela não estava procurando ajuda médica por este motivo, mas em razão de seu quadro psiquiátrico.

Na história da doença atual, a paciente relatou ter sofrido abuso sexual dos 4 aos 16 anos de idade pelo irmão mais velho, engravidando em um dos episódios. Após a gravidez, E.A.R. contou que iniciou com o quadro de depressão e, assim, foi prescrito Oxalato de Escitalopram na ocasião. No entanto, o diagnóstico não apresentou melhora com a medicação, e sim piora do quadro, uma vez que mesmo em tratamento dos 16 aos 39 anos a paciente alegou ter tentado 15 suicídios e 3 homicídios, que foram contra os próprios filhos. Ela alegou que fazia isso nos períodos em que se sentia mais triste, com o intuito de acabar com o seu sofrimento e das pessoas que ama. Ademais, E.A.R. contou que no ano de 2018, quando frequentou um centro de referência de assistência social, notou melhora de seus sintomas, já que lá era desenvolvido atividades que ela gostava, sendo este o único período em que não pensou em suicídio.

Posteriormente, ocorreu uma piora no quadro da paciente, quando o centro de referência teve que fechar devido à pandemia da COVID-19. Dessa maneira, ela teve que continuar o tratamento em casa e sem as atividades prazerosas, ocorrendo novamente um agravamento do caso, situação em que tentou cometer um homicídio contra sua vizinha. Somado a isso, a todo momento durante a anamnese E.A.R. alegava que tinha vozes dentro da cabeça mandando fazer tudo o que ela fez nos episódios citados.

Na história patológica pregressa, E.A.R. informou ter diagnóstico de Depressão Maior há 23 anos e de Transtorno Afetivo Bipolar, há 15 anos. Já a respeito da revisão dos sistemas, relatou cefaleia com frequência, cinco



vezes na semana, aproximadamente, além de insônia e infecção de trato urinário recorrente. Na história medicamentosa, contou que faz uso de Carbamazepina (1.200mg/dia), Haloperidol (5 ampolas de 1 ml/dia), Fluoxetina (40 mg/dia) e Amplictil (100 mg/dia). Além disso, na história familiar, o marido da paciente contou que todos da família, como mãe, pai, irmãos e tios possuem algum transtorno psiquiátrico, sem saber o nome específico.

Por fim, E.A.R. foi encaminhada para a fila de internação na ala psiquiátrica do hospital, por livre arbítrio, para ser melhor diagnosticada e tratada. Isso porque os medicamentos utilizados pela paciente não estão fazendo efeito, pois podem estar prescritos erroneamente. Dessa forma, com o cuidado de uma equipe interdisciplinar e longitudinal ela poderá ser estudada e melhor medicada, a fim de minimizar os efeitos negativos da sua patologia.

## Discussão

### Suicídio

Segundo a OMS, uma pessoa vai a óbito por suicídio a cada 40 segundos no mundo. Ainda, ocorrem mais de 20 tentativas de suicídio, para cada morte por suicídio. Além disso, foram registrados cerca de 6,1 suicídios para cada 100000 habitantes, no Brasil, segundo dados do DATASUS<sup>7</sup>.

Com efeito, a causalidade do suicídio é multifatorial, sendo associado a doenças mentais, aspectos psicológicos, aspectos sociais e condições de saúde do indivíduo. Dessa forma, pode-se destacar que a depressão, transtorno bipolar, esquizofrenia, transtorno de personalidade e transtornos relacionados ao uso abusivo de substâncias nocivas são as principais doenças mentais que estão relacionadas ao comportamento suicida. Com relação aos aspectos psicológicos, destacam-se as perdas recentes, personalidade impulsiva e/ou agressiva, abuso físico ou sexual na infância, humor instável, desamparo e desespero. Quanto aos aspectos sociais, tem-se que: sexo feminino, ter entre 15 a 30 anos ou ter mais de 65 anos, não ter filhos, ser morador de área urbana, estar desempregado ou aposentado, são alguns dos fatores sociais associados ao suicídio. Já as questões de saúde estão relacionadas à dor crônica, doenças incapacitantes, tumores malignos e AIDS<sup>8</sup>.

Por outro lado, tem-se os “sobreviventes do suicídio” que precisam viver um processo de luto que, por vezes, é mais complicado, por buscarem encontrar significados e justificativas para o ato ocorrido. De forma que, o termo posvenção é usado para designar as estratégias e intervenções que são usadas para curar a dor dos que passaram por este período conturbado. Assim, o acompanhamento dessas pessoas, por profissionais de saúde é de suma importância, associado a realização de psicoterapia e participações em grupos de apoio, como o Grupo de Apoio aos Sobreviventes de Suicídio (GASS), o qual é ofertado pelo Centro de Valorização à Vida (CVV). Buscando, dessa forma, reduzir o prazo de sofrimento psíquico relacionado à perda, bem como, auxiliar na diminuição de pensamentos de culpa e suicidas<sup>9</sup>. Diante do exposto, é notório que a paciente em questão é uma

sobrevivente e necessita de acompanhamento profissional, para que a tentativa de suicídio não ocorra novamente.

Dessa maneira, torna-se imprescindível a compreensão de alguns transtornos psiquiátricos que podem ocasionar a ideação suicida e que estão presentes em pacientes com múltiplos transtornos psiquiátricos. Ademais, os transtornos mentais trazem grandes impactos e prejuízos para a vida de seus portadores, tendo em vista as suas manifestações clínicas. Dentre elas, encontramos a ansiedade, insônia, irritabilidade, perda de memória, dificuldade de concentração, depressão, fatores que contribuem para a diminuição da qualidade de vida dos pacientes<sup>10</sup>. Assim, nota-se que E.A.R possui algumas características dessas manifestações clínicas que podem estar ligado a tentativas suicidas, como ansiedade, depressão e insônia. Dessa forma, quanto antes a doença for diagnosticada e tratada de forma correta, melhor será seu prognóstico.

### Múltiplos transtornos psiquiátricos

A princípio, no transtorno depressivo maior (TDM) ou depressão maior, o paciente sofre alterações de afeto, cognição e funções neurovegetativas. Logo, o indivíduo com TDM pode apresentar características ansiosas, melancólicas, atípicas, psicóticas, catatônicas e mistas. Em vista disso, pode apresentar sinais e sintomas de outros distúrbios mentais, transformando-se em um fator confundidor para o diagnóstico, ou, até mesmo, possuir concomitantemente outro transtorno. Aliás, é considerado a maior causa de invalidez, além de contribuir para o surgimento de outras comorbidades, como: hipertensão, diabetes mellitus, derrame, doenças cardíacas, obesidade, câncer, doença cognitiva e Alzheimer<sup>11</sup>.

De maneira que, torna-se importante compreender a possível origem do TDM, para que esta possa ser usada como referência na investigação clínica da doença. Portanto, de origem complexa, sua etiologia é multifatorial, estando envolvido tanto os fatores genéticos quanto os fatores ambientais. Assim, pacientes que possuem familiares de primeiro grau com depressão, possuem três vezes mais risco de desenvolverem a enfermidade. Quanto aos fatores ambientais, ressalta-se que eventos ocorridos durante a infância trazem consequências para a vida adulta, como maus tratos e abusos, os quais contribuem fortemente para o desenvolvimento de depressão<sup>11</sup>. Nesse viés, vê-se que E.A.R teve como provável origem do TDM os abusos sexuais recorrentes do irmão e sua gravidez não esperada. Ademais, além de fatores ambientais, ela também possui fatores genéticos relacionados à patologia, tendo em vista o seu histórico familiar.

Ainda, temos que o transtorno afetivo bipolar (TAB) é caracterizado por momentos de mania/hipomania, de quadros depressivos e mistos, impactando de maneira significativa na vida dos pacientes, da sua família e da sociedade. Manifestado, geralmente, na juventude, demora para ser diagnosticado e tratado da forma esperada, sendo que o risco de uma tentativa de suicídio nesses pacientes é o dobro da população de maneira geral. Outro fator



importante a ser considerado é que pacientes com bipolaridade possuem dificuldade de perceber seus sintomas clínicos, bem como a percepção do estado mental de outros, o que pode ser indicativo de déficit metacognitivo em pacientes com TAB<sup>12,13</sup>. Diante disso, mesmo com um diagnóstico confirmado há alguns anos, E.A.R não apresentava sintomas típicos de TAB, somente os quadros depressivos, dessa maneira, é válido reavaliar o seu diagnóstico, a fim de elucidar a sua patologia.

Além disso, a etiologia do TAB está relacionada com a teoria inflamatória. Uma vez que, os prejuízos cognitivos, os distúrbios metabólicos e o risco de doença cardiovascular advindos do TAB, estão associados à atividade inflamatória. Estudos comparativos, entre pacientes saudáveis e pacientes com TAB, evidenciam que a IL-4, a sIL-2R, o TNF- $\alpha$  e o sTNFR1 estão relacionadas com a doença e que a Proteína C Reativa (PCR) encontra-se elevada durante todas as fases da doença, sobretudo em episódios de mania. Isso influencia diretamente no processo terapêutico e, por conseguinte, este fator deve ser levado em conta no momento de escolha das medicações que serão utilizadas. Em virtude disso, estudos estão sendo realizados para analisarem os efeitos anti-inflamatório dos medicamentos já usados e da associação destes com o uso de medicamentos anti-inflamatórios<sup>14</sup>.

Por conseguinte, o transtorno esquizofrênico (TE), de início agudo ou insidioso, é caracterizado por uma perturbação da realidade, com sintomas positivos e negativos. Dado que nos positivos há ocorrência de alucinações e delírios, já os negativos, incluem comportamentos e discursos desorganizados. Na maioria das vezes, a doença acomete mais cedo os homens do que as mulheres e o histórico familiar é bem significativo para o seu desenvolvimento<sup>15,16</sup>.

Ademais, o TE é uma enfermidade complexa, de etiologia heterogênea. Porém, sua fisiopatologia ainda não é tão bem aceita, a mais aceita diz respeito a disfunção dopaminérgica, decorrente de um estado de hiperatividade dopaminérgica cerebral. Por isso, seguindo a linha de pensamento da fisiopatologia, as medicações usadas no tratamento, vão atuar bloqueando os receptores dopaminérgicos<sup>17</sup>. Ainda, é importante salientar que assim como nos outros transtornos mentais, a esquizofrenia também é influenciada por fatores hereditários e ambientais. Por fim, é válido salientar, que E.A.R não é diagnosticada com TE, porém as vozes em sua cabeça e momentos de querer acabar com sua vida e de seus filhos podem ser indícios da patologia.

### Diagnósticos e terapêuticas

O diagnóstico dos transtornos psiquiátricos, tais como bipolaridade, esquizofrenia e depressão maior, são baseados na clínica e seguem alguns parâmetros que identificam no paciente os sintomas apresentados. Segundo os critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR), os transtornos bipolares se dividem em TAB-I que apresentam um ou mais episódios maníacos ou mistos, seguidos de episódios depressivos maiores e TAB-II que também ocorrem episódios

depressivos, porém acompanhados por, pelo menos, um hipomaníaco. Na classificação Internacional de Transtornos Mentais Doenças e de Comportamento (CID-10)<sup>2</sup>, traz como característica do TAB, a ocorrência de dois ou mais episódios, sendo que o humor e o cotidiano do paciente estejam profundamente alterados, como nos casos de hipomania ou mania e nos depressivos<sup>18</sup>.

Outrora, além de dificuldades referentes à origem da doença, nota-se, também, no diagnóstico uma barreira, pois exige um processo de investigação e acompanhamento no paciente que, se não bem acurados, podem levar a erros que atrasam no diagnóstico de TAB. Tais erros podem ter origem na vasta prevalência de comorbidades (psiquiátricas ou clínicas), uma vez que a maioria dos pacientes são acometidos pela coexistência de doenças<sup>3,19</sup>. Dessa maneira, é válido considerar que mesmo com o diagnóstico duradouro de TAB, E.A.R necessita de uma maior investigação, com o intuito de confirmar ou não a doença, de acordo com seus sintomas.

O diagnóstico da esquizofrenia é, em muitas das vezes, difícil, pois exige longitudinalidade e se baseia principalmente na história clínica e social do paciente. Em uma síntese, relacionando os principais marcadores de apoio, os quais foram mencionados acima (DSM-V e CID-10). De acordo com o CID-10, um ou mais dos sintomas, como: eco, inserção, roubo ou difusão do pensamento, delírios de controle, influência ou passividade, alucinações persistentes, sintomas negativos, como apatia marcada, escassez de discurso, alterações significativas na personalidade, já são achados consideráveis para fechar-se o diagnóstico. Em contrapartida, o DSM-V, lista comportamentos agressivos, delírios, alucinações, discurso desorganizado e pontua que ao menos um dos três últimos deve estar presente e ser analisado em uma fase de 6 meses, já o CID traz um curso de 1 mês de acompanhamento<sup>20</sup>. Diante do exposto, nota-se que a paciente em questão, possui algumas condições clínicas relacionadas com o TE, como alucinações, o que pode ser um indicativo de abertura de um processo de investigação, para que um tratamento adequado seja realizado.

A depressão pode ser caracterizada como uma desordem de humor, porém possui muitas fases sintomatológicas que podem adentrar em diversas patologias existentes, o que corrobora para um diagnóstico que exige sensibilidade e integralidade com o indivíduo. Para se obter um diagnóstico preciso de depressão maior, o DSM-IV pontua que os sintomas, como, fraqueza, fadiga, perda do humor dos prazeres do dia a dia, insônia, dificuldade de raciocínio, estejam presentes e persistentes por no mínimo duas semanas consecutivas, afetando o funcionamento social, profissional e apresentando sofrimento emocional significativo<sup>21</sup>.

Arelado ao diagnóstico, é necessário o tratamento para os transtornos mentais, que se baseia em uma associação entre o farmacológico e o psicossocial. Além disso, o apoio familiar e a terapia cognitiva comportamental são medidas essenciais para a terapêutica<sup>22</sup>. Nesse sentido, a paciente possui uma base



para o tratamento, onde seu marido, que é o seu núcleo familiar, apoia e ajuda nesse processo.

Se configurando o TAB como um transtorno heterogêneo, tanto em forma de tratar como no seu curso, os sintomas apresentados pelo paciente podem variar ao longo do tempo e até o momento não há uma uniformidade acerca do tratamento, sintomatologia e os efeitos colaterais. O tratamento psicofarmacológico tem como objetivo principal restaurar o comportamento, controlar os sintomas que manifestam de forma aguda e atuar na prevenção da recorrência. A medicação indicada é aquela que possui maiores evidências de ação e que possibilita menores efeitos adversos ao paciente, sendo o lítio o primeiro estabilizador de humor indicado para as crises maníacas. Apesar de ser a primeira opção de tratamento para as fases agudas do TAB, apresenta alguns efeitos desfavoráveis, como alterações endócrinas e renais<sup>22-24</sup>. Diante disso, analisando as terapêuticas de E.A.R, ela não faz uso de medicação para TAB, mesmo sendo diagnosticada com a patologia há anos.

O manejo no tratamento da esquizofrenia se concentra em uma abordagem multidisciplinar e com fármacos agrupados em uma classe conhecida como antipsicóticos, os quais são divididos em primeira geração ou típicos e segunda geração ou atípicos. A terapia medicamentosa para o tratamento da esquizofrenia envolve a utilização de diferentes classes de fármacos, sendo a adesão ao tratamento um fator importante para o sucesso. Entretanto, vários fatores contribuem para a não adesão do paciente ao tratamento medicamentoso, dentre estes, destacam-se: falta de apoio social, persistência de sintomas psicóticos entre as crises, reinternações, polimedicação, uso de drogas lícitas e ilícitas e presença de reações adversas medicamentosas<sup>25</sup>.

Ademais, o haloperidol é considerado um fármaco antipsicótico típico, sendo um antagonista de receptores dopaminérgicos do tipo D2, principalmente, atuando sobre os sintomas positivos de forma muito eficaz. Diante disso, uma possibilidade seria, quando presentes efeitos neurológicos ocasionadas pelo haloperidol, tentar efetuar a troca por antipsicótico atípico. A eficácia do haloperidol no tratamento da esquizofrenia já está confirmada, bem como

o seu risco de parkinsonismo, acatisia e distonia, sedação, problemas ortostáticos e ganho de peso<sup>26-29</sup>. Visto isso, E.A.R faz uso desse medicamento, mesmo não sendo diagnosticada com TE, o que faz analisar qual é o erro, a medicação ou o diagnóstico.

Por fim, nos quadros de depressão é eficaz a utilização de medicamentos da classe ISRS, como uma primeira opção, por apresentarem evidências sintomatológicas significantes e baixos efeitos colaterais. Recomenda-se que se utilize um medicamento da classe e caso não haja resposta terapêutica adequada, trocar por outro fármaco de mesma classe e, em terceira opção, realizar a troca de classe<sup>30</sup>.

Assim, nota-se que a paciente, como relatado anteriormente, possui diagnóstico de TDM e TAB, porém de acordo com a literatura vigente e aqui elucidada, pode-se questionar suas patologias, uma vez que os sintomas clínicos expostos podem, concomitantemente, caracterizar TE. Ademais, os tratamentos acima descritos, também, possuem falhas na prática, principalmente, ao se analisar a dificuldade de confirmar um diagnóstico de múltiplos transtornos psiquiátricos e ao notar piora do quadro recorrente.

### Considerações Finais

Conforme a análise dos estudos e discussões ao longo do texto, verifica-se que a ideação suicida é um assunto de importância mundial que deve ser abordado com maior frequência, tanto para a população geral como para profissionais da área da saúde. Além disso, verificou-se a relação que um bom diagnóstico tem com o autoextermínio em pacientes com múltiplos transtornos psiquiátricos, uma vez que erros podem atrapalhar nos tratamentos e, até mesmo, agravar algumas condições mentais. Assim, no estudo do caso em questão, a paciente tem fatores que agravam sua saúde mental e, segundo relato da paciente, o tratamento atual não está contribuindo para estabilização da sua condição mental. Dessa forma, passa a ser indicado um acompanhamento psiquiátrico a essa paciente, ressaltando, ainda, a relevância de uma boa adesão medicamentosa e acompanhamento psicológico no tratamento em questão.

### Referências

1. American Psychiatric Association (APA). Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (trad). 5. ed. São Paulo: Artmed; 2014.
2. Soares PSM, Meucci RD. Epidemiologia dos Transtornos Mentais Comuns entre mulheres na zona rural de Rio Grande, RS, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2018;25(8):3087-3095. DOI <https://doi.org/10.1590/1413-81232020258.31582018>.
3. Lima JMFS, França JKR, Bento TMA. Fatores predisponentes que levam jovens adultos à ideação suicida e ao suicídio no Brasil. *Cadernos de Graduação: Ciências biológicas e da saúde [Internet]*. 2018 [citado 21 de abril de 2022];5(1):153-166. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/fitsbiosauade/article/view/5804#:~:text=Tristeza%2C%20angústia%2C%20solidão%20e%20desmotivação,em%20jovens%20adultos%20no%20Brasil>
4. Oliveira MEC, et al. Série temporal do suicídio no Brasil: o que mudou após o Setembro Amarelo? *Rev Eletr Acervo Saúde*. 2020;48(Sup):1-10. <https://doi.org/10.25248/reas.e3191.2020>
5. Ramos KA, et al. Prevalência de suicídio e tentativa de suicídio no Brasil. *Rev Eletr Acervo Saúde*. 2019;32:1-7. <https://doi.org/10.25248/reas.e1244.2019>



6. Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP). Suicídio: informando para prevenir [Internet]. Brasília (DF): ABP. 2014 [acesso em 24 abr 2022]. Disponível em: [suicidio\\_informado\\_para\\_prevenir\\_abp\\_2014.pdf](http://suicidio_informado_para_prevenir_abp_2014.pdf)
7. Silva DA, Marcolan JF. Tentativa de suicídio e suicídio no Brasil: análise epidemiológica. *Medicina (Ribeirão Preto)* [Internet]. 2021 [citado 21 de abril de 2022];54(4):e-181793. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/181793>
8. Barbosa BA, Teixeira FAFC. Perfil epidemiológico e psicossocial do suicídio no Brasil. *RSD* [Internet]. 8 de maio de 2021 [citado em 21 de abril de 2022];10(5):e32410515097. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/15097>
9. Ruckert MLT, Frizzo RP, Rigoli MM. Suicídio: a importância de novos estudos de posvenção no Brasil. *Rev. bras. ter. cogn.* 2019;15(2):85-91. <http://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20190013>.
10. Hiany N, Vieira MA, Gusmão RO, Barbosa S. Perfil Epidemiológico dos Transtornos Mentais na População Adulta no Brasil: uma revisão integrativa. *REAIID* [Internet]. 2020 [citado 21abr.2022];86(24). Disponível em: <http://www.revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/676>
11. Corrêa PHR. O estudo da depressão maior em modelos animais: uma revisão da literatura. (Trabalho de Conclusão de Curso – Graduação em Biomedicina, Instituto de Ciências Básicas da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul [Internet]. 2020 acesso em 24 abr 2022]. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/232280>
12. Rosa ACF, Leão ER. Pain in the bipolar disorder: prevalence, characteristics and relationship with suicide risk. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2021;29:e 3463. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.4737.3463>.
13. Silva RA, Tancini MB, Cheniaux E, Mograbi DC. Metacognição no transtorno bipolar: uma revisão sistemática. *J. bras. Psiquiatr.* 2020;69(2). <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000264>
14. MELO, M. C. A. Transtorno afetivo bipolar: alterações do sono e do ritmo, relações clínicas e funcionais e repercussões prognósticas. 2018. 141 f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/37247>
15. Alves de Oliveira Souza R, Glécias Marçal R, Voltarelli A, Carqueijeiro Ferreira IC, Sakman R. Esquizofrenia paranoide: o auxílio da religiosidade como benefício para qualidade de vida. *Glob Acad Nurs.* 2021;2(Sup.2):e170. <https://doi.org/10.5935/2675-5602.20200170>
16. Dalapícola Camatta F, Mariani Silva C. Esquizofrenia e transtorno de personalidade: como as duas patologias podem se confundir. *HP.* 2022;2. <https://doi.org/10.51249/hp02.2022.702>.
17. Antunes Neto JM, Nalesso AM. Papel do estresse oxidativo na etiologia da esquizofrenia: revisão sistemática / Role of oxidative stress in the etiology of schizophrenia: systematic review. *Brazilian Journal of Development* [Internet]. 31 ago 2021 [citado 7 maio 2022];7(8):85916-35. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv7n8-683>.
18. Bosaipo NB, Borges VF, Jurena MF. Transtorno bipolar: uma revisão dos aspectos conceituais e clínicos. *Medicina (Ribeirão Preto, Online).* 2017;50(Supl.1):72-84 <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v50isupl1.p72-84>
19. Pereira LL, Dias ACG, Collares LA, Penteadó RV. Transtorno bipolar: Reflexões sobre diagnóstico e tratamento. *Perspectiva* [Internet]. 2010 [acesso em 24 abr 2022];34(128):151-166. Disponível em: [https://www.uricer.edu.br/site/pdfs/perspectiva/128\\_144.pdf](https://www.uricer.edu.br/site/pdfs/perspectiva/128_144.pdf)
20. Queirós T, Coelho F, Linhares L, Telles-Correia D. Schizophrenia: What non-Psychiatrist Physicians Need to know. *Acta Med Port.* 2019;32(1):70-77. <https://doi.org/10.20344/amp.10768>
21. Leite GF, Alves BR, Santos EEF. Perfil psicológico de pessoas com depressão maior a ótica do psicodiagnóstico. *Braz. J. of Develop* [Internet]. 2020 [acesso em 24 abr 2022];6(7):50443-50449. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/13792/11539>
22. Santin A, Ceresér K, Rosa A. Adesão ao tratamento no transtorno bipolar. *Rev Psiq Clín* [Internet]. 2005 acesso em 22 abr 2022];32(1):105-9. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpc/a/5Dgr3g3y9RbM3zfdGQ9Fgvf/?lang=pt&format=pdf>
23. Lacerda ALT, Soares JC, Tohen MT. O papel dos antipsicóticos atípicos no tratamento do transtorno bipolar: revisão de literatura. *Braz. J. Psychiatry.* 2022;24(1). <https://doi.org/10.1590/S1516-44462002000100010>
24. Rosa AR, et al. Tratamento farmacológico do transtorno bipolar. In: KAPCZINSKI, F.; QUEVEDO, J. (Orgs.). *Transtorno Bipolar: Teoria e Clínica.* Porto Alegre: Artmed; 2009.
25. Nicolino OS, Vedana KGG, Miaso AI, Cardoso L, Galera SAF. Esquizofrenia: adesão ao tratamento e crenças sobre o transtorno e terapêutica medicamentosa. *Rev. esc. enferm. USP.* 2011;45(3). <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000300023>
26. Brunton LL, Chabner BA, Knollman BC. *Goodman and Gilman's the pharmacological basis of therapeutics.* 12. ed. New York: McGraw-Hill; 2011
27. DR Weinberger, P Harrison. *Schizophrenia.* 3. Ed. New Jersey: Wiley-Blackwell; 2011.
28. Adams CE, Bergman H, Irving CB, Lawrie S. Haloperidol versus placebo for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;15(11):CD003082. doi: 10.1002/14651858.CD003082.pub3
29. Tardy M, Huhn M, Kissling W, Engel RR, Leucht S. Haloperidol versus low-potency first-generation antipsychotic drugs for schizophrenia. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2014;9:CD009268
30. Neves ALA. Tratamento farmacológico da depressão. (dissertação). Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa – Porto [Internet]. 2015 [acesso em 24 abr 2022]. Disponível em: [https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/5309/1/PPG\\_17718.pdf](https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/5309/1/PPG_17718.pdf)