

BMJ Best Practice

Manejo do risco de suicídio

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



Tabela de Conteúdos

Resumo	3
Fundamentos	4
Definição	4
Epidemiologia	4
Etiologia	5
Fisiopatologia	8
Classificação	8
Prevenção	10
Prevenção primária	10
Rastreamento	12
Prevenção secundária	12
Diagnóstico	13
Caso clínico	13
Abordagem passo a passo do diagnóstico	13
Fatores de risco	19
Anamnese e exame físico	22
Exames diagnóstico	24
Diagnóstico diferencial	24
Tratamento	25
Abordagem passo a passo do tratamento	25
Visão geral do tratamento	29
Opções de tratamento	31
Acompanhamento	39
Recomendações	39
Complicações	42
Prognóstico	42
Diretrizes	43
Diretrizes de diagnóstico	43
Diretrizes de tratamento	43
Recursos online	46
Nível de evidência	47
Referências	50
Imagens	64
Aviso legal	67

Resumo

- ◇ O suicídio é a 13ª principal causa de morte no mundo; aproximadamente 1 milhão de mortes por ano são causadas pela violência autoprovocada.

- ◇ Em pessoas de 15 a 44 anos de idade, a lesão autoprovocada é a quarta principal causa de morte e a sexta causa mais comum de doenças e incapacidade no mundo, o que torna o suicídio um importante problema de saúde pública.

- ◇ O suicídio compreende 5 componentes: ideação, intenção, plano, acesso a meios letais e história de tentativas prévias de suicídio.

- ◇ O manejo do risco de suicídio refere-se à identificação, avaliação e tratamento de uma pessoa que apresenta comportamento suicida (inclui morte por suicídio, tentativa de suicídio e ideação suicida). O manejo do risco de suicídio é um processo contínuo no tratamento de uma pessoa com um transtorno mental.

- ◇ Os principais fatores de risco do suicídio incluem tentativa prévia de suicídio, plano ou ideação suicida atual e história de transtorno mental (mais comumente, transtorno depressivo maior e abuso de substâncias).

- ◇ O tratamento eficaz do transtorno mental desempenha um papel importante na prevenção do suicídio. Outras estratégias importantes de prevenção são a triagem do risco de suicídio na atenção primária, a educação sobre saúde mental para médicos e profissionais de linha de frente (gatekeepers) na atenção primária, restrição dos meios e intervenções nos meios. Várias intervenções populares baseadas na comunidade (como programas escolares e atividades de conscientização sobre o suicídio na comunidade) não demonstraram benefícios na redução das taxas de suicídio e há preocupação quanto à segurança de algumas práticas.

Definição

O manejo do risco de suicídio refere-se à identificação, à avaliação e ao tratamento de uma pessoa que mostre comportamento suicida. Os comportamentos suicidas incluem morte por suicídio, tentativa de suicídio, plano de suicídio e ideação suicida. Às vezes, a literatura também inclui a lesão autoprovocada não suicida como um componente do comportamento suicida. O suicídio compreende 5 componentes principais: ideação, intenção, plano, acesso a meios letais e história de tentativas prévias de suicídio.

Epidemiologia

O suicídio é uma das principais causas de morte nos EUA, Canadá, Reino Unido, Austrália e Nova Zelândia. Em pessoas de 15 a 44 anos de idade, a lesão autoprovocada é a quarta principal causa de morte e a sexta causa mais comum de doenças e incapacidade no mundo, o que torna o suicídio um importante problema de saúde pública. No entanto, dada a variabilidade na confiabilidade das estatísticas nacionais de suicídio, comparações diretas entre os países podem não ser úteis.^[1]

Suicídio geralmente é mais comum entre homens que mulheres, mas o oposto pode ser verdadeiro para pensamentos suicidas.^{[2] [3]} Em 2015, nos EUA, a taxa de suicídio entre homens foi 4 vezes maior que entre mulheres.^[2] No entanto, a taxa de tentativas de suicídio ao longo da vida é maior nas mulheres que nos homens.^[3] No Canadá, a taxa de suicídio entre os homens atinge a intensidade máxima entre 30 e 44 anos de idade, diminuindo a partir de então até passar dos 75 anos de idade, quando ocorre outro aumento. Entre as mulheres, a taxa de suicídio é mais alta entre 45 e 59 anos de idade.^[3] A discrepância entre homens e mulheres no que se refere à morte por suicídio pode resultar da escolha do método, uma vez que os homens tendem a escolher métodos mais letais, como armas de fogo e enforcamento, e não intoxicação e cortes, que são os mais escolhidos pelas mulheres.^[3] Além disso, a taxa mais alta de tentativas de suicídio pelas mulheres pode ser, parcialmente, decorrente dos comportamentos de lesão autoprovocada (mais comum entre mulheres) que são codificados como tentativas de suicídio.

Mais dados são necessários sobre as taxas de suicídio e autoflagelação não fatal em crianças e adolescentes. Um estudo retrospectivo com base no Reino Unido descobriu que 6% dos adolescentes (de 12 a 17 anos) relataram autoflagelação em 2015 na comunidade (78% do sexo feminino).^[4]

Em crianças de 12 a 14 anos:

- Para cada menino que morreu por suicídio, 109 compareceram ao hospital após lesão autoprovocada e 3067 relataram lesão autoprovocada na comunidade.
- Para cada menina que morreu por suicídio, 1255 compareceram ao hospital devido à lesão autoprovocada e 21,995 relataram lesão autoprovocada na comunidade.

Entre 15 e 17 anos:

- Para cada menino que morreu por suicídio, 120 meninos compareceram ao hospital devido à lesão autoprovocada e 838 se submeteram a lesão autoprovocada na comunidade.
- Para cada menina que morreu por suicídio, 919 meninas se apresentaram ao hospital devido à lesão autoprovocada e 6406 se submeteram a lesão autoprovocada na comunidade.

Durante o período do estudo (2011-2013), 171 adolescentes morreram por suicídio na Inglaterra (70% do sexo masculino e 78% com idades entre 15-17 anos) com os métodos mais comuns de suicídio sendo

enforcamento ou asfixia (78%).^[4] Um grande estudo realizado nos EUA constatou que, para adolescentes com idades entre 12-17 anos, a ocorrência de um episódio de autoagressão propositada no ano anterior estava associada a um aumento de 46 vezes no risco de suicídio. Constatou-se que o risco de suicídio é particularmente elevado em homens e em pessoas que usavam métodos de autoagressão violentos.^[5] Um estudo realizado nos EUA, baseado num banco de dados nacional, identificou aumento acentuado nas taxas de lesões autoprovocadas não fatais em mulheres com idade entre 10 a 24 anos desde 2009, particularmente entre as meninas com idades entre 10 e 14 anos.^[6] Os resultados de uma grande pesquisa com estudantes do ensino médio norte-americano sugerem que os adolescentes de minorias sexuais (aqueles que se identificam como gays, lésbicas, bissexuais ou estão em fase de questionamento) têm uma probabilidade três vezes superior de tentar o suicídio do que seus pares heterossexuais.^[7]

O suicídio é frequentemente relatado como a causa mais comum de morte em instituições correcionais. Como grupo, os detentos apresentam taxas de suicídio mais altas que seus equivalentes na comunidade.^[8]

Embora seja difícil comparar as taxas de prevalência do suicídio entre os países em virtude das diferenças na natureza, qualidade e disponibilidade de relatórios, bem como na coleta e análise dos dados relacionados ao suicídio, a Organização Mundial da Saúde (OMS) fornece alguns dados internacionais comparativos.^[1] ^[9] As taxas de suicídio entre homens são mais altas em países pós-comunistas como Lituânia (68.1/100,000), Bielorrússia (63.3/100,000) e Rússia (58.1/100,000), enquanto as taxas entre mulheres são mais altas em países asiáticos, como China (14.8/100,000), Coreia (14.1/100,000) e Japão (13.1/100,000).^[9] Variações nas taxas são similarmente substanciais em diferentes regiões do mesmo país, mesmo em países ocidentais. Por exemplo, as taxas de suicídio do Canadá são de 2 a 10 vezes maiores em algumas populações aborígenes, mas não em todas, em comparação à média nacional.^[10]

Em países desenvolvidos, a taxa de suicídio é alta em pessoas na meia-idade e idosas; em países em desenvolvimento, é mais alta em pessoas com <30 anos de idade.^[11] A taxa de suicídio entre homens e mulheres também é diferente; mais mulheres morrem por suicídio em alguns países em desenvolvimento (por exemplo, relação de 3:1 no Canadá versus 1.4:1 na China).^[11]

Portanto, embora o suicídio seja um problema global, ele deve ser considerado no contexto local ou regional, para que respostas clínicas e de saúde pública adequadas possam ser desenvolvidas e efetivamente implementadas.

Também é necessário observar que o suicídio afeta uma rede de pessoas conectadas ao falecido, incluindo cônjuges, pais, irmãos, amigos e conhecidos, colegas de trabalho e profissionais da saúde. Uma estimativa conservadora conta 6 sobreviventes para cada morte por suicídio.^[12] Em um estudo nos EUA, 7% dos 5000 participantes haviam convivido com o suicídio de uma pessoa próxima no último ano; para 3%, o falecido era um membro próximo da família.^[13]

Etiologia

O suicídio é resultado de um conjunto de fatores psicológicos, biológicos, genéticos, sociais e ambientais. Um importante componente do suicídio é o transtorno mental; estudos relatam que até 90% das pessoas que se suicidam têm um transtorno psiquiátrico diagnosticado.^[14]

Os 2 transtornos mentais mais prevalentes associados ao suicídio são o transtorno depressivo maior e o abuso de substâncias.^[15] ^[16] ^[17] ^[18] No entanto, transtornos psiquiátricos diferentes trazem níveis diferentes de risco de suicídio.

	Risco de suicídio com transtorno versus risco previsto	Intervalo
Diagnósticos psiquiátricos em crianças e adolescentes	5 vezes maior	N/D
Anorexia nervosa	23 vezes maior	0-100
Dependência e abuso de álcool	6 vezes maior	1-60
Dependência e abuso de opioides	14 vezes maior	3-36
Dependência de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos	20 vezes maior Abuso comórbido de álcool (16x) Abuso comórbido de drogas ilícitas (44x)	N/D
Dependência e abuso de drogas mistas	20 vezes maior	N/D
Uso de maconha	Risco relativo entre usuários compulsivos: 4 vezes maior que em não usuários	N/D
Esquizofrenia	8.5 vezes maior	0.8-115
Transtorno depressivo maior	20 vezes maior	0-200
Transtorno bipolar	15 vezes maior	0-133
Distímia	12 vezes maior	3-100
Transtornos de humor não especificados	16 vezes maior	4-38
Transtorno de ansiedade	6 vezes maior	N/D
Transtorno obsessivo-compulsivo	10 vezes maior	N/D
Transtorno de pânico	10 vezes maior	0-37.5
Transtorno de personalidade	7 vezes maior	N/D

N/D não disponível

Comparação de risco de suicídio na presença de transtornos psiquiátricos selecionados

Adaptado de Harris EC, et al. Br J Psychiatry 1997; 170:205-228

Os transtornos físicos também foram estudados em relação ao risco de suicídio elevado. Taxas de suicídio elevadas foram relatadas na doença de Huntington, na epilepsia e após neurocirurgia.[19] Outras afecções clínicas associadas ao risco elevado de suicídio incluem HIV/AIDS, acidente vascular cerebral (AVC), câncer (principalmente de pulmão e vias aéreas superiores, trato gastrointestinal, sistema nervoso central [SNC], sistema linforreticular, pâncreas, próstata e rim), esclerose múltipla, úlcera péptica, doença renal, lesão da medula espinhal e lúpus eritematoso sistêmico.[18] [19] [20] [21] Perturbações do sono, inclusive pesadelos, insônia e subtipos de insônia, associam-se a risco significativamente elevado de ideação suicida, tentativa de suicídio e suicídio, independentemente de depressão.[22]

	Risco de suicídio com doença versus risco previsto
Doença de Huntington	3 vezes maior
Epilepsia	5 vezes maior
Neurocirurgia	20 vezes maior
Transtornos mentais orgânicos não especificados	2 vezes maior
HIV/AIDS	7 vezes maior
Neoplasias malignas	1.8 vezes maior
Esclerose múltipla	2 vezes maior
Úlcera péptica	2 vezes maior
Doença renal - hemodiálise e diálise peritoneal ambulatorial contínua	14 vezes maior
Lesão da medula espinhal	4 vezes maior
Lúpus eritematoso sistêmico	4 vezes maior

Comparação de risco de suicídio com ou sem a presença de afecções clínicas selecionadas

Dados adaptados de Harris EC, et al. Br J Psychiatry 1997;170:205-228; McGirr A, et al. J

Clin Psychiatry 2008;69:966-970; Harris EC, et al. Medicine (Baltimore) 1994;73:281-296;

Anguiano LM. A literature review of suicide in cancer patients. Cancer Nursing. 2012;35:E14-E26

Acredita-se que a afecção clínica e o risco elevado de suicídio estejam associados, em parte, pela presença de um transtorno mental simultâneo. Por exemplo, uma lesão cerebral pode resultar de abuso de substâncias ou de tentativa de suicídio; uma alteração na função cerebral decorrente de um transtorno do SNC pode levar a um transtorno de humor ou de personalidade; e a incapacidade, deformidade e alienação social podem levar a um transtorno de humor.[19] Além disso, o diagnóstico de uma doença terminal pode induzir o paciente a querer enfrentar o inevitável à sua maneira.[23] Outras pesquisas sobre a influência de uma doença física no suicídio encontraram um vínculo independente entre a doença física e as tentativas de suicídio, mesmo após o controle de diversos transtornos mentais.[24] [25]

Desvantagem social, separação da família, psicopatologia parental e história de abuso físico ou sexual na infância também foram estudadas como fatores de risco de suicídio, principalmente entre os jovens.[26] [27] Constatou-se que história de tentativa de suicídio ou morte por suicídio de um dos pais associam-se a um risco quase duas vezes maior de morte por suicídio nos descendentes.[28] A orientação sexual foi implicada como fator de risco para tentativa de suicídio, mas não está claro se está independentemente associada ao aumento das mortes por suicídio.[29] Há novas evidências de que o luto recente pode aumentar o risco, especialmente em jovens.[30]

O suicídio é frequentemente relatado como a causa mais comum de morte em instituições correccionais. Como grupo, os detentos apresentam taxas de suicídio mais altas que seus equivalentes na comunidade. Uma revisão sistemática dos fatores de risco de suicídio em prisioneiros identificou a ocupação de uma célula individual, ideação suicida recente, história de tentativa de suicídio, diagnóstico psiquiátrico e história de problemas com bebidas alcoólicas como sendo os mais importantes.[8] Além disso, a International Association for Suicide Prevention Task Force on Suicide in Prisons desenvolveu os perfis dos grupos de alto risco na população de prisioneiros.[31] O risco de suicídio entre os presos antes do julgamento é associado ao sexo masculino, idade jovem (20 a 25 anos), estado civil solteiro e ser um réu primário, preso por um delito secundário, geralmente relacionado a substâncias.[31] Tipicamente, eles estão intoxicados no momento da prisão e morrem por suicídio nas primeiras fases do confinamento, ou próximo do julgamento,

principalmente se não houver esperança de um desfecho favorável.[31] Comparados com outros presos antes do julgamento, entre os prisioneiros condenados os fatores associados ao suicídio incluem idade avançada (30 a 35 anos), ser violento e ter passado tempo considerável na prisão aguardando julgamento (frequentemente 4 ou 5 anos).[31] Nesse grupo, o suicídio pode ser precipitado por um conflito com outros presos ou com a administração da instituição, por conflito ou separação da família ou por um desfecho negativo em relação à sua situação perante a lei.[31]

Certas profissões apresentam risco de suicídio mais alto (por exemplo, médicos e dentistas no Reino Unido).[32] No entanto, a taxa de suicídio tende a ser mais alta entre pessoas desempregadas que entre aquelas que trabalham.[33]

Os fatores de risco de suicídio nos países em desenvolvimento podem ser diferentes daqueles nos países desenvolvidos. Por exemplo, em alguns países em desenvolvimento, o risco de suicídio é mais alto para mulheres casadas, ao passo que, em países desenvolvidos, o risco de suicídio é mais alto para homens viúvos ou divorciados.[11] Outros fatores de risco para o suicídio em países não ocidentais podem incluir deslocamento social, instabilidade econômica, grande disponibilidade de meios letais (como pesticidas), fatores socioculturais e falta de disponibilidade de um tratamento eficaz de saúde mental.

O acesso aos meios letais aumenta significativamente o risco de morte por suicídio. Uma pesquisa de acompanhamento nacional da mortalidade nos EUA mostrou que a chance de suicídio aumenta 28 vezes com a existência de uma arma de fogo em casa (razão de chances 27.9, IC de 95% 18.7 a 41.4).[34] O meio mais letal de suicídio são as armas de fogo, com taxas de letalidade de aproximadamente 90%, seguidas por enforcamento, estrangulamento e sufocamento.[35] A overdose de drogas e os cortes são os 2 métodos menos letais, com taxas de letalidade de 2% e 3%, respectivamente.[35] Outros métodos de suicídio são afogamento; intoxicação por gás, líquido ou sólido; queimaduras; pular na frente de objetos móveis ou de altura; e colisões com automóveis.

Fisiopatologia

Fatores genéticos e ambientais estão envolvidos no aumento do risco de suicídio.[36] Estudos genéticos e neuroendócrinos apontam os fatores envolvidos nas vias de serotonina como sendo relevantes para os comportamentos suicidas.[37] Essas observações parecem ser independentes das anormalidades na serotonina encontradas na depressão. Estudos genéticos focaram nos genes relacionados à serotonina, incluindo triptofano hidroxilase, transportador de serotonina, 3 receptores da serotonina (HTR1A, HTR2A, HTR1B), a região da codificação da proteína ACP-1 (cromossomo número 2) e o promotor da monoamina oxidase.[37] Outros fatores com envolvimento conhecido no comportamento suicida incluem o sistema noradrenérgico (receptores alfa-2-adrenérgicos, tirosina hidroxilase, catecol-O-metiltransferase), o sistema dopaminérgico (ácido homovanílico do líquido cefalorraquidiano, receptores de dopamina) e a função da resposta de estresse do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal.[38] Hiperintensidades profundas e paraventriculares da substância branca foram mostradas, em uma metanálise, como estando associadas a tentativas de suicídio em pacientes com transtornos afetivos unipolares e bipolares.[39] Um estudo de neuroimagem em pacientes suicidas identificou alterações estruturais e funcionais nas partes orbitofrontal e dorsolateral do córtex pré-frontal; áreas consideradas, em parte, associadas à solução de problemas e à tomada de decisões complexas.[40]

Classificação

Probabilidade de suicídio

Refere-se a qualquer pensamento ou ação associada a uma intenção implícita ou explícita de morrer. No entanto, esse termo às vezes é usado de maneira que inclui eventos de lesão autoprovocada que podem não estar associados à intenção de morrer. Esse termo tem valor limitado, porque abrange uma variedade de conceitos tão ampla que fornece pouca, ou nenhuma, especificidade ou utilidade para a saúde clínica ou pública. Recomendamos que ele não seja usado.

Ideação suicida

Inclui pensamentos, fantasias, ruminações e preocupações com a morte, em geral, e com a morte autoprovocada, em particular. Quanto maior a magnitude, clareza e persistência dos pensamentos suicidas de uma pessoa, maior é considerado o risco de morte por suicídio.

Intenção suicida

O comprometimento e a expectativa de uma pessoa em relação à morte por suicídio. A intensidade da intenção de morrer pode se refletir na crença sobre a letalidade do método escolhido de suicídio. Essa crença pode ser mais relevante para o comprometimento da pessoa com o suicídio que a letalidade real do método escolhido. Quanto mais forte a intenção suicida da pessoa, maior é considerado o risco de morte por suicídio.

Plano suicida

Refere-se às ideias específicas da pessoa sobre uma tentativa iminente de suicídio. Pode incluir a escolha de um método, planos para realizá-lo, crenças sobre sua letalidade, um horário ou local para o evento e outras atitudes voltadas à preparação para a morte (por exemplo, escrever um bilhete, preparar testamentos, doar pertences pessoais ou propriedades).

Em geral, planos suicidas premeditados e bem elaborados envolvem a escolha de um método altamente letal (por exemplo, arma de fogo ou enforcamento) e são desenvolvidos visando a um local e horário em que a descoberta é improvável. Esses planos geralmente indicam um alto risco de suicídio.

Tentativa de suicídio

Qualquer ação propositada associada a uma intenção implícita ou explícita de morrer, independentemente da letalidade objetiva do método. História de tentativa de suicídio prévia aumenta o risco de morte por suicídio. Às vezes chamada de parassuicídio, mas, como esse termo é ambíguo, recomendamos não usá-lo.

Lesão autoprovocada

Qualquer lesão autoprovocada não associada a uma intenção implícita ou explícita de morrer. Exemplos de comportamentos de lesão autoprovocada incluem queimar-se/cortar-se depois de um evento emocionalmente desagradável ou como um método de manipulação ou ameaça. A coleta de dados em algumas jurisdições pode não diferenciar os eventos de lesão autoprovocada das tentativas de suicídio, embora as abordagens clínicas para os pacientes com comportamentos persistentes de lesão autoprovocada possam ser específicas para esse grupo.

Prevenção primária

Treinamento do médico da unidade básica de saúde

- Uma abordagem promissora na prevenção de suicídio é o treinamento dos médicos da unidade básica de saúde, para que possam reconhecer, tratar e, se necessário, encaminhar os pacientes com doença mental, principalmente a depressão.[55] [56] [57] [58] O tratamento precoce efetivo da depressão é associado à redução das taxas de suicídio e tentativas de suicídio. Portanto, essa abordagem é direcionada a um fator de risco causal e também modificável.[59] [60] [61] Isso é especialmente importante, dado que pessoas que morrem por suicídio frequentemente consultam profissionais das unidades básicas de saúde durante o mês que antecede a morte.[62] Infelizmente, o conhecimento dos fatores de risco de suicídio e a aplicação da avaliação e do manejo do risco são baixos entre muitos dos profissionais da unidade básica de saúde.[63] [64] O sucesso dos programas de treinamento sobre depressão e suicídio em reduzir as taxas de suicídio e melhorar o tratamento da depressão enfatiza a necessidade de melhorar o treinamento em saúde mental para médicos de unidades básicas de saúde como estratégia de prevenção do suicídio.[14] [65] [66] Idealmente, essas estratégias deveriam ser integradas aos modelos de aprimoramento no atendimento de saúde mental, no escopo da unidade básica de saúde.[67] A garantia do acompanhamento das intervenções de saúde mental, quando jovens analisados para risco de suicídio recebem alta, leva a uma redução dos desfechos relacionados ao suicídio e a uma melhora na adesão ao tratamento após a alta.[68]

Prestação de um atendimento aprimorado na unidade básica de saúde

- O estudo The Prevention of Suicide in Primary Care Elderly: Collaborative Trial (PROSPECT, Prevenção de suicídio em idosos na unidade básica de saúde: teste colaborativo) avaliou o impacto de uma intervenção no manejo do atendimento (incluindo o uso de terapia psicológica e/ou farmacológica) sobre a ideação suicida e a depressão em pacientes ≥ 60 anos de idade na unidade básica de saúde.[69] Pacientes deprimidos em consultórios de unidades básicas de saúde que usaram a intervenção PROSPECT apresentaram uma probabilidade mais alta de receber tratamento para depressão, maior declínio na ideação suicida, menor gravidade dos sintomas depressivos e maior taxa de resposta em 24 meses, em comparação com pacientes em consultórios que fornecem atendimento usual.[69] Um achado semelhante foi relatado em um estudo da Austrália.[70] Uma análise prospectiva também demonstrou que, para pacientes do pronto-socorro considerados em risco de suicídio, as intervenções aprimoradas do pronto-socorro associadas com acompanhamento contínuo durante o intervalo de espera antes da consulta de saúde mental resultaram em menor risco de suicídio.[71]

Treinamento de indivíduos e profissionais de linha de frente (gatekeepers)

- Gatekeepers são pessoas em contato com pessoas ou populações de alto risco, incluindo clero, primeiros atendentes, farmacêuticos, cuidadores geriátricos, equipe e funcionários institucionais, incluindo escolas, prisões e o exército.[14] A finalidade do treinamento dos gatekeepers é facilitar o reconhecimento de risco de suicídio, transtorno mental ou níveis altos de sofrimento, e melhorar os vínculos entre a pessoa e os serviços de saúde mental. O treinamento dos gatekeepers tem sido bem-sucedido para melhorar o conhecimento, atitudes e habilidades dos aprendizes, e os programas implementados no Exército Norueguês e na Força Aérea dos EUA tiveram sucesso em diminuir as taxas de suicídio.[14] [57] [72] [73] [74] Os resultados preliminares da implementação do programa de prevenção de suicídio Garrett Lee Smith Memorial Youth Suicide Prevention demonstraram um impacto na diminuição das taxas de suicídio em jovens.[75]

Programas de prevenção de suicídio baseados em escolas

- Programas de conscientização sobre o suicídio são amplamente empregados em escolas de muitos países. No entanto, existem poucas evidências que dão suporte à sua implementação.[27] [76] [77] Uma metanálise não indicou nenhum impacto comprovado de qualquer programa de prevenção de suicídio baseado em escolas para reduzir as taxas de suicídio.[78] Os programas promissores incluem triagem e subsequente encaminhamento dos alunos com problemas de saúde mental, treinamento dos gatekeepers para que os profissionais educacionais possam reconhecer a depressão

e outros transtornos mentais, e procedimentos simples para o encaminhamento aos serviços de saúde mental.

- O SOS (Signs of Suicide, Sinais do Suicídio), um programa que inclui uma autoavaliação e um componente de currículo, é o único programa de prevenção de suicídio baseado nas escolas que se comprovou eficaz em curto prazo (3 meses após a intervenção) para reduzir as tentativas de suicídio, sem um aumento associado no comportamento de busca de ajuda.[79] No entanto, seu impacto nas taxas de suicídio não é relatado, comprometendo a clareza de sua eficácia como um programa de prevenção do suicídio. Um estudo do programa de prevenção SOS (Signs of Suicide, Sinais de Suicídio) relatou seu impacto como promissor, mas evitou relatar que 5 estudantes no grupo de intervenção tentaram suicídio, em comparação a nenhum no grupo-controle.[80] Duas outras estratégias de prevenção de suicídio baseadas em escolas (programas de ajuda individualizada e ações pós-intervenção/crise com depoimentos) não foram sustentadas por evidências suficientes para substanciar o seu uso disseminado.[81] [82]
- Um relatório indicou que uma intervenção baseada nas escolas sobre entendimento de conceitos em saúde mental (o Youth Aware of Mental Health Program) teve um impacto significativo sobre comportamentos relacionados ao suicídio quando realizada em ambiente escolar.[83] Essa intervenção promissora requer replicação.

Programas de prevenção baseados na comunidade

- Os fatores de risco de suicídio dentro do cenário comunitário podem ser usados para identificar populações, grupos ou pessoas que apresentem risco mais alto de suicídio. No entanto, a modificação do fator de risco baseado na população, como estratégia de saúde pública para diminuir as taxas de suicídio, pode não ser eficaz se os fatores escolhidos para a modificação não forem causais. Além disso, a escolha de fatores de riscos considerados medições auxiliares da morte por suicídio (por exemplo, ideação suicida), usando intervenções baseadas na população, pode não levar ao desfecho desejado (taxas reduzidas de morte por suicídio).
- Outros programas de prevenção de suicídio baseados na comunidade, como aqueles fundamentados na ideologia de melhorar os fatores protetores ou fortalecer a coesão da comunidade, não se mostraram eficazes para diminuir e manter uma redução significativa nas taxas de suicídio. Frequentemente, não ocorre uma avaliação adequada dos riscos em potencial (por exemplo, um aumento no suicídio após a implementação de um programa) nem do custo-efetividade das abordagens.[84] Embora programas de conscientização sobre suicídio na comunidade sejam populares em algumas áreas, atualmente não há evidências consistentes para demonstrar a efetividade ou a segurança desses programas. Em geral, falar sobre suicídio na comunidade é uma prática considerada livre de riscos; porém, isso não é o mesmo que um médico perguntar sobre suicídio a um paciente. É preciso ter cuidado para garantir que os programas de conscientização na comunidade não estejam contribuindo para o aumento nas taxas de suicídio observado em algumas jurisdições.[80]
- Outro programa de prevenção do suicídio baseado na comunidade envolve educar a mídia sobre como relatar o suicídio de forma responsável, que foi um elemento da redução das taxas de suicídio na Áustria.[85] Uma metanálise foi impedida em suas conclusões pela qualidade insatisfatória dos estudos disponíveis.[86]
- Embora as linhas de atendimento por telefone estejam amplamente disponíveis, existem poucas evidências substanciais de sua eficácia na prevenção do suicídio.[14] [76] [87]
- Os benefícios dos anúncios do serviço público para reduzir a ideação suicida, tentativa de suicídio ou morte por suicídio não são claros, e há potencial para efeitos prejudiciais.[88]

Restringindo o acesso aos métodos letais de lesão autoprovocada

- O acesso aos métodos de lesão autoprovocada é um fator de risco modificável, e sua restrição é uma estratégia que pode ter sucesso na prevenção de suicídios. Por exemplo, construir barreiras de segurança nas pontes, remover a toxicidade do gás de cozinha e dos escapamentos de carros, limitar as quantidades de paracetamol e restringir as armas de fogo foram medidas citadas como estratégia eficazes na prevenção do suicídio.[14] [27] [76] [89] Dificuldades para medir os efeitos diretos das estratégias de restrição de meios, na presença de tendências seculares nas taxas de

suicídio, combinadas com o potencial de substituição do método, contribuem para controvérsias em relação à sua efetividade.[57] [90]

Rastreamento

Se o rastreamento do risco de suicídio for empregado como uma intervenção de saúde pública na população adulta[100] [101] [102] ou mais velha[103] [104] bem como na população adolescente (como em um cenário escolar),[105] [106] [107] [108] é essencial garantir a clareza do limiar em que um caso será avaliado, e que intervenções clínicas adequadas e efetivas estejam prontamente disponíveis para pessoas identificadas no rastreamento como estando em alto risco.

Um resumo das evidências para a triagem do risco de suicídio nos pacientes adultos da unidade básica de saúde foi produzido para a US Preventive Services Task Force em 2004.[109] A força-tarefa não encontrou estudos que discutissem se a triagem do risco de suicídio na unidade básica de saúde melhorou ou não a morbidade ou a mortalidade, e apenas um estudo avaliou as características operacionais de um instrumento para identificar o risco de suicídio na unidade básica de saúde. Esse estudo comparou 3 itens do Symptom-Driven Diagnostic System for Primary Care (pensamentos de morte, desejo de estar morto, sentimentos suicidas) com uma entrevista estruturada para identificar um plano para cometer suicídio. Os intervalos de sensibilidade foram de 83% a 100%, de especificidade de 81% a 98% e o valor preditivo positivo foi de 5.9% a 30%.[109] Com poucas evidências da eficácia da triagem do risco de suicídio nos pacientes adultos da unidade básica de saúde, a força-tarefa recomendou uma triagem de rotina para o risco de suicídio entre os pacientes deprimidos da unidade básica de saúde, para os quais a evidência da eficácia existe.[109]

É importante diferenciar o rastreamento de base populacional da "triagem" de pacientes individuais que ocorre em um ambiente clínico. O treinamento dos profissionais de unidades básicas de saúde para identificar e avaliar os riscos e o uso de perguntas de "rastreamento" sobre a ideação suicida em pacientes com sintomas de depressão não aumentam a frequência da ideação suicida e estão relacionados a taxas reduzidas de suicídio.[56] [57]

Prevenção secundária

Um consentimento informado deve ser obtido dos pacientes, para permitir que os médicos e os membros da família se comuniquem se o risco de suicídio for preocupante.

Os membros da família precisam ser instruídos sobre o risco de suicídio. Os meios letais, como armas, devem ser removidos da residência. Os membros da família devem ser instruídos a entrar em contato com o médico do paciente se suspeitarem que a adesão aos tratamentos foi comprometida; se o paciente começar a discutir ideias ou planos suicidas; ou se o quadro clínico do paciente piorar.

Entre os adolescentes, a estimulação das alianças familiares e o aumento da disponibilidade de apoios externos podem ser importantes para reduzir o risco de tentativa de suicídio por pacientes com lesões autoprovocadas.[182]

Caso clínico

Caso clínico #1

Um respeitado comerciante de 48 anos de idade, que mora em uma grande área urbana, visita o seu médico de família. Ele está preocupado com a perda de peso nas últimas 6 semanas e acha que pode ter câncer. Ele não tem história médica ou psiquiátrica substancial e comenta que tem procurado seu líder religioso porque perdeu a fé, tem dúvidas sobre si mesmo e preocupações com o futuro do mundo. O exame físico de rotina não apresenta nada digno de nota. Agenda-se uma tomografia computadorizada (TC) do abdome para ele e solicita-se uma análise de amostras fecais por conta de queixas vagas de problemas no intestino. Três dias depois, o médico-legista informa ao médico que o paciente cometeu suicídio por enforcamento. A análise do caso post mortem conclui que o paciente apresentava transtorno depressivo maior havia cerca de 3 a 4 meses. Seus colegas de trabalho perceberam que algo estava errado, mas tiveram receio de abordá-lo, pois não queriam se intrometer na vida dele. A esposa andava muito preocupada com a sua falta de interesse, divagação, problemas de sono e perda de peso, mas havia atribuído essas mudanças a dificuldades no trabalho.

Caso clínico #2

Um homem de 79 anos de idade que mora em uma vila rural se apresenta ao seu médico de família com queixas de uma história de 3 semanas de constipação, dor nas costas, cefaleia e fadiga constante. Ele tem um quadro clínico cardíaco preexistente e, ocasionalmente, toma nitroglicerina para dor torácica induzida pelo exercício. Ele também tem diabetes insulínica, com controle razoável dos índices diabéticos. Ele é o cuidador principal da sua esposa, que recentemente foi diagnosticada com doença de Alzheimer. Uma análise sistemática revela sentimentos de depressão, desesperança e ideação suicida persistente. Ele se sente sobrecarregado pela gravidade do quadro clínico da esposa e o ônus de cuidar dela. Ele fez planos vagos de suicídio, mas está preocupado com a forma como a sua morte afetaria os cuidados com a sua esposa.

Abordagem passo a passo do diagnóstico

Ao estabelecer a presença de ideação suicida, o objetivo geral é determinar o risco de morte por suicídio. Portanto, a anamnese e uma análise psicológica abrangente, tratando especialmente dos fatores de risco de suicídio, são essenciais. No entanto, devido ao fato de o suicídio ser um evento raro, os médicos devem se lembrar que o valor preditivo até mesmo dos fatores de risco fortes pode ser pequeno, mesmo nas populações de alto risco.^[91] Embora seja importante ter conhecimento dos fatores de risco de suicídio, a avaliação do risco e o manejo contínuo do risco de suicídio em pacientes com um transtorno mental são de extrema importância. Muitos fatores de risco são tão genéricos que não ajudam na determinação clínica do risco de suicídio em qualquer paciente.^[92] Os fatores de risco principais são: presença de um transtorno mental, história pregressa de tentativa de suicídio ou lesão autoprovocada, história familiar de suicídio. Os fatores de proteção têm valor limitado na avaliação do risco de suicídio, mas podem ser úteis no manejo contínuo do risco de suicídio. Os médicos devem se concentrar no manejo do risco, não na medição dos fatores de risco.

Os fatores de risco de suicídio cobrem uma ampla gama de variáveis, desde a história pessoal (por exemplo, história prévia de tentativa de suicídio) até os indicadores da função emocional ou psicológica

atual (por exemplo, episódio depressivo maior). No caso da avaliação clínica do risco de suicídio, os fatores de risco são usados para estimar a probabilidade da ocorrência de suicídio no futuro imediato. Não preveem se a pessoa irá ou não morrer por suicídio, ou quando pode fazer uma tentativa letal ou não letal. As intervenções clínicas são orientadas pela estimativa do médico sobre a probabilidade de um suicídio iminente, usando os fatores de risco como orientação. Os fatores mais preditivos de suicídio iminente são a presença de um plano de suicídio e o acesso imediato a meios letais.

A maioria das pesquisas publicadas sobre suicídio foi realizada nos países ocidentais, e a maioria dos estudos sobre a intervenção da saúde pública foi realizada em ambientes ricos em recursos. Da mesma forma, as intervenções clínicas foram mais frequentemente desenvolvidas a partir das perspectivas ocidentais, embora as regiões não ocidentais e pobres em recursos estejam relatando cada vez mais as intervenções na saúde clínica e pública. Grande parte das informações usadas para orientar a abordagem clínica ao suicídio nesta monografia é derivada de revisões sistemáticas de estudos baseados no mundo ocidental, no qual os sistemas de saúde mental e unidades básicas de saúde são relativamente bem desenvolvidos. Quando existe a disponibilidade de evidências razoáveis para outras abordagens em ambientes diferentes, elas foram incluídas. Em geral, é necessário que o médico esteja ciente de que, embora os transtornos mentais contribuam em grande parte com o suicídio, em alguns cenários, especialmente nos quais as taxas de suicídio são substancialmente mais altas que cerca de 12/100,000 a 15/100,000, outros fatores relacionados a questões socioculturais ou político-econômicas também podem cumprir uma função.

Avaliação clínica do risco de suicídio

O risco de suicídio é um processo contínuo no manejo clínico de qualquer pessoa com um transtorno mental e deve ser avaliado/reavaliado nas seguintes circunstâncias:[93]

- Quando um paciente apresenta-se em crise aos serviços de saúde mental ou emergência
- Durante todas as avaliações clínicas psiquiátricas iniciais, em ambulatório ou em pacientes hospitalizados
- Quando é considerada uma alteração no status de observação ou no cenário de tratamento do paciente
- Quando ocorre uma mudança súbita no quadro clínico de um estado mental conhecido, incluindo agravamento ou melhora súbita dos sintomas
- Quando os pacientes não melhoram ou apresentam o agravamento dos sintomas, apesar do tratamento
- Quando um paciente passou por um estressor psicossocial significativo, como uma perda, vergonha ou humilhação percebida ou real
- Quando um paciente com um transtorno mental crônico descontinua o tratamento.[94]

A avaliação do risco de suicídio tem 4 etapas:[93]

1. Avaliação dos 5 componentes do suicídio: ideação, intenção, plano, acesso a meios letais e história de tentativas prévias de suicídio.
2. Avaliação dos fatores de risco de suicídio
3. Avaliação da experiência atual (o que está acontecendo?)
4. Identificação dos objetivos da intervenção.

O Roteiro para Avaliação de Risco de Suicídio (TASR, Tool for Assessment of Suicide Risk) pode ser usado pelo médico que está realizando a avaliação no ambiente clínico para ajudar a determinar a probabilidade do risco iminente de suicídio. Ele é uma ferramenta de manejo do risco, não de medição

do risco. As ferramentas de medição do risco de suicídio têm uma validade preditiva limitada, enquanto as ferramentas de manejo do risco podem ter uma atividade clínica substancial.[91] [95] [96] O TASR não tem um sistema de escores numéricos e nem um escore de corte que preveja o suicídio. No entanto, ajuda a garantir a consideração dos problemas mais importantes referentes ao risco de suicídio, de maneira a possibilitar uma decisão mais bem informada sobre como proceder. Essa ferramenta também oferece um ótimo registro dos detalhes da avaliação do suicídio, e pode ser anexada ao prontuário ou registro do paciente em qualquer ambiente.[93] Uma versão para adolescentes está disponível. [\[Tool for Assessment of Suicide Risk for Adolescents \(TASR-A\)\]](#)

ROTEIRO PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE SUICÍDIO (TASR)

PERFIL DE RISCO INDIVIDUAL:	SIM	NÃO
Demografia: Idade/sexo (na maioria das jurisdições: >65/15-35 anos; M>F); cultura; status socioeconômico		
História familiar: Suicídio, comportamentos suicidas, transtorno psiquiátrico		
Diagnóstico psiquiátrico no passado/presente: Humor, ansiedade, psicose, álcool/drogas; transtornos de personalidade		
Condição clínica: Crônica, incapacitante, estigmatizante		
Apoios sociais insuficientes: Morar sozinho, isolamento, rede social insatisfatória, relacionamentos doentios		
Problemas domésticos: Violência/abuso, fim de relacionamento, conflitos, pressão, ambiente familiar disfuncional		
Baixa tolerância ao estresse: Níveis baixos de enfrentamento, autocontrole, capacidade de tomar decisões e solucionar problemas		
Comportamentos suicidas no passado: Tentativas de suicídio, tentativas abortadas, lesões autoprovocadas		
Abuso no passado/presente: Abuso/violência recente ou atual; história de abuso na infância		
Exposição ao suicídio: Direto/indireto - amigos, família, comunidade, cultura, meios sociais		
PERFIL DE RISCO DOS SINTOMAS:	SIM	NÃO
Depressão/disforia		
Desesperança		
Anedonia intensa		
Emoção intensa: Ansiedade/pânico; vergonha; humilhação; culpa; raiva; isolamento/solidão		
Isolamento: Supressão emocional, falta de envolvimento, falta de comunicatividade		
Sensação intensa de autorreprovação/inutilidade		
Raciocínio comprometido: Inflexibilidade; julgamento/solução de problemas/tomada de decisão insatisfatórios		
Autocontrole insatisfatório: Impulsividade; regulação insatisfatória de emoções e comportamentos; violência/agressividade		
Psicose: *Alucinações de comando		
Uso problemático de álcool/drogas		
PERFIL DE RISCO DA ENTREVISTA:	SIM	NÃO
Ideação suicida: Frequência, intensidade, duração, persistência		
Intenção suicida: Grau de ambivalência e expectativa/empenho em morrer		
Plano suicida: Método, letalidade, preparação		
Tendência ao suicídio ocultada: Sinais de alerta; dicas verbais/não verbais; colaterais; "intuição clínica"		
Tentativa de suicídio no passado: Número, fator desencadeante, contexto, método, letalidade, consequências		
Acesso a meios letais: Disponibilidade e acessibilidade a métodos letais mais comuns		
Consumo ou intoxicação recentes com álcool/drogas		
Fator desencadeante suicida: Crise/conflito/perda recente, em evolução ou previsto; vitimização; trauma		
Problema insolúvel: Não consegue ver solução/incapaz ou não está disposto a procurar alternativas		
Estado intolerável: Estado ou circunstância emocional/psicológico/físico insuportável		
AMENIZADORES DO RISCO:		
Motivos para viver		
Forças internas para manejar o risco		
Forças externas para manejar o risco		
NÍVEL DE RISCO IMEDIATO DE SUICÍDIO: <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> ALTO <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> MODERADO <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> BAIXO		

Roteiro para Avaliação do Risco de Suicídio

De Chehil S, Kutcher SP. Suicide risk management: a manual for health professionals. (2nd ed). Chichester: Wiley-Blackwell; 2012

Os seguintes sinais e sintomas observáveis em uma pessoa indicam a necessidade de intervenção médica imediata:[97]

- Ameaça de se ferir ou se matar
- Busca de maneiras para se ferir ou se matar
- Tentativa de acesso a comprimidos, armas ou outros meios

- Falar ou escrever sobre a morte ou o suicídio.

Avaliação dos 5 componentes do suicídio

Para avaliar a intenção suicida, o plano, o acesso a meios letais e a história de tentativas suicidas, as seguintes perguntas são recomendadas (no entanto, cada médico é encorajado a criar suas próprias perguntas, no seu próprio vernáculo, tratando das mesmas preocupações).

Perguntando sobre a ideação suicida

- Você já pensou que a sua vida não vale a pena ser vivida?
- Você já pensou em terminar com a sua vida?
- Você acha que os seus motivos para viver são mais fortes que os seus motivos para morrer?
- Se você tivesse uma maneira, tentaria tirar a sua própria vida?
- Se você pensasse que iria morrer, tomaria medidas para se salvar?
- Com que frequência você pensa em morrer?
- Geralmente, quanto tempo esses pensamentos demoram para desaparecer?
- Você está sendo consumido pelos seus pensamentos sobre morrer ou tirar a sua vida?

Perguntando sobre a intenção e o plano suicida

- Como você se sente quando começa a pensar em tirar sua vida?
- Você já pensou em maneiras de tirar sua vida?
- Você já teve pensamentos ou planos específicos para tirar a sua vida?
 - Você definiu um momento ou local?
 - Quais são esses planos?
- Você tem acesso a (método: por exemplo, comprimidos, venenos, medicamentos, armas)?
 - Você acha que conseguiria (método) se precisasse?
- Você acha que morreria se usasse (método)?
- Você fez alguma coisa ou tomou medidas para se preparar para tirar a sua vida (por exemplo, escrever um bilhete de suicídio ou testamento, organizar o método, doar suas posses)?
- Você acha que conseguiria tirar a sua vida?
- Você se sente pronto para morrer?

A seguir, características importantes de comportamentos suicidas prévios, que devem ser identificadas durante a avaliação inicial: frequência, contexto (por exemplo, momento, preparações, planejamento, uso de substâncias, impulsividade, testemunhas), método (letalidade do método, ideia sobre a letalidade), consequências (gravidade médica, tratamento resultante, consequências psicossociais) e intenção (expectativa da letalidade do método, atitude para com a vida, sensações sobre descoberta e sobrevivência).

Avaliação de outros fatores de risco de suicídio

Depois de lidar com a presença de qualquer comportamento suicida atual ou prévio, além do acesso aos meios letais, é essencial coletar informações sobre a história psiquiátrica do paciente e realizar um exame cuidadoso do estado mental psiquiátrico, para estabelecer os sintomas psiquiátricos atuais. O transtorno mental é um componente significativo do suicídio, e até 90% das pessoas que morrem por

suicídio têm um diagnóstico psiquiátrico.[14] Os dois transtornos mentais mais prevalentes associados ao suicídio são o transtorno depressivo maior e o abuso de substâncias.[15] [16] [17] 1[B]Evidence O risco mais alto de suicídio também é associado a outros transtornos do humor (por exemplo, transtornos bipolares I e II,[98] transtorno esquizoafetivo), transtornos de ansiedade, abuso de substâncias e transtornos psicóticos. Os transtornos psiquiátricos devem ser diagnosticados usando os critérios de diagnóstico internacionais padrão (DSM ou CDI).

Os detalhes da história médica, psicossocial e familiar do paciente (principalmente de transtorno mental ou suicídio) também devem ser discutidos.

A finalidade de obter a história médica é identificar a presença de diagnósticos médicos atuais ou desafios físicos que possam aumentar o risco de suicídio a curto e longo prazo, como doença terminal ou crônica, dor, comprometimento funcional ou cognitivo, perda de visão ou audição, deformidade ou perda de independência ou dependência elevada dos outros.[99]

Uma história familiar de suicídio e transtornos psiquiátricos é associada a um risco elevado de suicídio. É necessário obter informações sobre a idade do paciente e a sua relação e envolvimento com os membros da família que morreram por suicídio ou tiveram transtorno psiquiátrico (incluindo abuso de substâncias). As informações sobre a história de conflito familiar, separação ou divórcio, problemas legais, uso de substâncias, violência doméstica e abuso sexual ou físico também devem ser coletadas. Há novas evidências de que o luto recente pode aumentar o risco, especialmente em jovens.[30]

O objetivo da história psicossocial é obter uma ideia sobre a situação da vida atual do paciente e seu nível de funcionamento, bem como investigar a presença de estressores agudos ou crônicos que possam sobrecarregar as capacidades de enfrentamento do paciente. A história psicossocial também permite a determinação dos apoios externos disponíveis para o paciente, a investigação da presença de fatores de risco amenizadores presentes no ambiente e a exploração de crenças culturais ou religiosas sobre morte ou suicídio.

Também é útil avaliar os pontos fortes e fracos da personalidade. Os aspectos da personalidade do paciente, como os traços de personalidade ou os estilos de pensamento, afetam como ele tolera o estresse emocional ou psicológico e qual tipo de estratégias de enfrentamento ele utiliza para lidar com esses estressores. Embora esses fatores não prevejam o suicídio, eles podem contribuir com o perfil de risco geral através de seu efeito na capacidade do paciente de lidar com problemas, e os sistemas de apoio disponíveis para ele.

Avaliação da experiência atual (o que está acontecendo?)

A experiência atual do paciente pode ser influenciada por um transtorno psiquiátrico subjacente e/ou estressores psicossociais intensos (agudos ou crônicos). Os transtornos de personalidade e as características mal-adaptativas (sem transtorno) também podem cumprir uma função. É importante considerar as seguintes perguntas:

- Por que o paciente está considerando o suicídio como uma opção?
- Por que agora? Alguma coisa mudou no ambiente do paciente?
- O que exatamente está acontecendo agora? Como isso está afetando o paciente?

Identificação dos objetivos da intervenção

As informações coletadas nas etapas prévias devem ser usadas para identificar metas específicas para a intervenção. Isso inclui a presença de diagnósticos ou sintomas psiquiátricos subjacentes, situações com sofrimento psicossocial e dificuldades de personalidade.

Avaliação do risco de suicídio: sugestões práticas

Ao iniciar a avaliação do suicídio, DEVE-SE fazer o seguinte:

- Estabelecer uma relação de afinidade
- Usar uma abordagem calma, paciente e empática, sem julgamento
- Começar com declarações encorajadoras e perguntas abertas
- Começar pelas perguntas gerais e depois mudar para mais específicas, de uma maneira sensível e sem julgamento, criando uma oportunidade de diálogo; fazer perguntas específicas sobre lesão autoprovocada, pensamentos suicidas, planos, atitudes para suicídio, história de comportamento suicida, pensamentos de morte e sentimentos de desesperança.

NÃO SE DEVE fazer o seguinte:

- Permitir que seus sentimentos e reações pessoais influenciem a avaliação e o tratamento
- Apressar o paciente ou fazer perguntas indutivas
- Interrogar o paciente ou forçá-lo a defender suas ações
- Minimizar o sofrimento do paciente
- Subestimar a gravidade do pensamento ou ação suicida.

Adquirir informações colaterais

- Um paciente pode não admitir explicitamente que tem pensamentos, comportamentos ou história suicida (probabilidade de suicídio passiva). Família, amigos, profissionais de saúde, professores, colegas de trabalho ou outros também podem fornecer informações valiosas para dar suporte à avaliação.
- Se nenhum informante puder fornecer informações colaterais e o paciente não responder às perguntas diretamente, pode ser necessário usar o julgamento clínico com base nos riscos aparentes, possíveis sinais de alerta ocultos da ideação, intenção ou plano de suicídio (por exemplo, presença de psicose, desânimo, raiva, agitação, incapacidade de desenvolver afinidade, fazer contato ocular, responder às perguntas diretas sobre o suicídio) e impressões subjetivas. Além disso, o médico talvez precise revisar os registros do hospital ou clínica para encontrar evidências de comportamentos prévios de lesão autoprovocada, e prestar muita atenção durante o exame físico em busca de sinais ou lesões suspeitas.

Fatores de risco

Fortes

plano de suicídio atual

- Em geral, os planos de suicídio premeditados e bem pensados indicam um alto risco de suicídio. Em uma amostra de pacientes hospitalizados em um hospital psiquiátrico britânico, as chances de morte por suicídio aumentaram 11 vezes com a presença de um plano de suicídio (razão de chances 11.8, IC de 95% 1.3 a 111.3).^[41]

tentativa anterior de suicídio ou lesão autoprovocada

- Um estudo norte-americano descobriu que as chances de suicídio aumentam significativamente no primeiro ano após a lesão autoprovocada não fatal, particularmente se a tentativa foi violenta (por exemplo, envolvendo uma arma de fogo), em comparação com controles populacionais.[42] Um estudo realizado no Reino Unido sobre lesão autoprovocada em jovens relatou que crianças e adolescentes que se autoflagelam têm uma probabilidade muito maior de morte por suicídio ou outra mortalidade precoce.[43] Esta nova pesquisa sugere que a relação entre lesão autoprovocada e morte por suicídio pode estar se tornando mais complexa.

história de transtorno mental, incluindo abuso de substâncias

- O transtorno mental é um componente significativo do suicídio, e até 90% das pessoas que morrem por suicídio têm um diagnóstico psiquiátrico.[14] Os 2 transtornos mentais mais prevalentes associados ao suicídio são o transtorno depressivo maior e o abuso de substâncias.[15] [16] [17] 1[B]Evidence

disponibilidade de meios letais

- O meio mais letal de suicídio são as armas de fogo (taxa de letalidade de aproximadamente 90%), seguidas por enforcamento, estrangulamento e sufocamento.[35]
- Estudos em diferentes países observaram consistentemente uma diferença entre os sexos com relação à escolha do método usado para cometer suicídio.[35] [45] [46]
- Para os homens, os métodos mais comuns são enforcamento, estrangulamento ou sufocamento, seguidos pelas armas de fogo e a intoxicação. Para as mulheres, o enforcamento é usado com a mesma frequência, mas a intoxicação é mais comum que o uso de armas de fogo. Os homens tendem a usar métodos mais letais, resultando em taxas mais altas de morte por suicídio.

história de abuso sexual ou físico na infância

- Um estudo de coorte retrospectivo observou que a probabilidade de história de tentativas de suicídio ao longo de toda a vida triplicou entre os pacientes que relataram abuso sexual ou físico na infância (razão de chances [RC] 3.4, IC de 95% de 2.9 a 4.0).[47] Uma metanálise sobre as consequências para a saúde no longo prazo do abuso físico, do abuso emocional e negligência na infância relatou um risco elevado similar para tentativa de suicídio (abuso físico [RC = 3.40; IC de 95% de 2.17 a 5.32], abuso emocional [RC = 3.37; IC de 95% de 2.44 a 4.67] e negligência [RC = 1.95; IC de 95% de 1.13 a 3.37]).[48]

história familiar de morte por suicídio

- Um estudo de caso-controle dinamarquês demonstrou um risco elevado de suicídio para pacientes com história familiar de morte por suicídio (razão de chances 2.58, IC de 95% de 1.84 a 3.61).[49]

sexo masculino

- A morte por suicídio é geralmente mais comum em homens que em mulheres. Em 2015, nos EUA, a taxa de suicídio em homens era 4 vezes maior que a das mulheres.[2] No entanto, a taxa de tentativas de suicídio ao longo da vida é maior nas mulheres que nos homens.[3]
- A discrepância entre homens e mulheres no que se refere à morte por suicídio pode resultar da escolha do método, porque os homens tendem a escolher métodos mais letais como armas de fogo e enforcamento, e não a intoxicação e os cortes, que são os mais escolhidos pelas mulheres.[3] Além disso, a taxa mais alta de tentativas de suicídio pelas mulheres pode ser, parcialmente, decorrente

dos comportamentos de lesão autoprovocada (mais comum entre mulheres) que são codificados como tentativas de suicídio.

detento em prisão

- O suicídio é frequentemente relatado como a causa mais comum de morte em instituições correcionais. Como grupo, os detentos apresentam taxas de suicídio mais altas que seus equivalentes na comunidade.
- Uma revisão sistemática dos fatores de risco de suicídio em prisioneiros identificou a ocupação de uma célula individual, a ideação suicida recente, a história de tentativa de suicídio, o diagnóstico psiquiátrico e a história de problemas com bebidas alcoólicas como sendo os mais importantes.[8]
- Além disso, a International Association for Suicide Prevention Task Force on Suicide in Prisons desenvolveu os perfis dos grupos de alto risco na população de prisioneiros.[31] O risco de suicídio entre os presos antes do julgamento é associado ao sexo masculino, idade jovem (20 a 25 anos), estado civil solteiro e ser um réu primário, preso por um delito secundário, geralmente relacionado a substâncias.[31] Tipicamente, eles estão intoxicados no momento da prisão e morrem por suicídio nas primeiras fases do confinamento, ou próximo do julgamento, principalmente se não houver esperança de um desfecho favorável.[31] Comparados com outros presos antes do julgamento, entre os prisioneiros condenados os fatores associados ao suicídio incluem idade avançada (30 a 35 anos), ser violento e ter passado tempo considerável na prisão aguardando julgamento (frequentemente 4 ou 5 anos).[31] Nesse grupo, o suicídio pode ser precipitado por um conflito com outros presos ou com a administração da instituição, por conflito ou separação da família ou por um desfecho negativo em relação à sua situação perante a lei.[31]

Fracos

história familiar de doença psiquiátrica

- Um estudo de caso-controle dinamarquês demonstrou um risco de suicídio elevado para pacientes com história familiar de doença psiquiátrica. Esse risco elevado era restrito aos pacientes com história pessoal de doença psiquiátrica (razão de chances 1.31, IC de 95% 1.19 a 1.45).[49]

doença física (especialmente do sistema nervoso central) e/ou deficiência física

- Taxas elevadas de suicídio foram relatadas na doença de Huntington, epilepsia, depois de neurocirurgia e na presença de transtornos mentais orgânicos não especificados.[16] [17] [19] O risco de suicídio também pode aumentar na presença de doença terminal ou crônica, dor, comprometimento funcional ou cognitivo, perda de visão ou audição, deformidade, perda de independência ou dependência elevada dos outros. As taxas de suicídio podem ser até 2 vezes mais altas em pacientes com câncer.[18]

estado civil (divorciado, solteiro, viúvo)

- Um estudo baseado no registro nacional dinamarquês mostrou que o estado civil de solteiro é um fator de risco significativo para o suicídio (razão de chances 3.17, IC de 95% 3.08 a 3.27).[50] Um estudo longitudinal de mortalidade nacional baseado nos EUA demonstrou um risco elevado de suicídio entre divorciados, especialmente nos homens (risco relativo de 2.47, IC de 95% 1.84 a 3.30).[51] Um estudo italiano sobre a relação entre suicídio e estado civil concluiu que ser solteiro, divorciado ou separado estava associado a uma taxa mais alta de suicídio (razão de chances 2.00, IC de 95% 1.87 a 2.16).[52]

profissões/ocupações (desempregados, autônomos, agrícolas, profissionais médicos e dentistas)

- Certas ocupações apresentam um risco de suicídio maior que outras.
- Um estudo na Nova Zelândia observou que as pessoas que trabalham com agricultura, pescaria, silvicultura e ações apresentaram taxas de suicídio mais altas que as pessoas em outras ocupações.[33] Estudos na Inglaterra e no País de Gales também apontam para os profissionais médicos e dentistas, além da ocupação agrícola.[32] Um estudo lituano observou que autônomos tinham um risco de suicídio muito mais alto que funcionários.[53] Por outro lado, um estudo dinamarquês observou que o risco de suicídio era reduzido em todas as ocupações após um ajuste na história de admissão psiquiátrica e fatores socioeconômicos (status do emprego, estado civil, receita bruta), com a exceção de médicos e enfermeiros.[54]
- Pessoas desempregadas tendem a ter uma taxa de suicídio mais alta que as que estão empregadas.[33]

estressores psicossociais

- Fatores de risco de suicídio associados à história psicossocial incluem perda interpessoal real/percebida ou luto, humilhação percebida, dificuldades legais ou financeiras, alterações no status socioeconômico (por exemplo, a perda do emprego), problemas em casa, no trabalho, na escola, com a família, conjugais/de relacionamento, interpessoais/nos grupos de amigos e violência doméstica.
- Nenhum dos fatores acima é um preditor de suicídio, mas podem contribuir com o perfil de risco geral pelo seu efeito na capacidade da pessoa de lidar com problemas e nos sistemas de apoio disponíveis para ela.

Anamnese e exame físico

Principais fatores de diagnóstico

tentativa prévia de suicídio (comum)

- Fator de risco significativo de suicídio.
- A seguir, características importantes de comportamentos suicidas prévios, que devem ser identificadas durante a avaliação inicial: frequência, contexto (por exemplo, momento, preparações, planejamento, uso de substâncias, impulsividade, testemunhas), método (letalidade do método, ideia sobre a letalidade), consequências (gravidade médica, tratamento resultante, consequências psicossociais) e intenção (expectativa da letalidade do método, atitude para com a vida, sensações sobre descoberta e sobrevivência).

plano suicida atual (comum)

- Em geral, planos suicidas premeditados e bem elaborados envolvem a escolha de um método altamente letal (por exemplo, arma de fogo ou enforcamento) e são desenvolvidos visando a um local e horário em que a descoberta é improvável. Esses planos geralmente indicam um alto risco de suicídio.

acesso a meios letais (comum)

- Os fatores mais preditivos de suicídio iminente são a presença de um plano de suicídio e o acesso imediato a meios letais.
- O meio mais letal de suicídio são as armas de fogo (taxa de letalidade de aproximadamente 90%), seguidas por enforcamento, estrangulamento e sufocamento.[35]

história de doença psiquiátrica, incluindo abuso de substâncias (comum)

- É essencial coletar informações sobre a história psiquiátrica do paciente e realizar um exame cuidadoso do estado mental psiquiátrico, para estabelecer os sintomas psiquiátricos atuais.
- O transtorno mental é um componente significativo do suicídio, e até 90% das pessoas que morrem por suicídio têm um diagnóstico psiquiátrico.[14] Os 2 transtornos mentais mais prevalentes associados ao suicídio são o transtorno depressivo maior e o abuso de substâncias.[15] [16] [17] 1[B]Evidence
- O risco mais alto de suicídio também é associado a outros transtornos do humor (por exemplo, transtornos bipolares I e II,[98] transtorno esquizoafetivo), transtornos de ansiedade e transtornos psicóticos. A descontinuação do tratamento aumenta o risco.

história familiar de suicídio ou transtorno mental (comum)

- Os fatores de risco de suicídio incluem tentativa de suicídio e suicídio por um parente de primeiro grau, transtorno psiquiátrico no parente de primeiro grau, transtorno de uso de substâncias da família, violência/abuso doméstico e/ou alto nível de conflito familiar.

Outros fatores de diagnóstico**afecção clínica crônica, incapacidade ou deformidade (comum)**

- Uma história médica identifica a presença de diagnósticos médicos atuais ou desafios físicos que possam aumentar o risco de suicídio, como doença terminal ou crônica, dor, comprometimento funcional ou cognitivo, perda de visão ou audição, deformidade ou perda de independência/dependência elevada dos outros.[99]

fatores psicossociais significativos (comum)

- Fatores de risco de suicídio incluem perda interpessoal real/percebida ou luto, humilhação percebida, dificuldades legais ou financeiras, alterações no status socioeconômico (por exemplo, a perda do emprego), problemas em casa, no trabalho, na escola, com a família, conjugais/de relacionamento, interpessoais/nos grupos de amigos e violência doméstica.
- Nenhum deles é um preditor do risco em geral, mas eles podem contribuir com o perfil de risco geral através de seu efeito na capacidade do paciente para lidar com problemas e nos sistemas de apoio disponíveis para ela.

traços de personalidade e/ou mal-adaptativos (comum)

- Isso inclui deficiência nas habilidades para resolver problemas, impulsividade, poucas ideias, controle afetivo fraco, pensamento rígido, dependência e manipulação.
- Nenhum deles prevê o risco em geral, mas podem contribuir com o perfil de risco geral através de seu efeito na capacidade do paciente para lidar com problemas e nos sistemas de apoio disponíveis para ela.

Exames diagnóstico

Primeiros exames a serem solicitados

Exame	Resultado
Roteiro para Avaliação do Risco de Suicídio (TASR) <ul style="list-style-type: none"> Pode ser usado pelo médico que está realizando a avaliação no ambiente clínico para determinar a probabilidade do risco iminente de suicídio. Não tem um sistema de escores numéricos e nem um escore de corte que preveja o suicídio, mas ajuda a garantir que os problemas mais importantes referentes ao risco de suicídio sejam considerados, permitindo uma decisão mais bem informada sobre como proceder. Além disso, é um ótimo registro dos detalhes da avaliação do suicídio e pode ser anexado ao prontuário/registro do paciente em qualquer ambiente.^[93] 	variável

Diagnóstico diferencial

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Lesão autoprovocada	<ul style="list-style-type: none"> Lesão autoprovocada não associada a uma intenção implícita ou explícita de morrer. Exemplos de comportamentos de lesão autoprovocada incluem queimar-se/ cortar-se depois de um evento emocionalmente desagradável ou como um método de manipulação ou ameaça. 	<ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico clínico.

Abordagem passo a passo do tratamento

O planejamento do tratamento é determinado por vários fatores, incluindo grau de risco de suicídio, presença de um quadro clínico psiquiátrico associado e nível de apoio social disponível para o paciente afetado.

Primeiras etapas

Uma vez que a presença de risco de suicídio seja estabelecida, a ação imediata deve incluir a remoção do meio de suicídio e a garantia da segurança do paciente e dos outros, além do tratamento de qualquer transtorno psiquiátrico existente.^{[110] [111]}

Os pacientes que indicarem um alto grau de intenção suicida, tiverem planos específicos ou escolherem métodos com alta letalidade devem ser atribuídos a um nível de risco mais alto. A admissão no hospital ou a observação em um local seguro é geralmente indicada, embora possa não reduzir as tentativas subsequentes de lesão autoprovocada.^{2[C]Evidence} Os pacientes que apresentam psicose e/ou não têm o apoio social adequado também devem ser admitidos no hospital para o monitoramento continuado.^[112] Se o paciente recusar a admissão, ele pode ser admitido involuntariamente após os procedimentos legais presentes no local da prática. Os médicos devem estar familiarizados com as questões legais referentes à administração involuntária em sua jurisdição.

Um estudo mostrou que os pacientes que estão hospitalizados apresentam risco mais alto de morte por suicídio no início da admissão, como o declínio mais lento do risco nos pacientes com esquizofrenia.^[113] O suicídio em pacientes hospitalizados foi associado aos números de admissões, comportamento suicida prévio, ausência de apoio e supervisão, desesperança, história familiar de suicídio e presença de conflito familiar.^{[91] [113]} Embora comumente empregada, não existem ensaios clínicos randomizados e controlados que dão suporte à observação formal durante internação psiquiátrica para a prevenção de suicídio e lesão autoprovocada nessa população.^[114] Os achados qualitativos existentes não demonstram a correlação entre a observação formal e a prevenção de desfechos adversos do paciente.

O tratamento em ambulatório pode ser mais adequado para os pacientes com ideação suicida crônica, mas sem história de tentativas significativas prévias de suicídio. Para que o tratamento em ambulatório tenha sucesso, uma forte rede de apoio e o acesso fácil às instalações de ambulatórios são necessários.^{[112] 3[B]Evidence}

Qualquer lesão física associada a uma tentativa de suicídio atual deve ser tratada adequadamente.

Psicoterapia e intervenções psicossociais

A psicoterapia é considerada uma parte importante do processo de recuperação para a maioria dos pacientes com um alto risco de intenção suicida. No entanto, um estudo sobre a eficácia de uma intervenção de tratamento para o suicídio exigiria uma população de pacientes muito grande e um período de acompanhamento muito longo. Um estudo observou que nenhuma intervenção específica mostrou ter reduzido o suicídio.^[116] Portanto, a maioria dos tratamentos de intervenção para o suicídio são testados quanto à sua eficácia na prevenção da tentativa de suicídio.^[117] No entanto, essa é uma medida auxiliar para o suicídio. A maioria das pessoas não morre na primeira tentativa de suicídio, mas outras podem ser bem-sucedidas.

Em ensaios clínicos randomizados e controlados (ECRCs), as intervenções de terapia cognitivo-comportamental (TCC) para indivíduos que tentaram o suicídio se mostraram efetivas na redução de tentativas repetidas.^{[117] [118] 4[B]Evidence 5[B]Evidence} Particularmente interessante é a terapia comportamental dialética (TCD), uma intervenção intensiva e de longo prazo que apresenta uma combinação entre elementos comportamentais, cognitivos e de apoio desenvolvidos para tratar pacientes com transtorno de personalidade limítrofe. A TCD foi amplamente documentada e observou-se que reduz as tentativas suicidas entre os pacientes com comportamentos recentes suicidas e de lesão autoprovocada e transtorno de personalidade limítrofe.^[120] A TCD também foi mostrada como promissora para o uso entre adolescentes suicidas com traços de personalidade limítrofes.^[121] Não se sabe se a TCD tem um efeito semelhante de supressão do suicídio em outros transtornos mentais como depressão, transtorno bipolar, abuso de substâncias e esquizofrenia. Embora a TCD seja reservada para pacientes com um transtorno de personalidade subjacente ou características do mesmo, os candidatos para a TCC incluem pacientes com um transtorno psiquiátrico que responda à TCC (por exemplo, a depressão). A eficácia da psicoterapia, incluindo a TCC, na prevenção do suicídio em pacientes com depressão, não é conclusiva,^[122] apesar da percepção comum de eficácia. Uma metanálise dos efeitos da psicoterapia para depressão em adultos na ideação suicida e no risco de suicídio encontrou evidências insuficientes para dar suporte a psicoterapia como tratamento suficiente, embora tenha relatado um efeito significativo no sentimento de desesperança.^[123] Em um estudo com tamanho de amostra pequeno, a TCC fornecida a militares ativos em uma base militar dos EUA mostrou redução na ideação suicida e nas tentativas de suicídio.^[124] A aplicabilidade em outras populações ou em pessoas do serviço militar em outros contextos ainda não é conhecida. Um ensaio clínico randomizado e controlado avaliando uma intervenção psicoterapêutica desenvolvida especificamente para aplicação em serviços de saúde mental especializados com indivíduos apresentando risco ultra-alto de suicídio demonstrou resultados positivos em uma coorte pequena de pacientes acompanhados ao longo de um período de 2 anos.^[125]

Uma revisão de ECRCs de intervenções psicológicas e psicossociais após tentativas de suicídio observou que a terapia interpessoal psicodinâmica também pode ser efetiva para reduzir a ideação suicida, o comportamento habitual de lesão autoprovocada e as tentativas de suicídio entre os pacientes com transtorno de personalidade limítrofe.^[117] Essa revisão também enfatizou a importância da aliança terapêutica como um fator importante no sucesso de um programa, e a necessidade de auxílio para melhorar a adesão e a observância pelos pacientes, que nos cenários de cuidados rotineiros raramente excedem 40%.^[118] Na verdade, um estudo observou taxas de suicídio significativamente mais baixas entre um grupo de pacientes que recusou um tratamento adicional após o término do tratamento psiquiátrico de pacientes hospitalizados para um estado depressivo ou suicida, quando o contato pessoal regular por escrito foi mantido por 5 anos.^[126]

As intervenções comuns entre tratamentos psicológicos empiricamente suportados para os pacientes suicidas incluem: estrutura de tratamento clara; estratégia definida para manejar as crises suicidas; atenção focada no afeto; estilo ativo e participativo do terapeuta; uso de intervenções exploratórias e orientadas a mudanças.^[127]

Intervenções adicionais podem incluir um foco em desenvolver metas pessoais a longo prazo, identificar expectativas positivas e estender as perspectivas além do sofrimento imediato. As intervenções de grupos e apoios sociais também podem ajudar a reduzir o risco de suicídio.

Não existem evidências empíricas sobre a eficácia dos contratos de não lesão (acordos entre um paciente e um médico, no qual o paciente promete, geralmente por escrito, não infligir lesões

autoprovocadas) para reduzir a morte por suicídio ou as tentativas de suicídio.[128] Além disso, algumas evidências sugerem que esses contratos, na verdade, podem ter um impacto negativo.[128] Da mesma forma, não existem evidências de que intervenções enviadas em cartões postais pelo correio tenham um efeito benéfico no risco de suicídio em adolescentes.[129] O auxílio positivo para indivíduos após uma tentativa de suicídio, incluindo manejo de caso com intervenção na crise, treinamento para solução de problemas, suporte motivacional e assistência para comparecer às consultas marcadas, não apresentou nenhum efeito significativo em tentativas de suicídio subsequentes em comparação com o tratamento padrão.[130] Um estudo descobriu que o contato terapêutico sistemático após uma tentativa de autolesão aumentou as taxas de repetição.[131] Outro estudo descobriu que o uso de intervenções por cartões postais em associação com o tratamento habitual não diminuiu a repetição de episódios de autointoxicação.[132] Um ECRC dinamarquês não demonstrou impacto positivo de um programa assertivo de auxílio após tentativa de suicídio,[130] e uma metanálise de uma variedade de intervenções de contato breve não demonstrou desfechos significativos para nenhuma dessas intervenções.[133]

Com transtornos mentais existentes

A eliminação ou redução do grau da doença associada aos transtornos mentais deve, teoricamente, diminuir as taxas de suicídio. Foi mostrado na prática que isso é verdadeiro. Por exemplo, uma detecção melhor da depressão maior e a prescrição elevada de antidepressivos foram associadas a um declínio nas taxas de suicídio na Hungria e Suécia.[134] [135] [136] Da mesma forma, a redução da prescrição de inibidores seletivos de recaptção de serotonina (ISRSs) para tratar a depressão em jovens foi associada a um aumento na taxa de suicídio nos EUA, no Canadá e na Holanda.[137] [138]

Os transtornos psiquiátricos identificados devem ser tratados usando as melhores intervenções disponíveis e baseadas em evidências — farmacológicas ou psicológicas. Um estudo observou que, independentemente da intervenção usada, as tentativas de suicídio diminuíram depois do início do tratamento para depressão, em comparação com um mês antes de iniciar o tratamento.[59] Os dados mostram que a medição do risco (em oposição ao manejo do risco) não é muito útil para a predição do suicídio em longo prazo, e que a descontinuação do tratamento da saúde mental aumenta o risco de suicídio.[94] [95] Além dos dados que mostram que o tratamento efetivo de transtornos mentais diminui o risco de suicídio, um grande estudo longitudinal sueco de etiologia farmacológica baseado em registro usando um esquema intra-sujeitos mostrou que o tratamento farmacológico do TDAH diminui o comportamento suicida.[139]

A discussão a seguir destaca os tratamentos que foram observados como reduzindo os comportamentos suicidas e o suicídio cometido por pacientes com transtornos psiquiátricos.

A eficácia de longo prazo do tratamento com lítio para reduzir as tentativas de suicídio e os suicídios cometidos entre pacientes com transtornos bipolares e outros do humor (também pode ser útil no transtorno esquizoafetivo) está bem estabelecida.[6][B]Evidence [141] A supressão do tratamento com lítio pode ser associada a uma taxa elevada de suicídio.[142] Os pacientes que tentam o suicídio enquanto estão tomando lítio podem precisar de uma alteração no seu medicamento, devido à alta letalidade do lítio quando tomado em superdosagem. Os pacientes devem ser admitidos no hospital e ter os seus medicamentos revisados, considerando o uso de medicamentos antipsicóticos como clozapina ou um estabilizador do humor alternativo como o divalproato de sódio. Os relatórios sobre a eficácia relativa do divalproato de sódio na prevenção de tentativas de suicídio ou do suicídio cometido, em comparação com o lítio, são variados.[143] [144] O tratamento com divalproato de sódio não aumenta os eventos adversos relacionados ao suicídio.[145]

Em 2018, a European Medicines Agency recomendou que o valproato e seus análogos sejam contraindicados no transtorno bipolar durante a gravidez, em razão do risco de malformações congênitas e de problemas de desenvolvimento no lactente/criança.[146] Nos EUA, a prática padrão é a de que o valproato e seus análogos só sejam prescritos para o tratamento de episódios maníacos associados ao transtorno bipolar durante a gravidez se outros medicamentos alternativos não forem aceitáveis ou não forem eficazes. Tanto na Europa quanto nos EUA, o valproato e seus análogos não devem ser usados em pacientes do sexo feminino em idade fértil, a menos que exista um programa de prevenção da gravidez e certas condições sejam atendidas.[146]

Foi demonstrado que o tratamento com o antipsicótico atípico clozapina é significativamente mais efetivo que a olanzapina para prevenir tentativas de suicídio nos pacientes com esquizofrenia e transtornos esquizoafetivos em alto risco de suicídio.[147] Em 2003, a Food and Drug Administration (FDA) dos EUA aprovou a clozapina para a redução do risco de suicídio na esquizofrenia. Os medicamentos antipsicóticos que tratam a hostilidade, impulsividade e depressão, sem criar efeitos colaterais extrapiramidais, podem ser importantes para reduzir o risco relacionado de suicídio.[148]

O tratamento antidepressivo para transtorno depressivo maior é associado a uma redução substancial no risco de suicídio.[149] [150] 7[A]Evidence Antidepressivos comumente usados incluem fluoxetina, citalopram e sertralina (todos ISRSs). Esses 3 têm os melhores dados de vigilância pós-comercialização e todos são genéricos. Não há benefício terapêutico adicional significativo em usar ISRSs mais novos e mais caros. A fluoxetina e a paroxetina também foram estudadas em relação ao comportamento suicida em transtornos limítrofes e outros de personalidade, com resultados geralmente positivos.[150] Os ISRSs são uma escolha popular (particularmente por serem considerados seguros na superdosagem). No entanto, outros estudos demonstram que os antidepressivos como um grupo reduzem o risco de suicídio.[151] Em jovens, os comportamentos suicidas que surgem durante o tratamento com antidepressivos podem estar relacionados a uma dose de início mais elevada e ao rápido aumento da titulação.[152] Isso apoia a sugestão de que os médicos devem usar a abordagem de farmacoterapia "start low and go slow" (começar com pouco e aumentar aos poucos).

Permanece a controvérsia sobre o impacto proporcional e o potencial dos efeitos dos antidepressivos de promover suicídio em alguns jovens vulneráveis.[153] [154] Ainda assim, a maioria das análises mais recentes sustenta o achado de que, embora alguns pacientes possam desenvolver uma nova ideia suicida ou lesão autoprovocada durante tratamento com ISRS, em geral, ele diminui substancialmente as taxas e tentativas de suicídio nos jovens.[155] [156] 8[A]Evidence mas pode ter menos impacto sobre a redução do suicídio que o observado em adultos.[158] De acordo com uma declaração de consenso emitida pela World Psychiatric Association Section on Pharmacopsychiatry em 2008, "os antidepressivos, incluindo ISRSs, apresentam um pequeno risco de induzir pensamentos suicidas e tentativas de suicídio em faixas etárias abaixo de 25 anos de idade". No entanto, notam que "esse risco tem que ser equilibrado contra os conhecidos efeitos benéficos dos antidepressivos nos sintomas e outros, incluindo probabilidade de suicídio e comportamento suicida".[151] Várias metanálises e outros estudos chegaram à mesma conclusão,[158] [159] [160] [161] [162] além de criticar os reguladores pelo foco nos pensamentos suicidas, e não no suicídio concluído.[161] Iniciar o tratamento com ISRS em doses maiores pode ser um fator relacionado a um risco elevado de autolesão, então uma abordagem "começar por baixo" e "ir devagar" é clinicamente indicada.[152]

Uma revisão do tratamento agudo da ansiedade em pacientes deprimidos com sedativos/hipnóticos não revelou evidências de que seu uso, como adjuvante precoce ao tratamento antidepressivo, diminua o risco de suicídio.[163] Uma vez que existem evidências consideráveis de que os sedativos/hipnóticos

produzem efeitos depressivos e/ou desinibidores em uma pequena proporção de pessoas, os riscos em potencial da prescrição desse tipo de medicamento para pacientes deprimidos, que podem ser suicidas, são graves.[163] Consequentemente, pode ser melhor evitar os sedativos/hipnóticos em pacientes suicidas.

Com abuso de substâncias

Uma revisão não encontrou critérios empiricamente baseados para a admissão no hospital de pessoas suicidas e dependentes de bebidas alcoólicas.[164] Pacientes com abuso ou dependência de bebidas alcoólicas ou substâncias, que estejam apresentando ideação suicida ou mostraram comportamento suicida, devem receber atenção imediata e tratamentos específicos para a dependência química e/ou para qualquer transtorno comórbido.[164] Isso pode incluir tratamentos de desintoxicação ou voltados aos sintomas como ansiedade, agitação, insônia e ataques de pânico.[164] Isso também pode incluir o tratamento de transtornos do humor comórbidos, com antidepressivos como a fluoxetina.[165]

O encaminhamento a uma instituição de reabilitação apropriada deve ser considerado. As precauções ambientais habituais (por exemplo, remoção dos meios letais, monitoramento pela família e os amigos do paciente) também são recomendadas.

Pessoas que conviveram com uma morte por suicídio

O suicídio afeta uma rede de pessoas conectadas ao falecido, incluindo cônjuges, pais, irmãos, amigos e conhecidos, colegas de trabalho e profissionais da saúde. Apoio no luto deve ser oferecido a essas pessoas. O apoio no luto não diminui o risco de suicídio nas pessoas que sofreram a perda.[166]

Os serviços de posvenção do suicídio são voltados aos indivíduos pessoalmente afetados por um suicídio recente. A intenção dos programas de posvenção é ajudar no processo de luto e reduzir a incidência de contágio do suicídio por meio de apoio no luto para a perda e educação para os sobreviventes (definidos como pessoas doentes, incluindo família, amigos, colegas de classe, etc. que sejam afetados pela morte).

Foi mostrado que o fornecimento de auxílio para os sobreviventes da família na época do suicídio aumenta o uso dos serviços desenvolvidos para ajudar no processo de luto, quando comparado com a ausência de auxílio.[167] Além disso, foi mostrado que intervenções de grupos de apoio para luto (realizadas por facilitadores treinados), resultam em reduções positivas nas medições de sofrimento psíquico, como sintomas de depressão e ansiedade e experiências relacionadas ao luto.[168] [169] [170] [171] [172] [173] [174] No entanto, essa área exige estudo adicional, porque os efeitos diferem entre indivíduos e populações de sobreviventes, e os programas podem ter diferentes impactos com base no sexo (mães versus pais) e intensidade do sofrimento.[170]

Visão geral do tratamento

Por favor, atente-se que fórmulas, rotas e doses podem se diferenciar de acordo com nomes de medicamentos e marcas, formulários de medicamentos ou localizações. Recomendações de tratamentos são específicas para grupos de pacientes. [Ver aviso legal](#)

Agudo

(resumo)

pacientes com risco ou comportamento suicida

Agudo		(resumo)
	1a	hospitalização ou monitoramento no ambulatório
	adjunto	psicoterapia
	adjunto	intervenções psicossociais
	adjunto	tratamento da lesão física se houve tentativa de suicídio
■ com transtorno bipolar	mais	estabilizador do humor
■ com transtorno esquizoafetivo	mais	antipsicótico e/ou estabilizador do humor
■ com depressão	mais	inibidor seletivo de recaptação de serotonina (ISRS)
■ com transtorno de personalidade	mais	inibidor seletivo de recaptação de serotonina (ISRS)
■ com abuso de substâncias	mais	desintoxicação e monitoramento

Em curso		(resumo)
pessoas que conviveram com uma morte por suicídio		
	1a	apoio no luto

Opções de tratamento

Por favor, atente-se que fórmulas, rotas e doses podem se diferenciar de acordo com nomes de medicamentos e marcas, formulários de medicamentos ou localizações. Recomendações de tratamentos são específicas para grupos de pacientes. [Ver aviso legal](#)

Agudo

pacientes com risco ou comportamento suicida

1a

hospitalização ou monitoramento no ambulatório

- » A ação imediata deve incluir a remoção do meio de suicídio, a garantia da segurança do paciente e dos outros e o tratamento de qualquer transtorno psiquiátrico existente.^[110]^[111]
- » Os pacientes que indicarem um alto grau de intenção suicida, tiverem planos específicos ou escolherem métodos com alta letalidade devem ser atribuídos a um nível de risco mais alto.
- » É essencial determinar o ambiente apropriado do tratamento. A admissão no hospital ou a observação em um local seguro é geralmente indicada, embora possa não reduzir as tentativas subsequentes de lesão autoprovocada.^{2[C]Evidence} Os pacientes que apresentam psicose e/ou não têm o apoio social adequado também devem ser admitidos no hospital para o monitoramento continuado.^[112]
- » Na admissão, o paciente deve ser monitorado de acordo com o protocolo estabelecido para o suicídio, com níveis adequados de supervisão, e não deve ter acesso aos meios de lesão autoprovocada.
- » Se o paciente recusar a admissão, ele pode ser admitido involuntariamente após os procedimentos legais no local da prática. Os médicos devem estar familiarizados com as questões legais referentes à administração involuntária em sua jurisdição.
- » O tratamento em ambulatório pode ser mais adequado para pacientes com ideação suicida crônica, mas sem história de tentativas significativas prévias de suicídio. Para que o tratamento em ambulatório tenha sucesso, uma forte rede de apoio e o acesso fácil às instalações de ambulatórios são necessários.^[112]^{3[B]Evidence}
- » Se houver dúvidas quanto à capacidade do paciente para ficar seguro fora de uma

Agudo

adjunto

instituição para tratamento, é prudente fazer a admissão para uma avaliação, ou até que o ambiente do paciente possa ser avaliado de uma forma mais abrangente.

psicoterapia

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

» A psicoterapia é considerada uma parte importante do processo de recuperação para a maioria dos pacientes com um alto risco de intenção suicida. Nenhuma intervenção específica tem demonstrado reduzir o suicídio,^[116] e a maioria dos tratamentos de intervenção para o suicídio são testados quanto à sua eficácia na prevenção da tentativa de suicídio.^[117]

» Em estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs), a terapia cognitivo-comportamental (TCC) foi eficaz para reduzir tentativas repetidas de suicídio.^{[117] [118]} 4[B]Evidence 5[B]Evidence Os candidatos à TCC incluem os pacientes com um transtorno psiquiátrico responsivo à TCC (por exemplo, depressão).

» A terapia comportamental dialética (TCD) é uma intervenção intensiva e de longo prazo que apresenta uma combinação entre elementos comportamentais, cognitivos e de apoio desenvolvidos para tratar pacientes com transtorno de personalidade limítrofe.

» A TCD reduz as tentativas suicidas entre os pacientes com comportamentos recentes suicidas e de lesão autoprovocada e transtorno de personalidade limítrofe.^[120] A TCD também é promissora para o uso entre adolescentes suicidas com traços de personalidade limítrofes.^[121]

adjunto

intervenções psicossociais

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Uma revisão de ECRCs de intervenções psicológicas e psicossociais após tentativas de suicídio observou que a terapia interpessoal psicodinâmica também pode ser efetiva para reduzir a ideação suicida, o comportamento habitual de lesão autoprovocada e as tentativas de suicídio entre os pacientes com transtorno de personalidade limítrofe.^[117] Essa revisão também enfatizou a importância da aliança terapêutica como um fator importante no sucesso de um programa, e a necessidade de

Agudo

auxílio para melhorar a adesão e a observância pelos pacientes, que nos cenários de cuidados rotineiros raramente excedem 40%.^[118]

» Intervenções adicionais podem incluir o foco em desenvolver metas pessoais a longo prazo, identificar expectativas positivas e estender as perspectivas além do sofrimento imediato.

» Intervenções de grupos e apoios sociais também podem ajudar a reduzir o risco de suicídio.

» A terapia de grupo estruturada baseada na solução de problemas não demonstrou sucesso em pacientes que praticam autolesão.^[175]

adjunto

tratamento da lesão física se houve tentativa de suicídio

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Qualquer lesão física associada a uma tentativa de suicídio atual deve ser tratada adequadamente.

■ com transtorno bipolar

mais

estabilizador do humor

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **lítio**: 300 mg por via oral duas vezes ao dia inicialmente, aumentar a dose de acordo com a resposta, máximo de 1800 mg/dia em 3-4 doses fracionadas

Opções secundárias

» **clozapina**: 12.5 mg por via oral uma ou duas vezes ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 25-50 mg/dia a cada 3-7 dias de acordo com a resposta, máximo de 900 mg/dia

OU

» **divalproato de sódio**: 750 mg/dia por via oral inicialmente administrados em 2-3 doses fracionadas, aumentar de acordo com a resposta e o nível sérico do medicamento, máximo de 60 mg/kg/dia
Nível sérico alvo: 80-100 microgramas/mL.

» A eficácia de longo prazo do lítio para reduzir as tentativas de suicídio e os suicídios cometidos entre pacientes com transtornos

Agudo

bipolares e outros do humor está bem estabelecida.^[6]^[B]^[Evidence] ^[141]

» A supressão do tratamento com lítio pode ser associada a uma taxa elevada de suicídio.^[142]

» Os pacientes que tentam o suicídio enquanto estão tomando lítio podem precisar de uma alteração no seu medicamento, devido à alta letalidade do lítio quando tomado em superdosagem.

» Os pacientes devem ser admitidos no hospital e ter os seus medicamentos revisados, considerando o uso de medicamentos antipsicóticos como clozapina ou um estabilizador do humor alternativo como o divalproato de sódio. Os relatórios sobre a eficácia relativa do divalproato de sódio na prevenção de tentativas de suicídio ou do suicídio cometido, em comparação com o lítio, são variados.^[143] ^[144] O tratamento com divalproato de sódio não aumenta os eventos adversos relacionados ao suicídio.^[145]

» Em 2018, a European Medicines Agency recomendou que o valproato e seus análogos sejam contraindicados no transtorno bipolar durante a gravidez, em razão do risco de malformações congênicas e de problemas de desenvolvimento no lactente/criança.^[146] Nos EUA, a prática padrão é a de que o valproato e seus análogos só sejam prescritos para o tratamento de episódios maníacos associados ao transtorno bipolar durante a gravidez se outros medicamentos alternativos não forem aceitáveis ou não forem eficazes. Tanto na Europa quanto nos EUA, o valproato e seus análogos não devem ser usados em pacientes do sexo feminino em idade fértil, a menos que exista um programa de prevenção da gravidez e certas condições sejam atendidas.^[146]

» Embora não exista uma contraindicação absoluta para combinar inibidores seletivos de recaptação de serotonina (ISRSs) com o lítio (por exemplo, se o paciente for bipolar com depressão aguda), pode haver um pequeno aumento do risco de efeitos adversos, incluindo a síndrome serotoninérgica. Embora exista um pequeno risco de induzir um ciclo rápido se um antidepressivo sozinho for prescrito no transtorno bipolar, esse risco é reduzido se o antidepressivo for prescrito em combinação com o lítio ou um antipsicótico. Portanto, é necessário cuidado se houver história de ciclos rápidos, e tratamentos alternativos como a TCC e a terapia de luz devem ser considerados. Se

Agudo

com transtorno esquizoafetivo

mais

um antidepressivo for prescrito, isso deve ser feito como parte de uma terapia combinada, o paciente deve ser informado dos riscos e receber instruções explícitas sobre os sintomas que indicam a necessidade de uma consulta médica imediata e o acompanhamento físico regular (por telefone ou pessoalmente) deve ser continuado por até 6 meses.

antipsicótico e/ou estabilizador do humor

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **clozapina:** 12.5 mg por via oral uma ou duas vezes ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 25-50 mg/dia a cada 3-7 dias de acordo com a resposta, máximo de 900 mg/dia

-e/ou-

» **lítio:** 300 mg por via oral duas vezes ao dia inicialmente, aumentar a dose de acordo com a resposta, máximo de 1800 mg/dia em 3-4 doses fracionadas

» A eficácia de longo prazo do lítio para reduzir as tentativas de suicídio e os suicídios cometidos entre pacientes com transtornos bipolares e outros do humor, incluindo o transtorno esquizoafetivo, é bem estabelecida.[6\[B\]Evidence \[141\]](#)

» A supressão do tratamento com lítio pode ser associada a uma taxa elevada de suicídio.[\[142\]](#)

» Um estudo observou que o tratamento com o antipsicótico atípico clozapina é significativamente mais eficaz que a olanzapina para prevenir tentativas de suicídio nos pacientes com esquizofrenia e transtornos esquizoafetivos em alto risco de suicídio.[\[147\]](#)

» Os medicamentos antipsicóticos que tratam a hostilidade, impulsividade e depressão, sem criar efeitos adversos extrapiramidais, podem ser importantes para reduzir o risco relacionado de suicídio.[\[148\]](#)

com depressão

mais

inibidor seletivo de recaptação de serotonina (ISRS)

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **fluoxetina:** 10 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos

Agudo

de 10 mg/dia em intervalos semanais de acordo com a resposta, máximo de 80 mg/dia

OU

» **citalopram**: 20 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar de acordo com a resposta, máximo de 40 mg/dia

OU

» **sertralina**: 50 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar de acordo com a resposta, máximo de 200 mg/dia

» O tratamento antidepressivo para transtorno depressivo maior é associado a uma redução substancial no risco de suicídio.[\[149\]](#) [\[150\]](#) [\[158\]](#) [\[159\]](#) [\[160\]](#) [\[161\]](#) [\[162\]](#) 7[A]Evidence

» Antidepressivos comumente usados incluem fluoxetina, citalopram e sertralina (todos ISRSs). Esses 3 têm os melhores dados de vigilância pós-comercialização e todos são genéricos. Não há benefício terapêutico adicional significativo em usar ISRSs mais novos e mais caros. Os ISRSs são uma escolha popular (particularmente por serem considerados seguros na superdosagem). No entanto, os antidepressivos como um grupo reduzem o risco de suicídio.[\[151\]](#)

» Permanece a controvérsia sobre o impacto proporcional e o potencial dos efeitos dos antidepressivos de promover suicídio em alguns jovens vulneráveis.[\[153\]](#) [\[154\]](#) [\[158\]](#) [\[176\]](#) Ainda assim, análises mais recentes suportam o achado de que, embora alguns pacientes possam desenvolver uma nova ideia suicida ou lesão autoprovocada no tratamento com ISRS, em geral ele diminui substancialmente as taxas de suicídio em jovens,[\[155\]](#) [\[156\]](#) 8[A]Evidence mas pode ter menos impacto sobre a redução do suicídio que o observado em adultos.[\[158\]](#) Em jovens, os comportamentos suicidas que surgem durante o tratamento com antidepressivos podem estar relacionados à dose de início mais elevada e ao rápido aumento da titulação.[\[152\]](#) Isso apoia a sugestão de que os médicos devem usar a abordagem de farmacoterapia "start low and go slow" (começar com pouco e aumentar aos poucos).

» A discussão sobre antidepressivos limitou-se aos que, de acordo com as observações,

Agudo

■ com transtorno de personalidade

mais

reduzem os comportamentos suicidas entre pacientes com depressão.

» Existem evidências consideráveis de que os sedativos/hipnóticos produzem efeitos depressivos e/ou desinibidores em uma pequena proporção de pessoas.[163] Portanto, é melhor evitar os sedativos/hipnóticos em pacientes suicidas.

inibidor seletivo de recaptação de serotonina (ISRS)

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **fluoxetina**: 10 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 10 mg/dia em intervalos semanais de acordo com a resposta, máximo de 80 mg/dia

OU

» **paroxetina**: 20 mg por via oral inicialmente uma vez ao dia (liberação regular); aumentar de acordo com a resposta, máximo de 50 mg/dia

» A fluoxetina e a paroxetina foram estudadas em relação ao comportamento suicida em transtornos limítrofes e outros de personalidade, com resultados geralmente positivos.[150]

■ com abuso de substâncias

mais

desintoxicação e monitoramento

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Não existem critérios empiricamente baseados para a admissão no hospital de pacientes suicidas e dependentes de bebidas alcoólicas.[164]

» Pacientes com abuso ou dependência de bebidas alcoólicas ou substâncias, que estejam apresentando ideação suicida ou mostraram comportamento suicida devem receber atenção imediata e tratamentos específicos para a dependência química e/ou para qualquer transtorno comórbido.[164] Isso pode incluir tratamentos de desintoxicação ou voltados aos sintomas como ansiedade, agitação, insônia e ataques de pânico.[164] Isso também pode incluir o tratamento de transtornos do humor comórbidos, com antidepressivos como a fluoxetina.[165]

Agudo

» O encaminhamento a uma instituição de reabilitação apropriada deve ser considerado.

» As precauções ambientais habituais (por exemplo, remoção dos meios letais, monitoramento pela família e os amigos do paciente) também são recomendadas.

Em curso

peças que conviveram com uma morte por suicídio

1a apoio no luto

» Os serviços de posvenção do suicídio são voltados aos indivíduos pessoalmente afetados por um suicídio recente. A intenção dos programas de posvenção é ajudar no processo de luto e reduzir a incidência de contágio do suicídio por meio de apoio no luto para a perda e educação para os sobreviventes (definidos como pessoas doentes, incluindo família, amigos, colegas de classe, etc. que sejam afetados pela morte).

» Foi mostrado que o fornecimento de auxílio para os sobreviventes da família na época do suicídio aumenta o uso dos serviços desenvolvidos para ajudar no processo de luto, quando comparado com a ausência de auxílio.^[167] Além disso, foi mostrado que intervenções de grupos de apoio para luto (realizadas por facilitadores treinados), resultam em reduções positivas nas medições de sofrimento psíquico, como sintomas de depressão e ansiedade e experiências relacionadas ao luto.^{[168] [169] [170] [171] [172] [173] [174]} No entanto, essa área requer estudo adicional, porque os efeitos diferem entre indivíduos e populações de sobreviventes, e os programas podem ter diferentes impactos com base no sexo (mães versus pais) e gravidade do sofrimento.^[170]

» O apoio no luto não diminui o risco de suicídio nas pessoas que sofreram a perda.^[166]

Recomendações

Monitoramento

Os pacientes que tentaram suicídio devem ser monitorados, em visitas regulares, quanto ao aumento do risco.¹⁰^[A]^{Evidence} A avaliação contínua do risco de suicídio e o manejo do risco de suicídio fazem parte dos cuidados clínicos de rotina de qualquer paciente com um transtorno mental. O uso do Roteiro para Avaliação do Risco de Suicídio (TASR; uma ferramenta usada pelo médico no ambiente clínico para determinar a probabilidade do risco de suicídio iminente) é uma abordagem clinicamente apropriada a esta questão. O manejo do risco de suicídio é um processo em curso durante o tratamento de qualquer indivíduo que apresente um transtorno mental. As ferramentas não podem medir ou prever o risco de suicídio; podem apenas ajudar a informar os médicos, para que eles possam manejar melhor o risco. A adesão aos tratamentos (medicamentos, psicoterapia) é essencial e também deve ser estreitamente monitorada.

ROTEIRO PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE SUICÍDIO (TASR)

PERFIL DE RISCO INDIVIDUAL:	SIM	NÃO
Demografia: Idade/sexo (na maioria das jurisdições: >65/15-35 anos; M>F); cultura; status socioeconômico		
História familiar: Suicídio, comportamentos suicidas, transtorno psiquiátrico		
Diagnóstico psiquiátrico no passado/presente: Humor, ansiedade, psicose, álcool/drogas; transtornos de personalidade		
Condição clínica: Crônica, incapacitante, estigmatizante		
Apoios sociais insuficientes: Morar sozinho, isolamento, rede social insatisfatória, relacionamentos doentios		
Problemas domésticos: Violência/abuso, fim de relacionamento, conflitos, pressão, ambiente familiar disfuncional		
Baixa tolerância ao estresse: Níveis baixos de enfrentamento, autocontrole, capacidade de tomar decisões e solucionar problemas		
Comportamentos suicidas no passado: Tentativas de suicídio, tentativas abortadas, lesões autoprovocadas		
Abuso no passado/presente: Abuso/violência recente ou atual; história de abuso na infância		
Exposição ao suicídio: Direto/indireto - amigos, família, comunidade, cultura, meios sociais		
PERFIL DE RISCO DOS SINTOMAS:	SIM	NÃO
Depressão/distoria		
Desesperança		
Anedonia intensa		
Emoção intensa: Ansiedade/pânico; vergonha; humilhação; culpa; raiva; isolamento/solidão		
Isolamento: Supressão emocional, falta de envolvimento, falta de comunicatividade		
Sensação intensa de autorreprovação/inutilidade		
Raciocínio comprometido: Inflexibilidade; julgamento/solução de problemas/tomada de decisão insatisfatórios		
Autocontrole insatisfatório: Impulsividade; regulação insatisfatória de emoções e comportamentos; violência/agressividade		
Psicose: *Alucinações de comando		
Uso problemático de álcool/drogas		
PERFIL DE RISCO DA ENTREVISTA:	SIM	NÃO
Ideação suicida: Frequência, intensidade, duração, persistência		
Intenção suicida: Grau de ambivalência e expectativa/empenho em morrer		
Plano suicida: Método, letalidade, preparação		
Tendência ao suicídio ocultada: Sinais de alerta; dicas verbais/não verbais; colaterais; "intuição clínica"		
Tentativa de suicídio no passado: Número, fator desencadeante, contexto, método, letalidade, consequências		
Acesso a meios letais: Disponibilidade e acessibilidade a métodos letais mais comuns		
Consumo ou intoxicação recentes com álcool/drogas		
Fator desencadeante suicida: Crise/conflito/perda recente, em evolução ou previsto; vitimização; trauma		
Problema insolúvel: Não consegue ver solução/incapaz ou não está disposto a procurar alternativas		
Estado intolerável: Estado ou circunstância emocional/psicológico/físico insuportável		
AMENIZADORES DO RISCO:		
Motivos para viver		
Forças internas para manejar o risco		
Forças externas para manejar o risco		

NÍVEL DE RISCO IMEDIATO DE SUICÍDIO: ☐ ALTO ☐ MODERADO ☐ BAIXO

Roteiro para Avaliação do Risco de Suicídio

De Chehil S, Kutcher SP. Suicide risk management: a manual for health professionals. (2nd ed). Chichester: Wiley-Blackwell; 2012

As pesquisas sobre a lesão autoprovocada não suicida, e sua relação com o suicídio, tentam destacar algumas áreas de importância clínica para profissionais que trabalham com pacientes com lesões autoprovocadas. Isso inclui a necessidade de monitorar a ideação suicida, os níveis de sintomas depressivos e os sentimentos de apatia, porque podem ser marcadores do risco elevado de tentativa de suicídio.

Instruções ao paciente

Os pacientes que são enviados para casa com um apoio responsável devem receber cartões de contato com o nome e o telefone de um atendente para crise, para o qual podem telefonar se a situação piorar. Um cartão semelhante deve ser fornecido para a pessoa que apoia o paciente em casa. Além disso, o paciente e seus apoios devem ser aconselhados a proteger o ambiente da residência, limitando o acesso a meios potencialmente letais (por exemplo, as armas devem ser retiradas, os comprimidos trancados).

Os pacientes também devem ser incentivados a participarem ativamente do estabelecimento e cumprimento das metas do tratamento.

A morte por suicídio afeta uma rede de pessoas conectadas ao falecido, incluindo cônjuges, pais, irmãos, amigos e conhecidos, colega de trabalho e profissionais da saúde. Essas pessoas devem ser aconselhadas a procurarem apoio no luto.

Recursos online disponíveis:

[\[Samaritans\]](#)

[\[Teen Mental Health\]](#)

No caso das mulheres em idade fértil, o tratamento com valproato não deve ser iniciado, a menos que tratamentos alternativos não sejam adequados; as mulheres em idade fértil devem seguir um programa de prevenção da gravidez durante o tratamento com medicamentos com valproato. Para os países da União Europeia (UE), a European Medicines Agency declara que tal programa deve incluir:^[146]

- uma avaliação do potencial da paciente para engravidar;
- testes de gravidez antes de iniciar e durante o tratamento, conforme necessário;
- aconselhamento sobre os riscos do tratamento com valproato e a necessidade de contracepção eficaz durante todo o tratamento;
- uma revisão do tratamento em curso por um especialista pelo menos uma vez ao ano; e
- um formulário de reconhecimento dos riscos ao qual pacientes e prescritores terão acesso em cada uma dessas revisões anuais para confirmar que o aconselhamento apropriado foi dado e compreendido.

Complicações

Complicações	Período de execução	Probabilidade
morte por suicídio	curto prazo	média
<p>Embora as estatísticas mostrem que a maioria dos pacientes que tentam se suicidar sobrevivem à tentativa, uma porcentagem significativa morre por suicídio.[177] Um bom desfecho depende da identificação precoce do comportamento suicida e de medidas terapêuticas e de apoio adequadas.</p> <p>O suicídio afeta uma rede de pessoas conectadas ao falecido, incluindo cônjuges, pais, irmãos, amigos e conhecidos, colegas de trabalho e profissionais da saúde.</p> <p>Embora o luto sofrido pelas pessoas que conviveram com um suicídio tenha muitas características semelhantes ao luto apresentado por outras pessoas que sofrem perdas, ele tem algumas características exclusivas, incluindo sensações de vergonha, autorrecreminação e busca perpétua de um significado.[12] 9[A]Evidence</p> <p>Os profissionais da saúde mental que perdem um paciente para o suicídio podem sentir luto, raiva, culpa, choque, dúvidas sobre suas capacidades e medo de serem culpados pelos outros.[179] Depois da reação inicial, eles podem passar por um período de sensação de uma perda profunda, tristeza, isolamento e vergonha.[179]</p> <p>Em um estudo sobre terapeutas cujos pacientes morreram por suicídio, um terço deles apresentou sofrimento intenso, considerado ser associado a 4 fatores: falha por não ter internado um paciente iminentemente suicida, que depois morreu; uma decisão do tratamento que o terapeuta considera ter contribuído para o suicídio; reações negativas da instituição do terapeuta; e medo de ser processado pelos parentes do paciente.[180] Com frequência, as experiências dos aprendizes são especialmente traumáticas, particularmente se eles acharem que não foram adequadamente treinados para lidar com um paciente suicida, ou que não foram suficientemente apoiados pela sua instituição.[12]</p> <p>Os serviços de posvenção do suicídio são voltados aos indivíduos pessoalmente afetados por um suicídio recente. A intenção dos programas de posvenção é ajudar no processo de luto e reduzir a incidência de contágio do suicídio por meio de apoio no luto para a perda e educação para os sobreviventes (definidos como pessoas doentes, incluindo família, amigos, colegas de classe, etc. que sejam afetados pela morte).</p>		

Prognóstico

Uma proporção significativa das pessoas que tentam o suicídio consegue cometê-lo em certo momento, geralmente no mesmo ano da tentativa inicial.[177] Além disso, quanto mais alto o número de tentativas de suicídio ao longo da vida, maior a probabilidade de morte por suicídio. Em geral, entretanto, as estatísticas mostram que a maioria das pessoas que tentam o suicídio não acabam morrendo dessa forma.[177] No entanto, esse fato não deve desviar o médico da seriedade de um paciente que mostra comportamento suicida.

Diretrizes de diagnóstico

Europa

Clinical guide: assessment of suicide risk in people with depression

Publicado por: Centre for Suicide Research, University of Oxford

Última publicação em:
2013

América do Norte

VA/DoD clinical practice guideline for assessment and management of patients at risk for suicide

Publicado por: Department of Veterans Affairs; Department of Defense

Última publicação em:
2013

Assessment and treatment of patients with suicidal behaviors

Publicado por: American Psychiatric Association

Última publicação em:
2003

Guidelines for identification, assessment and treatment planning for suicidality

Publicado por: Risk Management Foundation, Harvard Medical Institutions

Última publicação em:
2002 (reviewed in 2014)

Oceania

The assessment and management of people at risk of suicide

Publicado por: New Zealand Guidelines Group

Última publicação em:
2003

Diretrizes de tratamento

Europa

Preventing suicide in community and custodial settings

Publicado por: National Institute for Health and Care Excellence

Última publicação em:
2018

Bipolar disorder: assessment and management

Publicado por: National Institute for Health and Care Excellence

Última publicação em:
2018

Europa

Self-harm, suicide and risk: helping people who self-harm

Publicado por: Royal College of Psychiatrists

Última publicação em:
2010

Post-traumatic stress disorder: management

Publicado por: National Institute for Health and Care Excellence

Última publicação em:
2005

Self-harm in over 8s: short-term management and prevention of recurrence

Publicado por: National Institute for Health and Care Excellence

Última publicação em:
2004

Internacional

WHO mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings

Publicado por: WHO Mental Health Gap Action Programme (mhGAP)

Última publicação em:
2016

América do Norte

VA/DoD clinical practice guideline for assessment and management of patients at risk for suicide

Publicado por: Department of Veterans Affairs; Department of Defense

Última publicação em:
2013

Assessment and treatment of patients with suicidal behaviors

Publicado por: American Psychiatric Association

Última publicação em:
2003

Guidelines for identification, assessment and treatment planning for suicidality

Publicado por: Risk Management Foundation, Harvard Medical Institutions

Última publicação em:
2002 (reviewed 2014)

Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior

Publicado por: American Academy of Child and Adolescent Psychiatry

Última publicação em:
2001

Oceania

Preventing suicide: guidance for emergency departments

Publicado por: New Zealand Ministry of Health

Última publicação em:
2016

The assessment and management of people at risk of suicide

Publicado por: New Zealand Guidelines Group

Última publicação em:
2003

Recursos online

1. [Tool for Assessment of Suicide Risk for Adolescents \(TASR-A\)](#) (*external link*)
2. [Samaritans](#) (*external link*)
3. [Teen Mental Health](#) (*external link*)

Nível de evidência

1. Risco de morte por suicídio: existem evidências de qualidade moderada, na forma de uma metanálise de estudos de autópsia psicológica, de que os transtornos relacionados a substâncias (razão de chances 5.24, IC de 95% 3.30 a 8.31) e os transtornos do humor (razão de chances 13.42, IC de 95% 8.05 a 22.37) foram fortemente associados a um risco elevado de morte por suicídio.^[44]
Nível de evidência B: Estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes, ECRCs de >200 participantes com falhas metodológicas, revisões sistemáticas (RSs) com falhas metodológicas ou estudos observacionais (coorte) de boa qualidade.
2. Repetição da lesão autoprovoçada deliberada: existem evidências de baixa qualidade de que a internação hospitalar por cerca de 17 horas, em comparação com a alta imediata, parece não ser mais eficaz na redução da proporção de pessoas que repetem a lesão autoprovoçada deliberada em 16 semanas.
Nível de evidência C: Estudos observacionais (coorte) de baixa qualidade ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes com falhas metodológicas.
3. Melhora dos sintomas: existem evidências de qualidade moderada de que o tratamento em hospital-dia pode resultar em uma maior redução dos sintomas de pacientes com níveis mais altos de ideação suicida que o tratamento durante a noite na alta.^[115]
Nível de evidência B: Estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes, ECRCs de >200 participantes com falhas metodológicas, revisões sistemáticas (RSs) com falhas metodológicas ou estudos observacionais (coorte) de boa qualidade.
4. Repetição de lesão autoprovoçada deliberada: existem evidências de qualidade moderada de que a terapia cognitiva associada ao tratamento usual (atendimento dos médicos da comunidade, serviços de rastreamento e encaminhamento dos gerentes de caso do estudo), em comparação com apenas o tratamento usual, parece ser mais eficaz para reduzir a incidência de lesão autoprovoçada deliberada e reduzir as tentativas de suicídio em 6 a 18 meses, em adultos com história recente de lesão autoprovoçada.
Nível de evidência B: Estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes, ECRCs de >200 participantes com falhas metodológicas, revisões sistemáticas (RSs) com falhas metodológicas ou estudos observacionais (coorte) de boa qualidade.
5. Redução do comportamento suicida: existem evidências de qualidade moderada, na forma de uma revisão sistemática e metanálise, de que a terapia cognitivo-comportamental (TCC) apresentou um efeito altamente significativo na redução do comportamento suicida.^[119] Além disso, as evidências mostram que a TCC parece eficaz nas populações adultas mas não tanto nos adolescentes, é eficaz se fornecida para pacientes individuais mas não para grupos, e é eficaz quando diretamente focada na redução de algum aspecto do comportamento suicida, mas não em outros sintomas (como depressão ou sofrimento).^[119]

Nível de evidência B: Estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes, ECRCs de >200 participantes com falhas metodológicas, revisões sistemáticas (RSs) com falhas metodológicas ou estudos observacionais (coorte) de boa qualidade.

6. Redução do risco de suicídio e tentativa de suicídio: existem evidências de qualidade moderada, na forma de uma metanálise, de que a redução do risco de suicídio e de tentativas de suicídio foi acima de 80% em uma média de 18 meses, entre pacientes que usam lítio para tratamento de transtorno bipolar ou outro transtorno afetivo significativo.[\[140\]](#)

Nível de evidência B: Estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes, ECRCs de >200 participantes com falhas metodológicas, revisões sistemáticas (RSs) com falhas metodológicas ou estudos observacionais (coorte) de boa qualidade.

7. Redução do risco de suicídio: existem evidências de alta qualidade de que o uso de um inibidor seletivo de recaptção de serotonina (ISRS) para tratar pacientes com depressão e traços suicidas causa uma redução na ideação suicida e na mortalidade, em comparação com o placebo ou um comparador ativo.[\[150\]](#)

Nível de evidência A: Revisões sistemáticas (RSs) ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de >200 participantes.

8. Segurança de antidepressivos em adolescentes: existem evidências de alta qualidade de que a maioria dos eventos suicidas entre adolescentes ocorre no contexto da depressão persistente e da melhora insuficiente do sintoma, sem evidências da ativação comportamental induzida pelo medicamento como um precursor.[\[157\]](#)

Nível de evidência A: Revisões sistemáticas (RSs) ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de >200 participantes.

9. Efeito do suicídio nas pessoas que conviveram com o fato: existem evidências de alta qualidade, na forma de uma revisão sistemática de estudos controlados, mostrando que não há diferenças significativas entre as pessoas que sofreram uma perda por um suicídio e as que sofreram uma perda de outras maneiras, com respeito à saúde mental geral, depressão, sintomas de TEPT, ansiedade ou comportamento suicida.[\[178\]](#)

Nível de evidência A: Revisões sistemáticas (RSs) ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de >200 participantes.

10. Redução na morte por suicídio: existem evidências de alta qualidade, na forma de um ensaio clínico randomizado e controlado multicêntrico sobre uma breve sessão de informações combinada com o contato sistemático de longo prazo, entre as pessoas que compareceram ao pronto-socorro por tentativas de suicídio, mostrando mortes subsequentes por suicídio significativamente menos numerosas no grupo de tratamento, que no grupo do tratamento usual no acompanhamento de 18 meses.[\[181\]](#)

Nível de evidência A: Revisões sistemáticas (RSs) ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de >200 participantes.

Artigos principais

- Mann JJ, Apter A, Bertolote J, et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. JAMA. 2005 Oct 26;294(16):2064-74. [Resumo](#)
- Anguiano L, Mayer DK, Piven ML, et al. A literature review of suicide in cancer patients. Cancer Nurs. 2012 Jul-Aug;35(4):E14-26. [Resumo](#)
- Gould MS, Greenberg T, Velting DM, et al. Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2003 Apr;42(4):386-405. [Resumo](#)
- Beautrais A, Fergusson D, Coggan C, et al. Effective strategies for suicide prevention in New Zealand: a review of the evidence. N Z Med J. 2007 Mar 23;120(1251):U2459. [Resumo](#)
- Crawford MJ, Thana L, Methuen C, et al. Impact of screening for risk of suicide: randomised controlled trial. Br J Psychiatry. 2011 May;198(5):379-84. [Texto completo](#) [Resumo](#)
- Gibbons RD, Hur K, Bhaumik DK, et al. The relationship between antidepressant medication use and rate of suicide. Arch Gen Psychiatry. 2005 Feb;62(2):165-72. [Texto completo](#) [Resumo](#)
- Almeida OP, Pirkis J, Kerse N, et al. A randomized trial to reduce the prevalence of depression and self-harm behavior in older primary care patients. Ann Fam Med. 2012 Jul-Aug;10(4):347-56. [Texto completo](#) [Resumo](#)
- Large M, Smith G, Sharma S, et al. Systematic review and meta-analysis of the clinical factors associated with the suicide of psychiatric in-patients. Acta Psychiatr Scand. 2011 Jul;124(1):18-29. [Resumo](#)
- Chan MK, Bhatti H, Meader N, et al. Predicting suicide following self-harm: systematic review of risk factors and risk scales. Br J Psychiatry. 2016 Oct;209(4):277-83. [Resumo](#)
- Large M, Sharma S, Cannon E, et al. Risk factors for suicide within a year of discharge from psychiatric hospital: a systematic meta-analysis. Aust N Z J Psychiatry. 2011 Aug;45(8):619-28. [Resumo](#)
- Mann JJ. A current perspective of suicide and attempted suicide. Ann Intern Med. 2002 Feb 19;136(4):302-11. [Resumo](#)
- Hepp U, Wittmann L, Schnyder U, et al. Psychological and psychosocial interventions after attempted suicide: an overview of treatment studies. Crisis. 2004;25(3):108-17. [Resumo](#)
- van der Sande R, Buskens E, Allart E, et al. Psychosocial intervention following suicide attempt: a systematic review of treatment interventions. Acta Psychiatr Scand. 1997 Jul;96(1):43-50. [Resumo](#)
- Morthorst B, Krogh J, Erlangsen A, et al. Effect of assertive outreach after suicide attempt in the AID (assertive intervention for deliberate self harm) trial: randomised controlled trial. BMJ. 2012 Aug 22;345:e4972. [Texto completo](#) [Resumo](#)

- Cipriani A, Hawton K, Stockton S, et al. Lithium in the prevention of suicide in mood disorders: updated systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2013 Jun 27;346:f3646. [Texto completo](#) [Resumo](#)
- Aguilar EJ, Siris SG, Aguilar EJ, et al. Do antipsychotic drugs influence suicidal behavior in schizophrenia? *Psychopharmacol Bull*. 2007;40(3):128-42. [Resumo](#)
- Ernst CL, Goldberg JF. Antisuicide properties of psychotropic drugs: a critical review. *Harv Rev Psychiatry*. 2004 Jan-Feb;12(1):14-41. [Resumo](#)
- Miller M, Swanson SA, Azrael D, et al. Antidepressant dose, age, and the risk of deliberate self-harm. *JAMA Intern Med*. 2014 Jun;174(6):899-909. [Resumo](#)
- Gibbons RD, Brown CH, Hur K, et al. Suicidal thoughts and behavior with antidepressant treatment: reanalysis of the randomized placebo-controlled studies of fluoxetine and venlafaxine. *Arch Gen Psychiatry*. 2012 Jun;69(6):580-7. [Texto completo](#) [Resumo](#)
- Rucci P, Frank E, Scocco P, et al. Treatment-emergent suicidal ideation during 4 months of acute management of unipolar major depression with SSRI pharmacotherapy or interpersonal psychotherapy in a randomized clinical trial. *Depress Anxiety*. 2011 Apr;28(4):303-9. [Texto completo](#) [Resumo](#)
- Gibbons RD, Mann JJ, Gibbons RD, et al. Strategies for quantifying the relationship between medications and suicidal behaviour: what has been learned? *Drug Saf*. 2011 May 1;34(5):375-95. [Resumo](#)

Referências

1. Tollefsen IM, Hem E, Ekeberg O, et al. The reliability of suicide statistics: a systematic review. *BMC Psychiatry*. 2012 Feb 14;12:9. [Texto completo](#) [Resumo](#)
2. Centers for Disease Control and Prevention. Suicide: facts at a glance. 2015 [internet publication]. [Texto completo](#)
3. Langlois S, Morrison P. Suicide deaths and suicide attempts. *Health Rep*. 2002;13(2):9-22. [Texto completo](#) [Resumo](#)
4. Geulayov G, Casey D, McDonald KC, et al. Incidence of suicide, hospital-presenting non-fatal self-harm, and community-occurring non-fatal self-harm in adolescents in England (the iceberg model of self-harm): a retrospective study. *Lancet Psychiatry*. 2018 Feb;5(2):167-74. [Resumo](#)
5. Olfson M, Wall M, Wang S, et al. Suicide after deliberate self-harm in adolescents and young adults. *Pediatrics*. 2018 Apr;141(4). pii: e20173517. [Texto completo](#) [Resumo](#)
6. Mercado MC, Holland K, Leemis RW, et al. Trends in emergency department visits for nonfatal self-inflicted injuries among youth aged 10 to 24 years in the United States, 2001-2015. *JAMA*. 2017 Nov 21;318(19):1931-3. [Resumo](#)

7. Caputi TL, Smith D, Ayers JW. Suicide risk behaviors among sexual minority adolescents in the United States, 2015. JAMA. 2017 Dec 19;318(23):2349-51. [Resumo](#)
8. Fazel S, Cartwright J, Norman-Nott A, et al. Suicide in prisoners: a systematic review of risk factors. J Clin Psychiatry. 2008 Nov;69(11):1721-31. [Resumo](#)
9. World Health Organization. Global Health Observatory (GHO) data: mental health statistical reports. 2014 [internet publication]. [Texto completo](#)
10. Kutcher SP, Szumilas M. Youth suicide prevention. CMAJ. 2008 Jan 29;178(3):282-5. [Texto completo](#) [Resumo](#)
11. Vijayakumar L. Suicide prevention: the urgent need in developing countries. World Psychiatry. 2004 Oct;3(3):158-9. [Texto completo](#) [Resumo](#)
12. Sakinofsky I. The aftermath of suicide: managing survivors' bereavement. Can J Psychiatry. 2007 Jun;52(6 suppl 1):129S-36S. [Resumo](#)
13. Crosby AE, Sacks JJ. Exposure to suicide: incidence and association with suicidal ideation and behavior: United States, 1994. Suicide Life Threat Behav. 2002 Fall;32(3):321-8. [Resumo](#)
14. Mann JJ, Apter A, Bertolote J, et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. JAMA. 2005 Oct 26;294(16):2064-74. [Resumo](#)
15. Barraclough B, Bunch J, Nelson B, et al. A hundred cases of suicide: clinical aspects. Br J Psychiatry. 1974 Oct;125(0):355-73. [Resumo](#)
16. Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders: a meta-analysis. Br J Psychiatry. 1997 Mar;170:205-28. [Resumo](#)
17. McGirr A, Renaud J, Seguin M, et al. Course of major depressive disorder and suicide outcome: a psychological autopsy study. J Clin Psychiatry. 2008 Jun;69(6):966-70. [Resumo](#)
18. Anguiano L, Mayer DK, Piven ML, et al. A literature review of suicide in cancer patients. Cancer Nurs. 2012 Jul-Aug;35(4):E14-26. [Resumo](#)
19. Harris EC, Barraclough BM. Suicide as an outcome for medical disorders. Medicine (Baltimore). 1994 Nov;73(6):281-96. [Resumo](#)
20. Pompili M, Forte A, Palermo M, et al. Suicide risk in multiple sclerosis: a systematic review of current literature. J Psychosom Res. 2012 Dec;73(6):411-7. [Resumo](#)
21. Pompili M, Venturini P, Campi S, et al. Do stroke patients have an increased risk of developing suicidal ideation or dying by suicide? An overview of the current literature. CNS Neurosci Ther. 2012 Sep;18(9):711-21. [Texto completo](#) [Resumo](#)
22. Pigeon WR, Piquart M, Conner K. Meta-analysis of sleep disturbance and suicidal thoughts and behaviors. J Clin Psychiatry. 2012 Sep;73(9):e1160-7. [Resumo](#)

23. Breitbart W, Rosenfeld B, Pessin H, et al. Depression, hopelessness, and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer. *JAMA*. 2000 Dec 13;284(22):2907-11. [Texto completo](#) [Resumo](#)
24. Goodwin RD, Marusic A, Hoven CW. Suicide attempts in the United States: the role of physical illness. *Soc Sci Med*. 2003 Apr;56(8):1783-8. [Resumo](#)
25. Druss B, Pincus H. Suicidal ideation and suicide attempts in general medical illnesses. *Arch Intern Med*. 2000 May 22;160(10):1522-6. [Texto completo](#) [Resumo](#)
26. Langille DB, Curtis L, Hughes J, et al. Association of socio-economic factors with health risk behaviours among high school students in rural Nova Scotia. *Can J Public Health*. 2003 Nov-Dec;94(6):442-7. [Resumo](#)
27. Gould MS, Greenberg T, Velting DM, et al. Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2003 Apr;42(4):386-405. [Resumo](#)
28. Geulayov G, Gunnell D, Holmen TL, et al. The association of parental fatal and non-fatal suicidal behaviour with offspring suicidal behaviour and depression: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med*. 2012 Aug;42(8):1567-80. [Resumo](#)
29. Lester D. Sexual orientation and suicidal behavior. *Psychol Rep*. 2006 Dec;99(3):923-4. [Resumo](#)
30. University of Manchester. National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide by People with Mental Illness (NCISH) report: suicide by children and young people. July 2017 [internet publication]. [Texto completo](#)
31. Konrad N, Daigle MS, Daniel AE, et al. International Association for Suicide Prevention Task Force on Suicide in Prisons. Preventing suicide in prisons, part I. Recommendations from the International Association for Suicide Prevention Task Force on Suicide in Prisons. *Crisis*. 2007;28(3):113-21. [Resumo](#)
32. Meltzer H, Griffiths C, Brock A, et al. Patterns of suicide by occupation in England and Wales: 2001-2005. *Br J Psychiatry*. 2008 Jul;193(1):73-6. [Resumo](#)
33. Gallagher LM, Kliem C, Beautrais AL, et al. Suicide and occupation in New Zealand, 2001-2005. *Int J Occup Environ Health*. 2008 Jan-Mar;14(1):45-50. [Resumo](#)
34. Dahlberg LL, Ikeda RM, Kresnow MJ. Guns in the home and risk of a violent death in the home: findings from a national study. *Am J Epidemiol*. 2004 Nov 15;160(10):929-36. [Texto completo](#) [Resumo](#)
35. Elnour AA, Harrison J. Lethality of suicide methods. *Inj Prev*. 2008 Feb;14(1):39-45. [Texto completo](#) [Resumo](#)
36. Tidamalm D, Runeson B, Waern M, et al. Familial clustering of suicide risk: a total population study of 11.4 million individuals. *Psychol Med*. 2011 Dec;41(12):2527-34. [Texto completo](#) [Resumo](#)
37. Mann JJ. Neurobiology of suicidal behavior. *Nat Rev Neurosci*. 2003 Oct;4(10):819-28. [Resumo](#)

38. Currier D, Mann JJ. Stress, genes and the biology of suicidal behavior. *Psychiatr Clin North Am*. 2008 Jun;31(2):247-69. [Texto completo](#) [Resumo](#)
39. Grangeon MC, Seixas C, Quarantini LC, et al. White matter hyperintensities and their association with suicidality in major affective disorders: a meta-analysis of magnetic resonance imaging studies. *CNS Spectr*. 2010 Jun;15(6):375-81. [Texto completo](#) [Resumo](#)
40. Van Heeringen K. Functional brain imaging in suicidal patients. *Psychiatr Danub*. 2010 Nov;22(suppl 1):S161. [Resumo](#)
41. Powell J, Geddes J, Hawton K, et al. Suicide in psychiatric hospital in-patients: risk factors and their predictive power. *Br J Psychiatry*. 2000 Mar;176:266-72. [Texto completo](#) [Resumo](#)
42. Olfson M, Wall M, Wang S, et al. Suicide following deliberate self-harm. *Am J Psychiatry*. 2017 Aug 1;174(8):765-74. [Resumo](#)
43. Morgan C, Webb RT, Carr MJ, et al. Incidence, clinical management, and mortality risk following self harm among children and adolescents: cohort study in primary care. *BMJ*. 2017 Oct 18;359:j4351. [Texto completo](#) [Resumo](#)
44. Yoshimasu K, Kiyohara C, Miyashita K; The Stress Research Group of the Japanese Society for Hygiene. Suicidal risk factors and completed suicide: meta-analyses based on psychological autopsy studies. *Environ Health Prev Med*. 2008 Sep;13(5):243-56. [Texto completo](#) [Resumo](#)
45. Baumert J, Erazo N, Ruf E, et al. Time trends in suicide mortality vary in choice of methods: an analysis of 145,865 fatal suicide cases in Germany 1991-2002. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2008 Nov;43(11):913-9. [Resumo](#)
46. Varnik A, Kolves K, van der Feltz-Cornelis CM, et al. Suicide methods in Europe: a gender-specific analysis of countries participating in the "European Alliance Against Depression". *J Epidemiol Community Health*. 2008 Jun;62(6):545-51. [Texto completo](#) [Resumo](#)
47. Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, et al. Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: findings from the Adverse Childhood Experiences Study. *JAMA*. 2001 Dec 26;286(24):3089-96. [Texto completo](#) [Resumo](#)
48. Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, et al. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*. 2012;9(11):e1001349. [Texto completo](#) [Resumo](#)
49. Qin P, Agerbo E, Mortensen PB. Suicide risk in relation to family history of completed suicide and psychiatric disorders: a nested case-control study based on longitudinal registers. *Lancet*. 2002 Oct 12;360(9340):1126-30. [Resumo](#)
50. Qin P, Agerbo E, Mortensen PB. Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric, and familial factors: a national register-based study of all suicides in Denmark, 1981-1997. *Am J Psychiatry*. 2003 Apr;160(4):765-72. [Texto completo](#) [Resumo](#)

51. Kposowa AJ. Marital status and suicide in the National Longitudinal Mortality Study. *J Epidemiol Community Health*. 2000 Apr;54(4):254-61. [Texto completo](#) [Resumo](#)
52. Masocco M, Pompili M, Vichi M, et al. Suicide and marital status in Italy. *Psychiatr Q*. 2008 Dec;79(4):275-85. [Resumo](#)
53. Tamosiunas A, Reklaitiene R, Radisauskas R, et al. Prognosis of risk factors and trends in mortality from external causes among middle-aged men in Lithuania. *Scand J Public Health*. 2005;33(3):190-6. [Resumo](#)
54. Agerbo E, Gunnell D, Bonde JP, et al. Suicide and occupation: the impact of socio-economic, demographic and psychiatric differences. *Psychol Med*. 2007 Aug;37(8):1131-40. [Resumo](#)
55. Beautrais A, Fergusson D, Coggan C, et al. Effective strategies for suicide prevention in New Zealand: a review of the evidence. *N Z Med J*. 2007 Mar 23;120(1251):U2459. [Resumo](#)
56. Crawford MJ, Thana L, Methuen C, et al. Impact of screening for risk of suicide: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2011 May;198(5):379-84. [Texto completo](#) [Resumo](#)
57. van der Feltz-Cornelis CM, Sarchiapone M, Postuvan V, et al. Best practice elements of multilevel suicide prevention strategies: a review of systematic reviews. *Crisis*. 2011;32(6):319-33. [Texto completo](#) [Resumo](#)
58. Szanto K, Kalmar S, Hendin H, et al. A suicide prevention program in a region with a very high suicide rate. *Arch Gen Psychiatry*. 2007 Aug;64(8):914-20. [Texto completo](#) [Resumo](#)
59. Simon GE, Savarino J. Suicide attempts among patients starting depression treatment with medications or psychotherapy. *Am J Psychiatry*. 2007 Jul;164(7):1029-34. [Texto completo](#) [Resumo](#)
60. Olfson M, Shaffer D, Marcus SC, et al. Relationship between antidepressant medication treatment and suicide in adolescents. *Arch Gen Psychiatry*. 2003 Oct;60(10):978-82. [Texto completo](#) [Resumo](#)
61. Gibbons RD, Hur K, Bhaumik DK, et al. The relationship between antidepressant medication use and rate of suicide. *Arch Gen Psychiatry*. 2005 Feb;62(2):165-72. [Texto completo](#) [Resumo](#)
62. Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *Am J Psychiatry*. 2002 Jun;159(6):909-16. [Texto completo](#) [Resumo](#)
63. Ritter K, Stompe T, Voracek M, et al. Suicide risk-related knowledge and attitudes of general practitioners. *Wien Klin Wochenschr*. 2002 Aug 30;114(15-16):685-90. [Resumo](#)
64. Milton J, Ferguson B, Mills T. Risk assessment and suicide prevention in primary care. *Crisis*. 1999;20(4):171-7. [Resumo](#)
65. Rihmer Z, Rutz W, Pihlgren H. Depression and suicide on Gotland: an intensive study of all suicides before and after a depression-training programme for general practitioners. *J Affect Disord*. 1995 Dec 18;35(4):147-52. [Resumo](#)

66. Henriksson S, Isacson G. Increased antidepressant use and fewer suicides in Jamtland county, Sweden, after a primary care educational programme on the treatment of depression. *Acta Psychiatr Scand*. 2006 Sep;114(3):159-67. [Resumo](#)
67. World Health Organization. Integrating mental health into primary care: a global perspective. Geneva, Switzerland: WHO; 2008. [Texto completo](#)
68. Newton AS, Hamm MP, Bethell J, et al. Pediatric suicide-related presentations: a systematic review of mental health care in the emergency department. *Ann Emerg Med*. 2010 Dec;56(6):649-59. [Texto completo](#) [Resumo](#)
69. Alexopoulos GS, Reynolds CF 3rd, Bruce ML, et al; PROSPECT Group. Reducing suicidal ideation and depression in older primary care patients: 24-month outcomes of the PROSPECT study. *Am J Psychiatry*. 2009 Aug;166(8):882-90. [Texto completo](#) [Resumo](#)
70. Almeida OP, Pirkis J, Kerse N, et al. A randomized trial to reduce the prevalence of depression and self-harm behavior in older primary care patients. *Ann Fam Med*. 2012 Jul-Aug;10(4):347-56. [Texto completo](#) [Resumo](#)
71. Miller IW, Camargo CA Jr, Arias SA, et al; ED-SAFE Investigators. Suicide prevention in an emergency department population: the ED-SAFE study. *JAMA Psychiatry*. 2017 Jun 1;74(6):563-70. [Texto completo](#) [Resumo](#)
72. Knox KL, Litts DA, Talcott GW, et al. Risk of suicide and related adverse outcomes after exposure to a suicide prevention programme in the US Air Force: cohort study. *BMJ*. 2003 Dec 13;327(7428):1376. [Texto completo](#) [Resumo](#)
73. Isaac M, Elias B, Katz LY, et al. Swampy Cree Suicide Prevention Team. Gatekeeper training as a preventative intervention for suicide: a systematic review. *Can J Psychiatry*. 2009 Apr;54(4):260-8. [Resumo](#)
74. Bagley SC, Munjas B, Shekelle P, et al. A systematic review of suicide prevention programs for military or veterans. *Suicide Life Threat Behav*. 2010 Jun;40(3):257-65. [Resumo](#)
75. Walrath C, Garraza LG, Reid H, et al. Impact of the Garrett Lee Smith youth suicide prevention program on suicide mortality. *Am J Public Health*. 2015 May;105(5):986-93. [Texto completo](#) [Resumo](#)
76. Crowley P, Kilroe J, Burke S. Youth suicide prevention: evidence briefing. Dublin, Republic of Ireland: Institute of Public Health in Ireland; 2004.
77. Beautrais AL. Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. *Aust N Z J Psychiatry*. 2000 Jun;34(3):420-36. [Resumo](#)
78. Cusimano MD, Sameem M, Cusimano MD, et al. The effectiveness of middle and high school-based suicide prevention programmes for adolescents: a systematic review. *Inj Prev*. 2011 Feb;17(1):43-9. [Resumo](#)
79. Aseltine RH Jr, DeMartino R. An outcome evaluation of the SOS Suicide Prevention Program. *Am J Public Health*. 2004 Mar;94(3):446-51. [Texto completo](#) [Resumo](#)

80. Kutcher S, Wei Y, Behzadi P. School- and community-based youth suicide prevention interventions: hot idea, hot air, or sham? *Can J Psychiatry*. 2017 Jun;62(6):381-7. [Texto completo](#) [Resumo](#)
81. Lewis MW, Lewis AC. Peer helping programs: helper role, supervisor training, and suicidal behavior. *J Couns Dev*. 1996;74:307-13.
82. Hazell P, Lewin T. An evaluation of postvention following adolescent suicide. *Suicide Life Threat Behav*. 1993 Summer;23(2):101-9. [Resumo](#)
83. Wasserman D, Hoven CW, Wasserman C, et al. School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial. *Lancet*. 2015 Apr 18;385(9977):1536-44. [Resumo](#)
84. Rodgers PL, Sudak HS, Silverman MM, et al. Evidence-based practices project for suicide prevention. *Suicide Life Threat Behav*. 2007 Apr;37(2):154-64. [Resumo](#)
85. Etzersdorfer E, Sonneck G. Preventing suicide by influencing mass-media reporting: the Viennese experience 1980-1996. *Arch Suicide Res*. 1998;4:67-74.
86. Sisask M, Varnik A, Sisask M, et al. Media roles in suicide prevention: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2012 Jan;9(1):123-38. [Texto completo](#) [Resumo](#)
87. Gould MS, Kalafat J, Harrismunfakh JL, et al. An evaluation of crisis hotline outcomes. Part 2: suicidal callers. *Suicide Life Threat Behav*. 2007 Jun;37(3):338-52. [Resumo](#)
88. Klimes-Dougan B, Yuan C, Lee S, et al. Suicide prevention with adolescents: considering potential benefits and untoward effects of public service announcements. *Crisis*. 2009;30(3):128-35. [Resumo](#)
89. Guo B, Harstall C. Efficacy of suicide prevention programs for children and youth. Health technology assessment HTA26: Series A. Edmonton, Canada: Alberta Heritage Foundation for Medical Research; 2002. [Texto completo](#)
90. Sarchiapone M, Mandelli L, Iosue M, et al. Controlling access to suicide means. *Int J Environ Res Public Health*. 2011 Dec;8(12):4550-62. [Texto completo](#) [Resumo](#)
91. Large M, Smith G, Sharma S, et al. Systematic review and meta-analysis of the clinical factors associated with the suicide of psychiatric in-patients. *Acta Psychiatr Scand*. 2011 Jul;124(1):18-29. [Resumo](#)
92. Chan MK, Bhatti H, Meader N, et al. Predicting suicide following self-harm: systematic review of risk factors and risk scales. *Br J Psychiatry*. 2016 Oct;209(4):277-83. [Resumo](#)
93. Chehil S, Kutcher SP. Suicide risk management: a manual for health professionals. 2nd ed. Chichester: Wiley-Blackwell, 2012.
94. Hor K, Taylor M, Hor K, et al. Suicide and schizophrenia: a systematic review of rates and risk factors. *J Psychopharmacol*. 2010 Nov;24(4 suppl):81-90. [Texto completo](#) [Resumo](#)

95. Large M, Sharma S, Cannon E, et al. Risk factors for suicide within a year of discharge from psychiatric hospital: a systematic meta-analysis. *Aust N Z J Psychiatry*. 2011 Aug;45(8):619-28. [Resumo](#)
96. Mulder R. Problems with suicide risk assessment. *Aust N Z J Psychiatry*. 2011 Aug;45(8):605-7. [Resumo](#)
97. Rudd MD. Suicide warning signs in clinical practice. *Curr Psychiatry Rep*. 2008 Feb;10(1):87-90. [Resumo](#)
98. Novick DM, Swartz HA, Frank E. Suicide attempts in bipolar I and bipolar II disorder: a review and meta-analysis of the evidence. *Bipolar Disord*. 2010 Feb;12(1):1-9. [Texto completo](#) [Resumo](#)
99. Giannini MJ, Bergmark B, Kreshover S, et al. Understanding suicide and disability through three major disabling conditions: intellectual disability, spinal cord injury, and multiple sclerosis. *Disabil Health J*. 2010 Apr;3(2):74-8. [Resumo](#)
100. Nimeus A, Alsen M, Traskman-Bendz L. The suicide assessment scale: an instrument assessing suicide risk of suicide attempters. *Eur Psychiatry*. 2000;15:416-423. [Resumo](#)
101. Harriss L, Hawton K. Suicidal intent in deliberate self-harm and the risk of suicide: the predictive power of the Suicide Intent Scale. *J Affect Disord*. 2005;86:225-233. [Resumo](#)
102. Cochrane-Brink KA, Lofchy JS, Sakinofsky I. Clinical rating scales in suicide risk assessment. *Gen Hosp Psychiatry*. 2000;22:445-451. [Resumo](#)
103. Pena JB, Caine ED. Screening as an approach for adolescent suicide prevention. *Suicide Life Threat Behav*. 2006;36:614-637. [Resumo](#)
104. Fujisawa D, Tanaka E, Sakamoto S, et al. The development of a brief screening instrument for depression and suicidal ideation for elderly: the Depression and Suicide Screen. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2005;59:634-638. [Resumo](#)
105. Shaffer D, Scott M, Wilcox H, et al. The Columbia Suicide Screen: validity and reliability of a screen for youth suicide and depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004;43:71-79. [Resumo](#)
106. Reynolds WM. A school-based procedure for the identification of adolescents at risk for suicidal behaviour. *Fam Community Health*. 1991;14:64-75.
107. Horowitz LM, Wang PS, Koocher GP, et al. Detecting suicide risk in a pediatric emergency department: development of a brief screening tool. *Pediatrics*. 2001;107:1133-1137. [Resumo](#)
108. Thompson EA, Eggert LL. Using the suicide risk screen to identify suicidal adolescents among potential high school dropouts. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999;38:1506-1514. [Resumo](#)
109. Gaynes BN, West SL, Ford CA, et al. Screening for suicide risk in adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2004;140:822-835. [Texto completo](#) [Resumo](#)

110. Hirschfeld RM, Russell JM. Assessment and treatment of suicidal patients. *N Engl J Med*. 1997 Sep 25;337(13):910-5. [Resumo](#)
111. Mann JJ. A current perspective of suicide and attempted suicide. *Ann Intern Med*. 2002 Feb 19;136(4):302-11. [Resumo](#)
112. American Psychiatric Association. Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. November 2003 [internet publication]. [Texto completo](#)
113. Bowers L, Banda T, Nijman H. Suicide inside: a systematic review of inpatient suicides. *J Nerv Ment Dis*. 2010 May;198(5):315-28. [Resumo](#)
114. Manna M. Effectiveness of formal observation in inpatient psychiatry in preventing adverse outcomes: the state of the science. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2010 Apr;17(3):268-73. [Resumo](#)
115. National Institute for Health and Care Excellence. Self-harm in over 8s: short-term management and prevention of recurrence. July 2004 [internet publication]. [Texto completo](#)
116. Gunnell D, Frankel S. Prevention of suicide: aspirations and evidence. *BMJ*. 1994 May 7;308(6938):1227-33. [Texto completo](#) [Resumo](#)
117. Hepp U, Wittmann L, Schnyder U, et al. Psychological and psychosocial interventions after attempted suicide: an overview of treatment studies. *Crisis*. 2004;25(3):108-17. [Resumo](#)
118. van der Sande R, Buskens E, Allart E, et al. Psychosocial intervention following suicide attempt: a systematic review of treatment interventions. *Acta Psychiatr Scand*. 1997 Jul;96(1):43-50. [Resumo](#)
119. Tarrier N, Taylor K, Gooding P. Cognitive-behavioral interventions to reduce suicide behavior: a systematic review and meta-analysis. *Behav Modif*. 2008 Jan;32(1):77-108. [Resumo](#)
120. Linehan MM, Comtois KA, Murray AM, et al. Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2006 Jul;63(7):757-66. [Texto completo](#) [Resumo](#)
121. Rathus JH, Miller AL. Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. *Suicide Life Threat Behav*. 2002 Summer;32(2):146-57. [Resumo](#)
122. Robinson J, Hetrick SE, Martin C, et al. Preventing suicide in young people: systematic review. *Aust N Z J Psychiatry*. 2011 Jan;45(1):3-26. [Resumo](#)
123. Cuijpers P, de Beurs DP, van Spijker BA, et al. The effects of psychotherapy for adult depression on suicidality and hopelessness: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2013 Jan 25;144(3):183-90. [Texto completo](#) [Resumo](#)
124. Rudd MD, Bryan CJ, Wertenberger EG, et al. Brief cognitive-behavioral therapy effects on post-treatment suicide attempts in a military sample: results of a randomized clinical trial with 2-year follow-up. *Am J Psychiatry*. 2015 May;172(5):441-9. [Texto completo](#) [Resumo](#)

125. Gysin-Maillart A, Schwab S, Soravia L, et al. A novel brief therapy for patients who attempt suicide: a 24-months follow-up randomized controlled study of the attempted suicide short intervention program (ASSIP). *PLoS Med.* 2016 Mar 1;13(3):e1001968. [Texto completo](#) [Resumo](#)
126. Motto JA, Bostrom AG. A randomized controlled trial of postcrisis suicide prevention. *Psychiatr Serv.* 2001 Jun;52(6):828-33. [Texto completo](#) [Resumo](#)
127. Weinberg I, Ronningstam E, Goldblatt MJ, et al. Strategies in treatment of suicidality: identification of common and treatment-specific interventions in empirically supported treatment manuals. *J Clin Psychiatry.* 2010 Jun;71(6):699-706. [Resumo](#)
128. Lewis LM. No-harm contracts: a review of what we know. *Suicide Life Threat Behav.* 2007 Feb;37(1):50-7. [Resumo](#)
129. Robinson JY, Jorm AM. Can receipt of a regular postcard reduce suicide-related behaviour in young help seekers? A randomized controlled trial. *Early Interv Psychiatry.* 2012 May;6(2):145-52. [Resumo](#)
130. Morthorst B, Krogh J, Erlangsen A, et al. Effect of assertive outreach after suicide attempt in the AID (assertive intervention for deliberate self harm) trial: randomised controlled trial. *BMJ.* 2012 Aug 22;345:e4972. [Texto completo](#) [Resumo](#)
131. Kapur N, Gunnell D, Hawton K, et al. Messages from Manchester: pilot randomised controlled trial following self-harm. *Br J Psychiatry.* 2013 Jul;203(1):73-4. [Texto completo](#) [Resumo](#)
132. Carter GL, Clover K, Whyte IM, et al. Postcards from the EDge: 5-year outcomes of a randomised controlled trial for hospital-treated self-poisoning. *Br J Psychiatry.* 2013 May;202(5):372-80. [Texto completo](#) [Resumo](#)
133. Milner AJ, Carter G, Pirkis J, et al. Letters, green cards, telephone calls and postcards: systematic and meta-analytic review of brief contact interventions for reducing self-harm, suicide attempts and suicide. *Br J Psychiatry.* 2015 Mar;206(3):184-90. [Texto completo](#) [Resumo](#)
134. Rihmer Z, Barsi J, Veg K, et al. Suicide rates in Hungary correlate negatively with reported rates of depression. *J Affect Disord.* 1990 Oct;20(2):87-91. [Resumo](#)
135. Rutz W, von Knorring L, Walinder J. Long-term effects of an educational program for general practitioners given by the Swedish Committee for the Prevention and Treatment of Depression. *Acta Psychiatr Scand.* 1992 Jan;85(1):83-8. [Resumo](#)
136. Isacson G, Rich CL. Antidepressant drug use and suicide prevention. *Int Rev Psychiatry.* 2005 Jun;17(3):153-62. [Resumo](#)
137. Gibbons RD, Hur K, Bhaumik DK, et al. The relationship between antidepressant prescription rates and rate of early adolescent suicide. *Am J Psychiatry.* 2006 Nov;163(11):1898-904. [Texto completo](#) [Resumo](#)
138. Katz LY, Kozyrskyj AL, Prior HJ, et al. Effect of regulatory warnings on antidepressant prescription rates, use of health services and outcomes among children, adolescents and young adults. *CMAJ.* 2008 Apr 8;178(8):1005-11. [Texto completo](#) [Resumo](#)

139. Chen Q, Sjolander A, Runeson B, et al. Drug treatment for attention-deficit/hyperactivity disorder and suicidal behaviour: register based study. *BMJ*. 2014 Jun 18;348:g3769. [Texto completo](#) [Resumo](#)
140. Baldessarini RJ, Tondo L, Davis P, et al. Decreased risk of suicides and attempts during long-term lithium treatment: a meta-analytic review. *Bipolar Disord*. 2006 Oct;8(5 Pt 2):625-39. [Texto completo](#) [Resumo](#)
141. Cipriani A, Hawton K, Stockton S, et al. Lithium in the prevention of suicide in mood disorders: updated systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2013 Jun 27;346:f3646. [Texto completo](#) [Resumo](#)
142. Baldessarini RJ, Tondo L, Viguera AC. Discontinuing lithium maintenance treatment in bipolar disorders: risks and implications. *Bipolar Disord*. 1999 Sep;1(1):17-24. [Resumo](#)
143. Yerevanian BI, Koek RJ, Mintz J. Bipolar pharmacotherapy and suicidal behavior. Part I: Lithium, divalproex and carbamazepine. *J Affect Disord*. 2007 Nov;103(1-3):5-11. [Resumo](#)
144. Collins JC, McFarland BH. Divalproex, lithium and suicide among Medicaid patients with bipolar disorder. *J Affect Disord*. 2008 Apr;107(1-3):23-8. [Resumo](#)
145. Redden LP, Saltarelli M. Suicidality and divalproex sodium: analysis of controlled studies in multiple indications. *Ann Gen Psychiatry*. 2011 Jan 18;10(1):1. [Texto completo](#) [Resumo](#)
146. European Medicines Agency. New measures to avoid valproate exposure in pregnancy endorsed. March 2018 [internet publication]. [Texto completo](#)
147. Meltzer HY, Alphas L, Green AI, et al. Clozapine treatment for suicidality in schizophrenia: International Suicide Prevention Trial (InterSePT). *Arch Gen Psychiatry*. 2003 Jan;60(1):82-91. [Texto completo](#) [Resumo](#)
148. Aguilar EJ, Siris SG, Aguilar EJ, et al. Do antipsychotic drugs influence suicidal behavior in schizophrenia? *Psychopharmacol Bull*. 2007;40(3):128-42. [Resumo](#)
149. Perroud N, Uher R, Marusic A, et al. Suicidal ideation during treatment of depression with escitalopram and nortriptyline in genome-based therapeutic drugs for depression (GENDEP): a clinical trial. *BMC Med*. 2009 Oct 15;7:60. [Texto completo](#) [Resumo](#)
150. Ernst CL, Goldberg JF. Antisuicide properties of psychotropic drugs: a critical review. *Harv Rev Psychiatry*. 2004 Jan-Feb;12(1):14-41. [Resumo](#)
151. Moller HJ, Baldwin DS, Goodwin G, et al. Do SSRIs or antidepressants in general increase suicidality? WPA Section on Pharmacopsychiatry: consensus statement. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2008 Aug;258(suppl 3):3-23. [Resumo](#)
152. Miller M, Swanson SA, Azrael D, et al. Antidepressant dose, age, and the risk of deliberate self-harm. *JAMA Intern Med*. 2014 Jun;174(6):899-909. [Resumo](#)
153. Kraus JE, Horrigan JP, Carpenter DJ, et al. Clinical features of patients with treatment-emergent suicidal behavior following initiation of paroxetine therapy. *J Affect Disord*. 2010 Jan;120(1-3):40-7. [Resumo](#)

154. Tourian KA, Padmanabhan K, Groark J, et al. Retrospective analysis of suicidality in patients treated with the antidepressant desvenlafaxine. *J Clin Psychopharmacol*. 2010 Aug;30(4):411-6. [Resumo](#)
155. Kutcher S, Gardner DM. Use of selective serotonin reuptake inhibitors and youth suicide: making sense from a confusing story. *Curr Opin Psychiatry*. 2008 Jan;21(1):65-9. [Resumo](#)
156. Brent DA. Selective serotonin reuptake inhibitors and suicidality: a guide for the perplexed. *Can J Psychiatry*. 2009 Feb;54(2):72-4;discussion 75. [Texto completo](#) [Resumo](#)
157. Vitiello B, Silva SG, Rohde P, et al. Suicidal events in the Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS). *J Clin Psychiatry*. 2009 Apr 21;70(5):741-7. [Texto completo](#) [Resumo](#)
158. Gibbons RD, Brown CH, Hur K, et al. Suicidal thoughts and behavior with antidepressant treatment: reanalysis of the randomized placebo-controlled studies of fluoxetine and venlafaxine. *Arch Gen Psychiatry*. 2012 Jun;69(6):580-7. [Texto completo](#) [Resumo](#)
159. Rucci P, Frank E, Scocco P, et al. Treatment-emergent suicidal ideation during 4 months of acute management of unipolar major depression with SSRI pharmacotherapy or interpersonal psychotherapy in a randomized clinical trial. *Depress Anxiety*. 2011 Apr;28(4):303-9. [Texto completo](#) [Resumo](#)
160. Carpenter DJ, Fong R, Kraus JE, et al. Meta-analysis of efficacy and treatment-emergent suicidality in adults by psychiatric indication and age subgroup following initiation of paroxetine therapy: a complete set of randomized placebo-controlled trials. *J Clin Psychiatry*. 2011 Nov;72(11):1503-14. [Resumo](#)
161. Gibbons RD, Mann JJ, Gibbons RD, et al. Strategies for quantifying the relationship between medications and suicidal behaviour: what has been learned? *Drug Saf*. 2011 May 1;34(5):375-95. [Resumo](#)
162. Wightman DSF. Meta-analysis of suicidality in placebo-controlled clinical trials of adults taking bupropion. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2010;12(5). [Texto completo](#) [Resumo](#)
163. Youssef NA, Rich CL. Does acute treatment with sedatives/hypnotics for anxiety in depressed patients affect suicide risk? A literature review. *Ann Clin Psychiatry*. 2008 Jul-Sep;20(3):157-69. [Resumo](#)
164. Modesto-Lowe V, Brooks D, Ghani M. Alcohol dependence and suicidal behavior: from research to clinical challenges. *Harv Rev Psychiatry*. 2006 Sep-Oct;14(5):241-8. [Resumo](#)
165. Cornelius JR, Clark DB, Salloum IM, et al. Interventions in suicidal alcoholics. *Alcohol Clin Exp Res*. 2004 May;28(suppl 5):S89-96. [Resumo](#)
166. Szumilas M, Kutcher S. Post-suicide intervention programs: a systematic review. *Can J Public Health*. 2011 Jan-Feb;102(1):18-29. [Resumo](#)
167. Cerel J, Campbell FR. Suicide survivors seeking mental health services: a preliminary examination of the role of an active postvention model. *Suicide Life Threat Behav*. 2008 Feb;38(1):30-4. [Resumo](#)
168. Constantino RE, Sekula LK, Rubinstein EN. Group intervention for widowed survivors of suicide. *Suicide Life Threat Behav*. 2001 Winter;31(4):428-41. [Resumo](#)

169. Constantino RE, Bricker PL. Nursing postvention for spousal survivors of suicide. *Issues Ment Health Nurs.* 1996 Mar-Apr;17(2):131-52. [Resumo](#)
170. Murphy SA, Johnson C, Cain KC, et al. Broad-spectrum group treatment for parents bereaved by the violent deaths of their 12- to 28-year-old children: a randomized controlled trial. *Death Stud.* 1998;22(3):209-35. [Resumo](#)
171. Pfeffer CR, Jiang H, Kakuma T, et al. Group intervention for children bereaved by the suicide of a relative. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2002 May;41(5):505-13. [Resumo](#)
172. Farberow NL. The Los Angeles Survivors-After-Suicide program. An evaluation. *Crisis.* 1992;13(1):23-34. [Resumo](#)
173. Rogers J, Sheldon A, Barwick C, et al. Help for families of suicide: survivors support program. *Can J Psychiatry.* 1982 Oct;27(6):444-9. [Resumo](#)
174. Battle AO. Group therapy for survivors of suicide. *Crisis.* 1984;5:45-58.
175. McAuliffe C, McLeavey BC, Fitzgerald T, et al. Group problem-solving skills training for self-harm: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry.* 2014;204:383-90. [Resumo](#)
176. Inmaculada Palanca MLF. Suicide risk in pediatric populations treated with antidepressives: impact of the 2003 alert in prescription and research in efficacy and safety. *Rev Chil Pediatr.* 2011;82:277-88.
177. Reid WH. Prognosis after suicide attempt: standard of care and the consequences of not meeting it. *J Psychiatr Pract.* 2009;15:141-144. [Resumo](#)
178. Sveen CA, Walby FA. Suicide survivors' mental health and grief reactions: a systematic review of controlled studies. *Suicide Life Threat Behav.* 2008;38:13-29. [Resumo](#)
179. Hendin H, Lipschitz A, Maltzberger JT, et al. Therapists' reactions to patients' suicides. *Am J Psychiatry.* 2000;157:2022-2027. [Resumo](#)
180. Hendin H, Haas AP, Maltzberger JT, et al. Factors contributing to therapists' distress after the suicide of a patient. *Am J Psychiatry.* 2004;161:1442-1446. [Resumo](#)
181. Fleischmann A, Bertolote JM, Wasserman D, et al. Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries. *Bull World Health Organ.* 2008;86:703-709. [Texto completo](#) [Resumo](#)
182. Muehlenkamp JJ, Gutierrez PM. Risk for suicide attempts among adolescents who engage in non-suicidal self-injury. *Arch Suicide Res.* 2007;11:69-82. [Resumo](#)

Imagens

	Risco de suicídio com transtorno versus risco previsto	Intervalo
Diagnósticos psiquiátricos em crianças e adolescentes	5 vezes maior	N/D
Anorexia nervosa	23 vezes maior	0-100
Dependência e abuso de álcool	6 vezes maior	1-60
Dependência e abuso de opioides	14 vezes maior	3-36
Dependência de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos	20 vezes maior Abuso comórbido de álcool (16x) Abuso comórbido de drogas ilícitas (44x)	N/D
Dependência e abuso de drogas mistas	20 vezes maior	N/D
Uso de maconha	Risco relativo entre usuários compulsivos: 4 vezes maior que em não usuários	N/D
Esquizofrenia	8.5 vezes maior	0.8-115
Transtorno depressivo maior	20 vezes maior	0-200
Transtorno bipolar	15 vezes maior	0-133
Distímia	12 vezes maior	3-100
Transtornos de humor não especificados	16 vezes maior	4-38
Transtorno de ansiedade	6 vezes maior	N/D
Transtorno obsessivo-compulsivo	10 vezes maior	N/D
Transtorno de pânico	10 vezes maior	0-37.5
Transtorno de personalidade	7 vezes maior	N/D

N/D não disponível

Figura 1: Comparação de risco de suicídio na presença de transtornos psiquiátricos selecionados

Adaptado de Harris EC, et al. Br J Psychiatry 1997; 170:205-228

	Risco de suicídio com doença versus risco previsto
Doença de Huntington	3 vezes maior
Epilepsia	5 vezes maior
Neurocirurgia	20 vezes maior
Transtornos mentais orgânicos não especificados	2 vezes maior
HIV/AIDS	7 vezes maior
Neoplasias malignas	1.8 vezes maior
Esclerose múltipla	2 vezes maior
Úlcera péptica	2 vezes maior
Doença renal - hemodiálise e diálise peritoneal ambulatorial contínua	14 vezes maior
Lesão da medula espinhal	4 vezes maior
Lúpus eritematoso sistêmico	4 vezes maior

Figura 2: Comparação de risco de suicídio com ou sem a presença de afecções clínicas selecionadas

Dados adaptados de Harris EC, et al. *Br J Psychiatry* 1997;170:205-228; McGirr A, et al. *J Clin Psychiatry* 2008;69:966-970; Harris EC, et al. *Medicine (Baltimore)* 1994;73:281-296; Anguiano LM. A literature review of suicide in cancer patients. *Cancer Nursing*. 2012;35:E14-E26

ROTEIRO PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE SUICÍDIO (TASR)

PERFIL DE RISCO INDIVIDUAL:	SIM	NÃO
Demografia: Idade/sexo (na maioria das jurisdições: >65/15-35 anos; M>F); cultura; status socioeconômico		
História familiar: Suicídio, comportamentos suicidas, transtorno psiquiátrico		
Diagnóstico psiquiátrico no passado/presente: Humor, ansiedade, psicose, álcool/drogas; transtornos de personalidade		
Condição clínica: Crônica, incapacitante, estigmatizante		
Apoios sociais insuficientes: Morar sozinho, isolamento, rede social insatisfatória, relacionamentos doentios		
Problemas domésticos: Violência/abuso, fim de relacionamento, conflitos, pressão, ambiente familiar disfuncional		
Baixa tolerância ao estresse: Níveis baixos de enfrentamento, autocontrole, capacidade de tomar decisões e solucionar problemas		
Comportamentos suicidas no passado: Tentativas de suicídio, tentativas abortadas, lesões autoprovocadas		
Abuso no passado/presente: Abuso/violência recente ou atual; história de abuso na infância		
Exposição ao suicídio: Direto/indireto - amigos, família, comunidade, cultura, meios sociais		
PERFIL DE RISCO DOS SINTOMAS:	SIM	NÃO
Depressão/disforia		
Desesperança		
Anedonia intensa		
Emoção intensa: Ansiedade/pânico; vergonha; humilhação; culpa; raiva; isolamento/solidão		
Isolamento: Supressão emocional, falta de envolvimento, falta de comunicatividade		
Sensação intensa de autorreprovação/inutilidade		
Raciocínio comprometido: Inflexibilidade; julgamento/solução de problemas/tomada de decisão insatisfatórios		
Autocontrole insatisfatório: Impulsividade; regulação insatisfatória de emoções e comportamentos; violência/agressividade		
Psicose: *Alucinações de comando		
Uso problemático de álcool/drogas		
PERFIL DE RISCO DA ENTREVISTA:	SIM	NÃO
Ideação suicida: Frequência, intensidade, duração, persistência		
Intenção suicida: Grau de ambivalência e expectativa/empenho em morrer		
Plano suicida: Método, letalidade, preparação		
Tendência ao suicídio oculta: Sinais de alerta; dicas verbais/não verbais; colaterais; "intuição clínica"		
Tentativa de suicídio no passado: Número, fator desencadeante, contexto, método, letalidade, consequências		
Acesso a meios letais: Disponibilidade e acessibilidade a métodos letais mais comuns		
Consumo ou intoxicação recentes com álcool/drogas		
Fator desencadeante suicida: Crise/conflito/perda recente, em evolução ou previsto; vitimização; trauma		
Problema insolúvel: Não consegue ver solução/incapaz ou não está disposto a procurar alternativas		
Estado intolerável: Estado ou circunstância emocional/psicológico/físico insuportável		
AMENIZADORES DO RISCO:		
Motivos para viver		
Forças internas para manejar o risco		
Forças externas para manejar o risco		

NÍVEL DE RISCO IMEDIATO DE SUICÍDIO: ☐ ALTO ☐ MODERADO ☐ BAIXO

Figura 3: Roteiro para Avaliação do Risco de Suicídio

De Chehil S, Kutcher SP. *Suicide risk management: a manual for health professionals*. (2nd ed). Chichester: Wiley-Blackwell; 2012

Aviso legal

Este conteúdo destinase a médicos que não estão nos Estados Unidos e no Canadá. O BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Group") procura certificarse de que as informações fornecidas sejam precisas e estejam atualizadas; no entanto, não fornece garantias nesse sentido, tampouco seus licenciantes, que fornecem determinadas informações vinculadas ao seu conteúdo ou acessíveis de outra forma. O BMJ Group não defende nem endossa o uso de qualquer tratamento ou medicamento aqui mencionado, nem realiza o diagnóstico de pacientes. Os médicos devem utilizar seu próprio julgamento profissional ao utilizar as informações aqui contidas, não devendo considerálas substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contraindicações ou efeitos colaterais. Além disso, com o surgimento de novos dados, tais padrões e práticas da medicina sofrem alterações; portanto, é necessário consultar diferentes fontes. É altamente recomendável que os usuários confirmem, por conta própria, o diagnóstico, os tratamentos e o acompanhamento especificado e verifiquem se são adequados para o paciente na respectiva região. Além disso, é necessário examinar a bula que acompanha cada medicamento prescrito, a fim de verificar as condições de uso e identificar alterações na posologia ou contraindicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Devese verificar se, na sua região, os medicamentos mencionados são licenciados para o uso especificado e nas doses determinadas. Essas informações são fornecidas "no estado em que se encontram" e, na forma da lei, o BMJ Group e seus licenciantes não assumem qualquer responsabilidade por nenhum aspecto da assistência médica administrada com o auxílio dessas informações, tampouco por qualquer outro uso destas. Estas informações foram traduzidas e adaptadas com base no conteúdo original produzido pelo BMJ no idioma inglês. O conteúdo traduzido é fornecido tal como se encontra na versão original em inglês. A precisão ou confiabilidade da tradução não é garantida nem está implícita. O BMJ não se responsabiliza por erros e omissões provenientes da tradução e da adaptação, ou de qualquer outra forma, e na máxima extensão permitida por lei, o BMJ não deve incorrer em nenhuma responsabilidade, incluindo, mas sem limitação, a responsabilidade por danos provenientes do conteúdo traduzido.

NOTA DE INTERPRETAÇÃO: Os numerais no conteúdo traduzido são exibidos de acordo com a configuração padrão para separadores numéricos no idioma inglês original: por exemplo, os números de 4 dígitos não incluem vírgula nem ponto decimal; números de 5 ou mais dígitos incluem vírgulas; e números menores que a unidade são representados com pontos decimais. Consulte a tabela explicativa na Tab 1. O BMJ não aceita ser responsabilizado pela interpretação incorreta de números em conformidade com esse padrão especificado para separadores numéricos. Esta abordagem está em conformidade com a orientação do Serviço Internacional de Pesos e Medidas (International Bureau of Weights and Measures) (resolução de 2003)

<http://www1.bipm.org/jsp/en/ViewCGPMResolution.jsp>

Estilo do BMJ Best Practice	
Numerais de 5 dígitos	10,00
Numerais de 4 dígitos	1000
Numerais < 1	0.25

Tabela 1 Estilo do BMJ Best Practice no que diz respeito a numerais

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web atualizada pela última vez em: Jun 19, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são atualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em bestpractice.bmj.com. A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exoneração de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2019. Todos os direitos reservados.

O BMJ pode atualizar o conteúdo traduzido de tempos em tempos de maneira a refletir as atualizações feitas nas versões originais no idioma inglês em que o conteúdo traduzido se baseia. É natural que a versão em português apresente eventuais atrasos em relação à versão em inglês enquanto o conteúdo traduzido não for atualizado. A duração desses atrasos pode variar.

Veja os [termos e condições do website](#).

Contacte-nos

+ 44 (0) 207 111 1105

support@bmj.com

BMJ

BMA House

Tavistock Square

London

WC1H 9JR

UK

BMJ Best Practice

Colaboradores:

// Autores:

Stan Kutcher, MD, FRCPC

Professor

Department of Psychiatry, Dalhousie University, Sun Life Financial Chair in Adolescent Mental Health, IWK Health Centre and Dalhousie University, Director, WHO Collaborating Center for Mental Health Training and Policy, Dalhousie University, Halifax, Nova Scotia, Canada

DIVULGAÇÕES: SK has received research grants from various foundations and national granting agencies (none from either the pharmaceutical nor psychotherapy industries) to support some of his academic work. He is employed by a university and hospital, and sees patients who sometimes present with a suicide attempt. He has also co-authored a textbook on suicide risk assessment and management, published in 2007 and the second edition in 2012.

// Reconhecimentos:

Dr Stan Kutcher would like to gratefully acknowledge Dr Magdalena Szumilas, a previous contributor to this monograph. MS is an author of a reference cited in this topic.

// Colegas revisores:

Ricardo Gusmão, MD, PhD

Professor of Psychiatry and Mental Health

Departamento de Saude Mental, Faculdade de Ciencias Medicas, Universidade Nova de Lisboa, Lisbon, Portugal

DIVULGAÇÕES: RG declares that he has no competing interests.

Sanjai Rao, MD

Assistant Clinical Professor of Psychiatry

University of California, San Diego, Veterans Hospital, La Jolla, CA

DIVULGAÇÕES: SR declares that he has no competing interests.