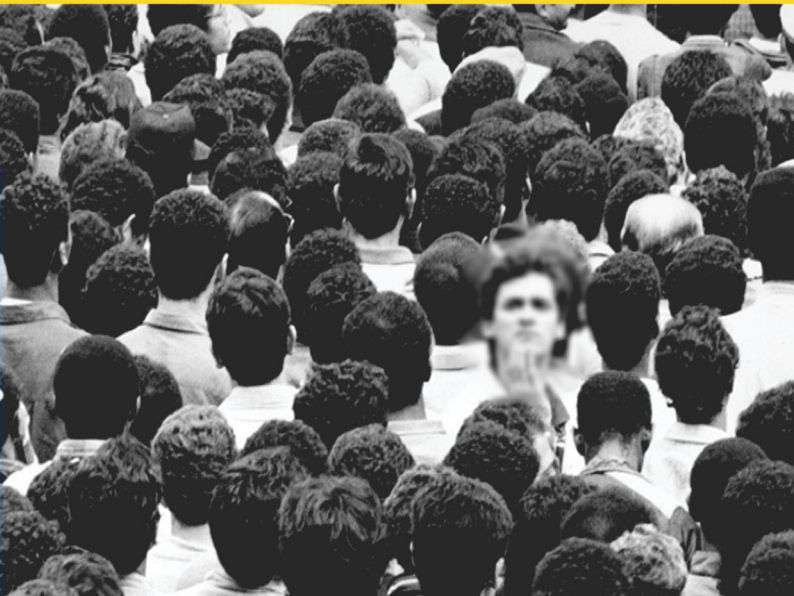
SUICÍDIO

INFORMANDO PARA PREVENIR



ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA (ABP)

SUICÍDIO:
INFORMANDO PARA PREVENIR

Conselho Federal de Medicina (CFM)
Brasília, 2014

Catalogação na fonte: Eliane Maria de Medeiros e Silva – CRB 1ª Região/1678

Associação Brasileira de Psiquiatria.

Suicídio: informando para prevenir / Associação Brasileira de Psiquiatria, Comissão de Estudos e Prevenção de Suicídio. – Brasília: CFM/ABP, 2014.

52p. ; 10,5x14,5cm.

ISBN

1-Saúde mental. 2- Suicídio-prevenção. 3- Doença mental. I- Título.

CDD 616.89

Sumário

Apresentação 05
1. Definição de suicídio 07
2. Objetivo da cartilha 08
3. Quais as barreiras para a detecção e a prevenção do suicídio? 09
4. Mitos sobre o comportamento suicida 10
5. O impacto do suicídio: por que prevenir? 12
   5.1. No Brasil 13
6. Fatores de risco e de proteção: como identificar o paciente suicida? 14
   6.1. Os dois principais fatores de risco 14
   6.2. Destacam-se outros fatores de risco 16
7. Avaliação e manejo do paciente 22
   7.1. Como abordar o paciente? 26
   7.2. Avaliando a doença mental 30
   7.3. Avaliação de risco 39
      7.3.1. Risco baixo 39
      7.3.2. Risco médio 40
      7.3.3. Risco alto 41
      7.3.4. Urgência/emergência 42
8. Posvenção do suicídio 43
9. O Suicídio e a importância da rede de saúde 44

9.1. O que compete à equipe de saúde como um todo 45
9.2. O que compete à atenção primária 46
9.3. O que compete à atenção secundária e terciária 46
9.4. Prevenção do suicídio além do sistema de saúde 48
9.5. Promoção de qualidade de vida 48
Referências 50

Apresentação

Todos os anos são registrados cerca de dez mil suicídios no Brasil e mais de um milhão em todo o mundo. Por sugestão da Comissão de Ações Sociais (CAS) do Conselho Federal de Medicina (CFM), essa silenciosa epidemia tornou-se uma das prioridades da Câmara Técnica de Psiquiatria da entidade que, com o apoio da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), lança esta cartilha, intitulada "Suicídio: informando para prevenir".

As entidades médicas acreditam em uma sociedade engajada na defesa pela vida e em gestores comprometidos com políticas públicas que realmente transformem esse cenário. É possível prevenir o suicídio, desde que os profissionais de saúde, de todos os níveis de atenção, estejam aptos a reconhecer os seus fatores de risco.

Por isso há, neste trabalho, informações que podem ajudar a sociedade a desmitificar a cultura e o tabu em torno do tema e auxiliar os médicos a identificar, tratar e instruir seus pacientes. Espera-se que esta contribuição ajude no enfrentamento deste grave problema de saúde pública.

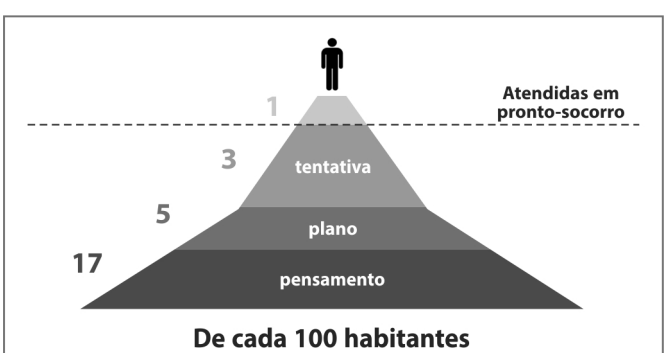
Carlos Vital T. Corrêa Lima
Presidente do CFM

Emmanuel Fortes S. Cavalcanti
3º Vice-presidente
Coordenação – Câmara Técnica de Psiquiatria/CFM

1. Definição de suicídio

O suicídio pode ser definido como um ato deliberado executado pelo próprio indivíduo, cuja intenção seja a morte, de forma consciente e intencional, mesmo que ambivalente, usando um meio que ele acredita ser letal. Também fazem parte do que habitualmente chamamos de comportamento suicida: os pensamentos, os planos e a tentativa de suicídio. Uma pequena proporção do comportamento suicida chega ao nosso conhecimento. A figura 1 ilustra a prevalência de comportamento suicida na população brasileira ao longo da vida mostrando, por exemplo, que 17% das pessoas no Brasil pensaram, em algum momento, em tirar a própria vida.

Figura 1: Comportamento suicida ao longo da vida



Fonte: Botega *et al.* (2005).

O suicídio é um fenômeno presente ao longo de toda a história da humanidade, em todas as culturas. É um comportamento com determinantes multifatoriais e resultado de uma complexa interação de fatores psicológicos e biológicos, inclusive genéticos, culturais e socioambientais. Dessa forma, deve ser considerado como o desfecho de uma série de fatores que se acumulam na história do indivíduo, não podendo ser considerado de forma causal e simplista apenas a determinados acontecimentos pontuais da vida do sujeito. É a consequência final de um processo.

2. Objetivo da cartilha

O suicídio é uma grande questão de saúde pública em todos os países. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2014), é possível prevenir o suicídio, desde que, entre outras medidas, os profissionais de saúde, de todos os níveis de atenção, estejam aptos a reconhecerem os fatores de risco presentes, a fim de determinarem medidas para reduzir tal risco e evitar o suicídio.

O risco de suicídio é uma urgência médica devido ao que pode acarretar ao indivíduo, como desde lesões graves e incapacitantes, até a sua morte. A avaliação sistemática do risco de suicídio deve fazer parte da prática clínica rotineira de qualquer médico. Uma tentativa de suicídio é um

evento que pode levar os indivíduos a um primeiro contato com um profissional que os ajude. Na maioria das vezes, este primeiro contato não se dará com um psiquiatra, mas com um profissional dos serviços de pronto-atendimento, um médico da atenção básica. Revendo as diversas estratégias preventivas de suicídio, conclui-se que melhorar os serviços de saúde e desenvolver intervenções efetivas para o grupo de pacientes com risco de suicídio é fundamental, considerando-se que, como será visto adiante, uma tentativa de suicídio é o principal fator de risco para outra tentativa e para o próprio suicídio. Abordar adequadamente esse indivíduo pode garantir que sua vida esteja salva no futuro.

Fornecer informações aos médicos sobre o tema, de forma a ajudá-los a identificar pessoas em risco e prevenir o ato suicida, é o objetivo principal desta cartilha.

3. Quais as barreiras à detecção e à prevenção do suicídio?

Diversos fatores podem impedir a detecção precoce e, consequentemente, a prevenção do suicídio. O estigma e o tabu relacionados ao assunto são aspectos importantes. Durante séculos de nossa história, por razões religiosas, morais e culturais o suicídio foi considerado um grande

"pecado", talvez o pior deles. Por esta razão, ainda temos medo e vergonha de falar abertamente sobre esse importante problema de saúde pública. Um tabu, arraigado em nossa cultura, por séculos, não desaparece sem o esforço de todos nós. Tal tabu, assim como a dificuldade em buscar ajuda, a falta de conhecimento e de atenção sobre o assunto por parte dos profissionais de saúde e a ideia errônea de que o comportamento suicida não é um evento frequente condicionam barreiras para a prevenção. Lutar contra esse tabu é fundamental para que a prevenção seja bem-sucedida.

4. Mitos sobre o comportamento suicida

Erros e preconceitos vêm sendo historicamente repetidos, contribuindo para formação de um estigma em torno da doença mental e do comportamento suicida. O estigma resulta de um processo em que pessoas são levadas a se sentirem envergonhadas, excluídas e discriminadas. A tabela 1 ilustra os mitos sobre o comportamento suicida. O conhecimento pode contribuir para a desconstrução deste estigma em torno do comportamento suicida.

Tabela 1: Mitos sobre o suicídio

Mitos	Verdades
O suicídio é uma decisão individual, já que cada um tem pleno direito a exercitar o seu livre arbítrio.	FALSO. Os suicidas estão passando quase invariavelmente por uma doença mental que altera, de forma radical, a sua percepção da realidade e interfere em seu livre arbítrio. O tratamento eficaz da doença mental é o pilar mais importante da prevenção do suicídio. Após o tratamento da doença mental o desejo de se matar desaparece.
Quando uma pessoa pensa em se suicidar terá risco de suicídio para o resto da vida.	FALSO. O risco de suicídio pode ser eficazmente tratado e, após isso, a pessoa não estará mais em risco.
As pessoas que ameaçam se matar não farão isso, querem apenas chamar a atenção.	FALSO. A maioria dos suicidas fala ou dá sinais sobre suas ideias de morte. Boa parte dos suicidas expressou, em dias ou semanas anteriores, frequentemente aos profissionais de saúde, seu desejo de se matar.
Se uma pessoa que se sentia deprimida e pensava em suicidar-se, em um momento seguinte passa a se sentir melhor, normalmente significa que o problema já passou.	FALSO. Se alguém que pensava em suicidar-se e, de repente, parece tranquilo, aliviado, não significa que o problema já passou. Uma pessoa que decidiu suicidar-se pode sentir-se "melhor" ou sentir-se aliviado simplesmente por ter tomado a decisão de se matar.

Quando um indivíduo mostra sinais de melhora ou sobrevive à uma tentativa de suicídio, está fora de perigo.	FALSO. Um dos períodos mais perigosos é quando se está melhorando da crise que motivou a tentativa, ou quando a pessoa ainda está no hospital, na sequência de uma tentativa. A semana que se segue à alta do hospital é um período durante o qual a pessoa está particularmente fragilizada. Como um preditor do comportamento futuro é o comportamento passado, a pessoa suicida muitas vezes continua em alto risco.
Não devemos falar sobre suicídio, pois isso pode aumentar o risco.	FALSO. Falar sobre suicídio não aumenta o risco. Muito pelo contrário, falar com alguém sobre o assunto pode aliviar a angústia e a tensão que esses pensamentos trazem.
É proibido que a mídia aborde o tema suicídio.	FALSO. A mídia tem obrigação social de tratar desse importante assunto de saúde pública e abordar esse tema de forma adequada. Isto não aumenta o risco de uma pessoa se matar; ao contrário, é fundamental dar informações à população sobre o problema, onde buscar ajuda etc.

5. O impacto do suicídio: por que prevenir?

Em 2012, cerca de 804 mil pessoas morreram por suicídio em todo o mundo, o que corresponde a taxas ajustadas para idade de 11,4 por 100 mil habitantes por ano – 15,0 para homens e 8,0 para mulheres (OMS, 2014).

A cada 40 segundos uma pessoa comete suicídio, e a cada três segundos uma pessoa atenta contra a própria vida. As taxas de suicídio vêm aumentando globalmente. Estima-se que até 2020 poderá ocorrer um incremento de 50% na incidência anual de mortes por suicídio em todo o mundo, sendo que o número de vidas perdidas desta forma, a cada ano, ultrapassa o número de mortes decorrentes de homicídio e guerra combinados. Além disso, cada suicídio tem um sério impacto na vida de pelo menos outras seis pessoas.

5.1. No Brasil

O Brasil é o oitavo país em número absoluto de suicídios. Em 2012 foram registradas 11.821 mortes, cerca de 30 por dia, sendo 9.198 homens e 2.623 mulheres. Entre 2000 e 2012, houve um aumento de 10,4% na quantidade de mortes, sendo observado um aumento de mais de 30% em jovens. Os números brasileiros devem, entretanto, ser analisados com cautela. Em primeiro lugar porque pode haver uma subnotificação do número de suicídios, em segundo lugar porque há uma grande variabilidade regional nas taxas.

6. Fatores de risco e de proteção: como identificar o paciente suicida

O reconhecimento dos fatores de risco e dos fatores protetores é fundamental e pode ajudar o profissional de saúde a determinar clinicamente o risco e, a partir desta determinação, estabelecer estratégias para reduzi-lo.

Os médicos ainda não podem prever exatamente quem irá se suicidar, mas podem tentar reduzir os riscos. O detalhado conhecimento dos fatores de risco pode auxiliar os médicos a delimitarem populações nas quais os eventos poderão ocorrer com maior frequência.

6.1. Os dois principais fatores de risco são:

- **Tentativa prévia de suicídio:**

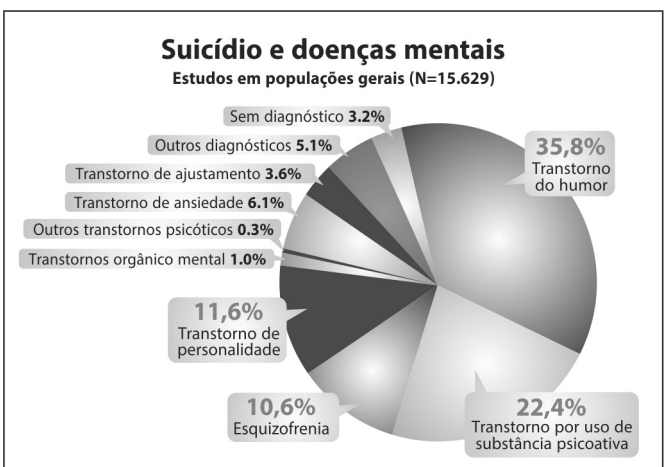
  É o fator preditivo isolado mais importante. Pacientes que tentaram suicídio previamente têm de cinco a seis vezes mais chances de tentar suicídio novamente. Estima-se que 50% daqueles que se suicidaram já haviam tentado previamente.

- **Doença mental**:

  Sabemos que quase todos os suicidas tinham uma doença mental, muitas vezes não diagnosticada, frequentemente não tratada ou não tratada de forma adequada.

Os transtornos psiquiátricos mais comuns incluem depressão, transtorno bipolar, alcoolismo e abuso/dependência de outras drogas e transtornos de personalidade e esquizofrenia. Pacientes com múltiplas comorbidades psiquiátricas têm um risco aumentado, ou seja, quanto mais diagnósticos, maior o risco. Na figura 2 tem-se os diagnósticos mais frequentemente associados ao suicídio.

Figura 2: Diagnósticos psiquiátricos e suicídio



Fonte: Bertolote *et al*. (2002).

6.2. Destacam-se outros fatores de risco:

• Desesperança, desespero, desamparo e impulsividade:

Sentimentos de desesperança, desamparo e desespero são fortemente associados ao suicídio. É preciso estar atento, pois a desesperança pode persistir mesmo após a remissão de outros sintomas depressivos.

Impulsividade, principalmente entre jovens e adolescentes, figura como importante fator de risco. A combinação de impulsividade, desesperança e abuso de substâncias pode ser particularmente letal.

• Idade:

O suicídio em jovens aumentou em todo o mundo nas últimas décadas e também no Brasil, representando a terceira principal causa de morte nessa faixa etária no país. Os comportamentos suicidas entre jovens e adolescentes envolvem motivações complexas, incluindo humor depressivo, abuso de substâncias, problemas emocionais, familiares e sociais, história familiar de transtorno psiquiátrico, rejeição familiar, negligência, além de abuso físico e sexual na infância.

O suicídio também é elevado entre os idosos, devido a fatores como: perda de parentes, sobretudo do cônjuge; solidão; existência de enfermidades degenerativas e

dolorosas; sensação de estar dando muito trabalho à família e ser um peso morto para os outros.

• **Gênero**:

Os óbitos por suicídio são em torno de três vezes maiores entre os homens do que entre mulheres. Inversamente, as tentativas de suicídio são, em média, três vezes mais frequentes entre as mulheres. Papéis masculinos tendem a estar associados a maiores níveis de força, independência e comportamentos de risco. O reforço a esse papel de gênero muitas vezes impede os homens de procurar ajuda para os sentimentos suicidas e depressivos. Nos homens, a solidão e o isolamento social são os principais fatores associados. Mulheres se suicidam menos porque têm redes sociais de proteção mais fortes e se engajam mais facilmente do que os homens em atividades domésticas e comunitárias, o que lhes confere um sentido de participação até o final da vida.

Atualmente, há evidências de que os conflitos em torno da identidade sexual causem um maior risco de comportamento suicida, fazendo-se necessária a sensibilidade para estas questões na criação de qualquer programa de prevenção do suicídio. Entretanto, não se deve perder a presença de qualquer transtorno mental associado, bem como abordar as questões mais óbvias dos vários graus de aceitação social e estar de acordo com os pontos

de vista culturais e individuais de cada um. Ressalta-se que no atestado de óbito não consta orientação sexual, apenas gênero masculino e feminino.

• Doenças clínicas não psiquiátricas:

Doenças clínicas não psiquiátricas foram associadas ao suicídio de maneira independente de outros dois fatores de risco bem estabelecidos, como a depressão e o abuso de substâncias. As taxas de suicídio são maiores em pacientes com câncer; HIV; doenças neurológicas, como esclerose múltipla, doença de Parkinson, doença de Huntington e epilepsia; doenças cardiovasculares, como infarto agudo do miocárdio e acidente vascular encefálico; doença pulmonar obstrutiva crônica; além de doenças reumatológicas, como o lúpus eritematoso sistêmico. Os sintomas não responsivos ao tratamento e os primeiros meses após o diagnóstico também constituem situações de risco.

Pacientes com doenças clínicas crônicas apresentam comorbidades com transtornos psiquiátricos, com taxas variando de 52% a 88%. Portanto, é necessário rastrear sintomas depressivos e comportamento suicida nesses pacientes, especialmente diante de problemas de adesão ao tratamento.

• Eventos adversos na infância e na adolescência:

Maus tratos, abuso físico e sexual, pais divorciados, transtorno psiquiátrico familiar, entre outros fatores, podem aumentar o risco de suicídio. Na assistência ao adolescente, os médicos, os professores e os pais devem estar atentos para o abuso ou a dependência de substâncias associados à depressão, ao desempenho escolar pobre, aos conflitos familiares, à incerteza quanto à orientação sexual, à ideação suicida, ao sentimento de desesperança e à falta de apoio social.

Um fator de risco adicional de adolescentes é o suicídio de figuras proeminentes ou de indivíduo que o adolescente conheça pessoalmente. Existe, também, o fenômeno dos suicidas em grupo ou comunidades semelhantes que emitem o estilo de vida.

• História familiar e genética:

O risco de suicídio aumenta entre aqueles com história familiar de suicídio ou de tentativa de suicídio. Estudos de genética epidemiológica mostram que há componentes genéticos, assim como ambientais envolvidos. O risco de suicídio aumenta entre aqueles que foram casados com alguém que se suicidou.

• Fatores sociais:

O sociólogo Emile Durkheim assinalou, no século XIX, um conceito de laço social que ainda hoje nos é muito útil. Quanto maiores os laços sociais em uma determinada comunidade, menores seriam as taxas de mortalidade por suicídio. Este conceito sociológico pode ser transposto para o nível individual: quanto menos laços sociais tem um indivíduo, maior o risco de suicídio. As pessoas que emigram são, pela sua própria definição privada de apoios sociais estáveis, mais suscetíveis ao suicídio. No entanto, novamente o próprio fato de migração não deve ser utilizado a fim de minimizar a importância de perturbações mentais, quando estas estão presentes.

Desempregados com problemas financeiros ou trabalhadores não qualificados têm maior risco de suicídio: a taxa referente a mortes deste tipo aumenta em períodos de recessão econômica, principalmente nos três primeiros meses da mudança de situação financeira ou de desemprego.

Viver sozinho parece aumentar o risco de suicídio, com taxas mais elevadas entre indivíduos divorciados ou que nunca se casaram.

Tabela 2: Principais fatores de risco associados ao comportamento suicida

Doenças mentais	Aspectos sociais
• Depressão; • Transtorno bipolar; • Transtornos mentais relacionados ao uso de álcool e outras substâncias; • Transtornos de personalidade; • Esquizofrenia; • Aumento do risco com associação de doenças mentais: paciente bipolar que também seja dependente de álcool terá risco maior do que se ele não tiver essa dependência.	• Gênero masculino; • Idade entre 15 e 30 anos e acima de 65 anos; • Sem filhos; • Moradores de áreas urbanas; • Desempregados ou aposentados; • Isolamento social; • Solteiros, separados ou viúvos; • Populações especiais: indígenas, adolescentes e moradores de rua.
Aspectos psicológicos	**Condição de saúde limitante**
• Perdas recentes; • Pouca resiliência; • Personalidade impulsiva, agressiva ou de humor instável; • Ter sofrido abuso físico ou sexual na infância; • Desesperança, desespero e desamparo.	• Doenças orgânicas incapacitantes; • Dor crônica; • Doenças neurológicas (epilepsia, Parkinson, Hungtinton); • Trauma medular; • Tumores malignos; • AIDS.
Suicidabilidade: Ter tentado suicídio, ter familiares que tentaram ou se suicidaram, ter ideias e/ou planos de suicídio.	

• Fatores protetores:

São menos estudados e geralmente são dados não muito consistentes, incluindo: autoestima elevada; bom suporte familiar; laços sociais bem estabelecidos com família e amigos; religiosidade independente da afiliação religiosa e razão para viver; ausência de doença mental; estar empregado; ter crianças em casa; senso de responsabilidade com a família; gravidez desejada e planejada; capacidade de adaptação positiva; capacidade de resolução de problemas e relação terapêutica positiva, além de acesso a serviços e cuidados de saúde mental. Durante uma avaliação do risco de suicídio em um indivíduo, os fatores de proteção não devem ser usados para obscurecer aqueles fatores que identificam o risco de suicídio.

7. Avaliação e manejo do paciente

O primeiro passo é a identificação dos indivíduos de risco por meio da avaliação clínica periódica, considerando que o risco pode mudar rapidamente. Ninguém é realmente capaz de prever com exatidão qual paciente irá se suicidar; apenas o risco pode ser estimado. A avaliação para o risco de suicídio inclui uma entrevista clínica e, frequentemente, a coleta de dados junto a terceiros.

A OMS aponta três características psicopatológicas comuns no estado mental dos suicidas. São elas:

1. Ambivalência: o desejo de viver e de morrer se confundem no sujeito. Há urgência em sair da dor e do sofrimento com a morte, entretanto há o desejo de sobreviver a esta tormenta. Muitos não aspiravam realmente morrer, apenas queriam sair do sentimento momentâneo de infelicidade, acabar com a dor, fugir dos problemas, encontrar descanso ou final mais rápido para seus sofrimentos. Se for dado oportunamente o apoio emocional necessário para reforçar o desejo de viver, logo a intenção e o risco de suicídio diminuirão.

2. Impulsividade: o suicídio, por mais planejado que seja, parte de um ato que é usualmente motivado por eventos negativos. O impulso para cometer suicídio é transitório e tem duração de alguns minutos ou horas. Pode ser desencadeado por eventos psicossociais negativos do dia a dia e por situações como: rejeição; recriminação; fracasso; falência; morte de ente querido; entre outros. Acolher a pessoa durante a crise com ajuda empática adequada pode interromper o impulso suicida do paciente.

3. Rigidez: quando uma pessoa decide terminar com a sua vida, os seus pensamentos, sentimentos e ações apresentam-se muito restritivos, ou seja, ela pensa constantemente sobre o suicídio e é incapaz de perceber outras maneiras de enfrentar ou de sair do problema. Estas pessoas pensam rígida e dramaticamente pela distorção que

o sofrimento emocional impõe. Todo o comportamento está inflexível quanto à sua decisão: as ações estão direcionadas ao suicídio e a única saída possível que se apresenta é a morte; por isso é tão difícil encontrar, sozinho, alguma alternativa.

O funcionamento mental gira em torno de três sentimentos: intolerável (não suportar); inescapável (sem saída); e interminável (sem fim). Existe uma distorção da percepção de realidade com avaliação negativa de si mesmo, do mundo e do futuro. Há um medo irracional e uma preocupação excessiva. O passado e o presente reforçam seu sofrimento e o futuro é sombrio, sem perspectiva e com ausência de planos. Surge a ideação e a tentativa de suicídio, que pode culminar com o ato suicida. O peso da decisão de morrer repousa na interpretação dos eventos e a maioria das pessoas, quando saudável, não interpreta nenhum evento como devastador o suficiente para justificar o ato extremo.

Médicos devem saber identificar e manejar toda gama de características que envolvem o comportamento suicida, já que a diminuição da morbidade (ideação e tentativa) deve levar à diminuição da mortalidade (suicídio). Deve-se ter em mente que pode variar em breve escala temporal. Todas as avaliações devem incluir:

a) Doença mental

Avaliar se a pessoa tem uma doença mental e qual doença, bem como sintomas proeminentes, principalmente para: depressão; transtorno bipolar; esquizofrenia; transtornos de personalidade; transtornos relacionados ao álcool e outras drogas, além de outras doenças mentais.

b) História pessoal e familiar de comportamento suicida

O indivíduo tem histórico suicida ou antecedentes familiares de tentativas e/ou suicídio.

c) Suicidabilidade

A pessoa tem pensamentos atuais de morte, pensamentos de suicídio, tem planos e/ou meios para se matar. Avaliar desespero, desesperança e desamparo.

d) Características de personalidade

Resiliência, respostas anteriores a situações estressoras, tolerância à dor psíquica, julgamento adequado ou não à realidade. Considerar sempre a presença de impulsividade e agressividade.

e) Fatores estressores crônicos e recentes

A pessoa passa por situações estressoras recentes, como migração, separação conjugal ou perda de uma pessoa próxima. Estressores considerados socialmente humilhantes

podem ter risco ainda maior: falência; prisão; traição conjugal; e perda do emprego (naturalmente dentro do contexto de personalidade de cada indivíduo, pois o que pode ser considerado humilhante para um pode não o ser para outro).

f) Fatores psicossociais e demográficos

Destaque para situação laboral (estar desempregado ou aposentado); estado marital (viúvos, separados, solteiros), religiosidade; história de abuso físico ou sexual na infância/adolescência; idade entre 15 e 30 anos ou acima de 65 anos; e ser do sexo masculino.

g) Presença de outras doenças

Doenças neurológicas, como epilepsia; lesões medulares e cerebrais; acidente vascular encefálico, particularmente posterior; neoplasias; HIV/AIDS; e pacientes com doenças clínicas crônicas, entre outras.

7.1. Como abordar o paciente?

Nem sempre é tarefa fácil para o não especialista abordar questões como a doença mental e avaliar a suicidabilidade. Para abordagem segura do paciente em risco de suicídio, algumas regras gerais devem ser respeitadas. São elas:

1. Muitas vezes os pacientes com possível risco de suicídio chegam ao profissional de saúde da atenção

primária com queixas diferentes daquelas que chegariam ao psiquiatra. O que os levam a buscar a consulta são, geralmente, queixas somáticas. É importante saber ouvir o paciente e entender suas motivações subjacentes.

2. Todo paciente que fala sobre suicídio tem risco em potencial e merece investigação e atenção especial. São fundamentais a escuta e o bom julgamento clínico. Não é verdade que "quem fala que vai se matar, não se mata". Por impulsividade ou por erro de cálculo da tentativa, a fatalidade acontece.

3. O manejo se inicia durante a investigação do risco. A abordagem verbal pode ser tão ou mais importante que a medicação. Isso porque faz com que o paciente se sinta aliviado, acolhido e valorizado, fortalecendo a aliança terapêutica. Dessa forma, é fundamental para o médico não especialista saber investigar e abordar a suicidabilidade.

4. Identificação e tratamento prévio de transtorno psiquiátrico existente, como: depressão; transtorno afetivo bipolar; uso/abuso de álcool e outras drogas etc.

5. O profissional de saúde não deve ficar receoso de investigar se aquele paciente tem risco de suicídio. O tema deve ser abordado com cautela, de maneira gradual. As perguntas devem ser feitas em dois blocos: o primeiro para todos os pacientes, e o segundo apenas para aqueles

indivíduos que responderam às três perguntas iniciais que sugerem, pelas respostas, um risco de suicídio.

São seis perguntas fundamentais em cada consulta, sendo três delas para todos os pacientes:

1. Você tem planos para o futuro?
A resposta do paciente com risco de suicídio é não.

2. A vida vale a pena ser vivida?
A resposta do paciente com risco de suicídio novamente é não.

3. Se a morte viesse, ela seria bem-vinda?
Desta vez a resposta será sim para aqueles que querem morrer.

Se o paciente respondeu como foi referido acima, o profissional de saúde fará estas próximas perguntas:

4. Você está pensando em se machucar/se ferir/fazer mal a você/em morrer?

5. Você tem algum plano específico para morrer/se matar/tirar sua vida?

6. Você fez alguma tentativa de suicídio recentemente?

Questões adicionais

O processo não termina com a confirmação das ideias suicidas. Ele continua com questões adicionais para avaliar a

frequência e a severidade da ideação, bem como a possibilidade real de suicídio. É importante saber se o paciente possui algum plano suicida e os meios para praticá-lo.

Para o raciocínio clínico, ainda é importante que os seguintes itens sejam esclarecidos:

- Há meios acessíveis para cometer suicídio? (Armas, andar onde mora, remédios ou inseticidas).

- Qual a letalidade do plano e a concepção da letalidade pelo paciente? Qual a probabilidade de resgate/como foi o resgate?

- Alguma preparação foi feita? (Carta, testamento ou acúmulo de comprimidos).

- Quão próximo o paciente esteve de completar o suicídio? O paciente praticou anteriormente o ato suicida ou já tentou?

- O paciente tem habilidade de controlar seus impulsos?

- Há fatores estressantes recentes que tenham piorado as habilidades de lidar com as dificuldades ou de participar no plano de tratamento?

- Há fatores protetores? Quais os motivos para o paciente se manter vivo? Qual a visão do paciente sobre o futuro?

Ainda não existem classificações precisas e objetivas do risco de suicídio, pois diante da complexidade do comportamento humano, as previsões de certeza são impossíveis. A avaliação é clínica e leva em conta todo o conhecimento já exposto nesta cartilha.

7.2. Avaliando a doença mental

A maior parte dos suicidas tinha uma doença mental que não fora tratada. As principais doenças associadas ao comportamento suicida são: depressão; transtorno bipolar; transtornos relacionados ao uso de álcool e outras substâncias; transtornos de personalidade; e esquizofrenia. Não é, naturalmente, objetivo desta cartilha fazer uma revisão detalhada sobre o diagnóstico e o tratamento destes transtornos, mas alguns pontos são fundamentais.

Apesar da maioria das pessoas com risco de suicídio apresentar transtorno mental, grande parte não procura um profissional de saúde mental, mesmo em países desenvolvidos. Assim, o papel da equipe de atenção primária à saúde torna-se vital.

• Depressão:

A depressão é uma doença muito prevalente. Estima-se que entre 6% a 8% da população fará pelo menos um epi-

sódio em um ano. Ao longo da vida, até 25% das mulheres e até 10% a 12% dos homens também farão pelo menos um episódio depressivo. É uma doença que tende a ser crônica e recorrente, particularmente quando não tratada, podendo ser importante fonte de incapacidade. Segundo a OMS, é a segunda mais importante causa de incapacidade no mundo.

Em função de sua alta prevalência, a depressão é a doença mental que mais está associada ao suicídio. Representa, em números absolutos, o diagnóstico mais frequentemente encontrado entre suicidas. Em função disso, faz parte das estratégias de prevenção ao suicídio de alguns países o tratamento rápido e efetivo das depressões, com o intuito de salvar vidas.

Alguns dos sintomas comuns de depressão são: sentir-se triste durante a maior parte do dia, diariamente; perder o interesse em atividades rotineiras; perder o apetite, com perda de peso, ou ter aumento do apetite, com ganho de peso; insônia, ou o contrário, necessidade aumentada de dormir; sentir-se cansado e fraco o tempo todo; sentir-se inútil, culpado e sem esperança; sentir-se irritado e cansado o tempo todo; sentir dificuldade em concentrar-se, tomar decisões ou lembrar-se das coisas; e ter pensamentos frequentes de morte e suicídio.

Os tratamentos para depressão estão facilmente disponíveis e incluem tratamentos que podem ser usados em atenção primária, como psicoterapia de tipo interpessoal ou cognitiva, bem como medicamentos antidepressivos. Os medicamentos são mais eficazes do que as psicoterapias, particularmente nas depressões de intensidade moderada e grave, mas sempre que possível uma associação com a psicoterapia é desejável. Outros tratamentos têm seu uso mais adequado na atenção secundária/terciária, como a estimulação magnética superficial e profunda, entre outras. Uma menção especial deve ser feita para a eletroconvulsoterapia (que, a despeito de muita controvérsia em relação ao seu uso, é ainda hoje o mais eficaz tratamento para a depressão), sendo reservada primordialmente para casos selecionados como: depressões graves, depressões refratárias, depressões com sintomas psicóticos e depressões com risco alto de suicídio já que a ação antidepressiva do ECT é mais rápida do que dos próprios antidepressivos. Todas as terapêuticas devem estar disponíveis para salvar vidas. Cabe ao médico escolher a mais adequada para cada situação.

• Transtorno Bipolar:

O Transtorno Bipolar (TB) também é uma condição médica muito frequente e que acomete cerca de 1,5% da população geral (embora estudos mostrem que a prevalência

do chamado espectro bipolar possa ser muito maior). Caracteriza-se por alterações de humor que se manifestam, como episódios depressivos, alternando-se com episódios de euforia (também denominados de mania), em diversos graus de intensidade. Pode acarretar incapacidade e grave sofrimento para os pacientes e familiares. Dados da OMS, ainda na década de 1990, evidenciaram que o TB foi a sexta maior causa de incapacitação no mundo. Frequentemente está associado a outras doenças mentais comórbidas, como dependência ao álcool e outras drogas; doenças clínicas, como obesidade; e doenças cardiovasculares e pulmonares.

O TB é o transtorno mental mais associado ao comportamento suicida. Estima-se que até 50% dos portadores tentam o suicídio ao menos uma vez em suas vidas e 15% efetivamente o cometem. O risco acontece principalmente nas fases depressivas ou nos episódios mistos (quando há combinação de sintomas ao mesmo tempo depressivos e maníacos).

O tratamento adequado do TB reduz a mortalidade por suicídio. Esse tratamento deve incluir uma combinação de psicoterapia e medicamentos. O medicamento de primeira escolha para pacientes bipolares com risco de suicídio é o Lítio, que tem uma ação antissuicídio (possivelmente reduzindo a impulsividade e agressividade), independentemente de sua ação como estabilizadora do humor. O

tratamento medicamentoso do paciente bipolar geralmente incluirá a prescrição de um ou mais estabilizadores do humor, em associação com antidepressivos (sempre com cautela) e de antipsicóticos (em especial os de segunda geração, como risperidona; olanzapina; quetiapina; ziprasidona; e aripiprazol). Isto se faz necessário para o controle de episódios de depressão e de mania.

• Transtorno relacionado ao uso de álcool e outras substâncias:

É, no conjunto, a segunda doença mental mais associada ao suicídio, após os transtornos do humor (depressão e transtorno bipolar). Cerca de 5% a 10% das pessoas dependentes de álcool terminam suas vidas pelo suicídio. Por outro lado, boa parte dos suicídios e tentativas foi precedida pela ingestão de álcool e/ou uso de alguma outra droga, sem serem dependentes. Pessoas dependentes de álcool que cometem suicídio, em geral, começam a beber em idade precoce e bebem intensamente, como também vêm de famílias de alcoolistas. O uso ostensivo e precoce de outras substâncias também tem sido frequentemente associado ao suicídio de adolescentes e jovens. Abuso de substâncias químicas tem sido encontrado cada vez mais em adolescentes que começam a ter comportamentos suicidas.

A abordagem e o tratamento do risco de suicídio nesses pacientes são complexos e envolvem o tratamento adequado da dependência, avaliação e tratamento de possíveis comorbidades (frequentemente encontradas nesses pacientes, como depressão e transtornos de personalidade).

• Esquizofrenia:

Esquizofrenia é uma doença crônica que afeta 1% da população e ocorre em todas as sociedades e localidades no mundo. Tem início precoce na segunda década de vida, em ambos os gêneros. Ela contribui com mais de 10% dos suicídios, por isso a importância da identificação precoce para a prevenção deste.

Caracteriza-se por sintomas que podem ser divididos em duas categorias principais: positivos e negativos. Os sintomas positivos são frequentemente enfatizados porque podem ser dramáticos e surgem quando o paciente descompensa com uma ruptura da realidade: delírios; alucinações; distorção ou exagero da linguagem e da comunicação; e fala e comportamento desorganizados. Geralmente refletem excesso de funções normais. Os sintomas negativos da esquizofrenia são comumente: reduções das funções normais, como retraimento social; embotamento afetivo; passividade; contato pobre; dificuldade no pensamento abstrato; falta de espontaneidade; entre

outros. A redução do funcionamento normal pode não ser tão dramática quanto os sintomas positivos, entretanto é interessante notar que os sintomas negativos da esquizofrenia acabam por determinar se o paciente funciona bem ou evolui de forma desfavorável, tornando-se dependente, com retraimento social, perda do emprego e incapacidade completa.

Na esquizofrenia, o índice de morbidade é alto, reduzindo a curva da longevidade em 8 a 16 anos por causas naturais. A esquizofrenia está associada com aumento de 10 vezes do risco de morte por suicídio, e 50% dos pacientes esquizofrênicos podem tentar o suicídio em algum ponto do curso da doença. As tentativas são frequentemente precipitadas pela depressão, estressores e sintomas psicossociais. São quase sempre sérias, com um alto grau de intencionalidade. O suicídio é mais comum durante os anos iniciais da doença. Em alto risco de suicídio incluem os pacientes com curso crônico da doença, os que necessitaram de múltiplas internações psiquiátricas e os que tiveram tentativas prévias. Em particular risco estão os pacientes esquizofrênicos com bom funcionamento pré-mórbido e aqueles que entendem ou têm juízo crítico sobre as implicações de ter uma doença psicótica crônica: percebem o impacto negativo da doença em seu funcionamento e realizações pessoais, sociais e vocacionais, perda da habilidade e competências prévias, particularmente se eles estão pessimistas sobre os benefícios

do tratamento. Outros fatores incluem o gênero masculino, a idade mais jovem, o isolamento social, a agitação grave, a acatisia e a presença de sintomas psicóticos.

A principal tarefa diante de um paciente com esquizofrenia é contribuir no controle dos sintomas e na redução de recaídas. Os tratamentos se baseiam em uma combinação de psicoterapia, psicoeducação para conscientizar o paciente imerso em vivências psicóticas da necessidade e importância do tratamento. É imperativo na esquizofrenia o uso de medicamentos antipsicóticos. A Clozapina é particularmente importante em pacientes com risco de suicídio por ter demonstrado ação antissuicídio. A terapia familiar é útil para melhorar a comunicação, o suporte social e a adesão ao tratamento.

• Transtorno de Personalidade:

Os Transtornos de Personalidade (TP) têm adquirido cada vez mais importância na prática médica. Estudos populacionais apontam a prevalência dos TP em aproximadamente 10% a 15% da população geral. Entretanto, na população psiquiátrica pode chegar a mais de 50% de qualquer TP.

Os TP apresentam risco aumentado de suicídio em até 12 vezes para homens e 20 vezes para mulheres, especialmente os transtornos de personalidade antissocial e

Borderline (limítrofe), além de apresentarem associações com outros transtornos psiquiátricos, como transtorno do humor e abuso de drogas.

No TP estão presentes alterações marcantes no jeito de sentir, perceber a si e ao mundo e se relacionar. São muito diferentes da média da comunidade, na qual o indivíduo vive e traz sofrimento para si e para os que o cercam. O diagnóstico só pode ser firmado na idade adulta e persistem muitos anos. Alguns traços da personalidade psicopata já são notados por pais, professores e médicos na infância ou adolescência. A etiologia é considerada multifatorial, em que aspectos biológicos (genéticos e constitucionais), sociais e psicológicos interagem.

Fatores desencadeantes de suicídio em indivíduos com TP são estressores psicossociais, como problemas no trabalho, discórdia familiar ou dificuldades financeiras. Nos pacientes com TP *Borderline* a impulsividade e o abuso de drogas estão associados ao maior número de tentativas de suicídio.

Estudos epidemiológicos mostram que pacientes com depressão maior em comorbidade com TP *Borderline*, quando comparados com pacientes deprimidos sem transtorno de personalidade, possuem início mais precoce de sintomas, maior número de episódios depressivos, maior incidência

de sintomas atípicos, maior prevalência de comorbidade com abuso de substância e maior número de tentativas de suicídio prévias. A presença de comportamentos impulsivos entre pacientes com TP *Borderline* mostrou-se fator preditor independente de comportamento suicida (OR, 4.3).

7.3 Avaliação do risco

Após uma avaliação detalhada da história do indivíduo, incluído suicidabilidade e doença mental, vamos estabelecer o nível do risco e a conduta a ter para reduzi-lo.

7.3.1. Risco baixo

Caracterizar:

- A pessoa teve alguns pensamentos suicidas, mas não fez nenhum plano.

Manejar:

- Escuta acolhedora para compreensão e amenização de sofrimento;
- Facilitar a vinculação do sujeito ao suporte e ajuda possível ao seu redor – social e institucional;
- Tratamento de possível transtorno psiquiátrico.

Encaminhar:

- Caso não haja melhora, encaminhe para profissional especializado;

- Esclareça ao paciente os motivos do encaminhamento;
- Certifique-se do atendimento e agilize ao máximo, tendo em vista a excepcionalidade do caso;
- Tente obter uma contrarreferência do atendimento.

7.3.2. Risco médio

Caracterizar:

- A pessoa tem pensamentos e planos, mas não pretende cometer suicídio imediatamente.

Manejar:

- Total cuidado com possíveis meios de cometer suicídio que possam estar no próprio espaço de atendimento;
- Escuta terapêutica que o possibilite falar e clarificar para si sua situação de crise e sofrimento;
- Realização de contrato terapêutico de não suicídio;
- Investimento nos possíveis fatores protetivos do suicídio;
- Faça da família e amigos do paciente os verdadeiros parceiros no acompanhamento do mesmo.

Encaminhar:

- Encaminhar para o serviço de psiquiatria para avaliação e conduta ou agendar uma consulta o mais breve possível;

- Peça autorização para entrar em contato com a família, os amigos e/ou colegas e explique a situação sem alarmar ou colocar panos quentes, informando o necessário e preservando o sigilo de outras informações sobre particularidades do indivíduo;
- Oriente sobre medidas de prevenção, como: esconder armas; facas; cordas; deixar medicamentos em local que a pessoa não tenha acesso etc.

7.3.3. Risco alto

Caracterizar:

- A pessoa tem um plano definido, tem os meios para fazê-lo e planeja fazê-lo prontamente;
- Tentou suicídio recentemente e apresenta rigidez quanto à uma nova tentativa;
- Tentou várias vezes em um curto espaço de tempo.

Manejar:

- Estar junto da pessoa. Nunca deixá-la sozinha;
- Total cuidado com possíveis meios de cometer suicídio que possam estar no próprio espaço de atendimento;
- Realização de contrato de "não suicídio";
- Informar a família da forma já sugerida.

Encaminhar:

- Encaminhar para o serviço de psiquiatria para avaliação, conduta e, se necessário, internação. Caso não seja possível, considere o caso como emergência e entre em contato com um profissional da saúde mental ou do serviço de emergência mais próximo. Providencie uma ambulância e encaminhe a pessoa ao pronto-socorro psiquiátrico, de preferência.

7.3.4. Urgência/emergência

O manejo do paciente na urgência/emergência terá três objetivos: reduzir o risco imediato; manejo dos fatores predisponentes; e acompanhamento.

Vigilância 24 horas deve ser estruturada por alguém da equipe de saúde ou cuidador, se for avaliado como capacitado, até a reavaliação médica. Utensílios que podem ser usados para machucar (facas, instrumentos pontiagudos, remédios, cintos e cordas) devem ser retirados do acesso do paciente , assim como a bolsa do mesmo deve ser revistada para avaliar a presença destes. Portas, inclusive do banheiro, não devem ser trancadas.

• A transferência de pacientes entre instituições deve ser feita de ambulância, e não pelos familiares;

• Os pacientes com alto risco de suicídio e frágil suporte social devem ser internados em instituição especializada;

• Em casos graves, a eletroconvulsoterapia pode ser uma opção para um resultado em curto prazo.

8. Posvenção do suicídio

O luto do suicídio descreve o período de ajustamento à uma morte por suicídio que é experimentado por membros da família, amigos e outros contatos do falecido que são afetados pela perda. Nos EUA, os indivíduos afetados são descritos como "sobreviventes de suicídio" ou "sobreviventes de perda por suicídio". Cerca de 7% da população é exposta ao luto por suicídio a cada ano. Dados de pesquisas estimam que 60 pessoas sejam intimamente afetadas em cada morte por suicídio, incluindo família, amigos e colegas de classe. Como a OMS estima que 800 mil pessoas morram por suicídio a cada ano, cerca de 48 milhões e 500 milhões de pessoas podem ser expostas ao luto do suicídio em um ano.

A posvenção inclui as habilidades e estratégias para cuidar de si mesmo ou ajudar outra pessoa a se curar após a experiência de pensamentos suicidas, tentativas ou morte. Deste modo, o próprio paciente e a família devem ser acompanhados para evitar novas tentativas, bem como ajudar no processo do luto em caso de suicídio ocorrido.

O seguimento mais próximo desses "sobreviventes do suicídio" com um processo adequado de luto pode, no entanto, ser benéfico. Estratégias com foco no suporte

aos familiares parecem ser as mais promissoras, tanto por meio de recrutamento ativo dos familiares "sobreviventes do suicídio", como abordagens de grupo de apoio ao luto, conduzidas por facilitadores treinados. Tais ações mostraram aumento do uso de serviços projetados para ajudar no processo de luto e redução em curto prazo do sofrimento psíquico associado ao luto.

9. O Suicídio e a importância da rede de saúde

Sabemos hoje que praticamente 100% dos suicidas tinham uma doença mental, muitas vezes não diagnosticada e não tratada. De fato, dos que morrem por suicídio, cerca de 50% a 60% nunca se consultaram com um profissional de saúde mental ao longo da vida.

• Metade dos que morrem por suicídio foram a uma consulta médica em algum momento do período de seis meses que antecederam a morte;

• 80% foram ao médico não psiquiatra no mês anterior ao suicídio.

Falar de uma rede de saúde para prevenção do suicídio é reforçar a importância de ter uma rede bem integrada. A prevenção não deve se iniciar apenas nos centros com foco em saúde mental, mas deve ser observada em todos os âmbitos do sistema de saúde.

Programas de treinamentos com médicos generalistas na Suécia e na Inglaterra resultaram em uma melhoria da detecção e do tratamento de transtornos depressivos, sendo seguido por um decréscimo na taxa de suicídio.

Considerando que a porta de entrada do paciente em risco de suicídio no serviço de saúde pode ser variada (emergências clínicas/psiquiátricas, centros de saúde da família, centros de atenção psicossocial etc.), melhorar a capacidade dos profissionais de saúde em detectar e lidar com essas pessoas é uma forma de prevenção.

9.1. O que compete à equipe de saúde como um todo

A equipe de saúde atenta e bem treinada considera qualquer tentativa ou intenção, por mais ingênua que se mostre, como fato relevante. Qualquer tentativa, atual ou pregressa, deve servir de alerta para o profissional que está cuidando do paciente. Isso requer uma avaliação cuidadosa que disponha de certos critérios. A identificação e a avaliação do risco suicida são competências que dizem respeito a toda a rede de saúde, sendo fundamental que todos estejam capacitados para realizá-la, por se tratar de uma grande questão de saúde pública mundial.

O ato suicida põe em xeque a vocação e o compromisso da equipe de ajudar e salvar vidas. É preciso que a mesma esteja preparada para lidar com o sentimento de impotência.

Quando sentir-se atacada ou frustrada por essa situação, deve evitar reagir ao paciente, maltratá-lo ou negligenciá-lo.

9.2. O que compete à atenção primária

O estigma do suicídio é um dos maiores problemas quando o assunto é prevenção. A atenção primária tem um canal de proximidade e territorialidade com o paciente e com a comunidade. Por estar na ponta, diariamente tem o poder de propiciar uma nova abordagem e uma nova compreensão sobre o tema. Para que esse tabu (a barreira que dificulta a prevenção) seja desconstruído, é imprescindível que existam programas educativos para formação de médicos e profissionais de cuidados da saúde primária para a rápida identificação, avaliação e manejo de situações de baixo risco.

• Identificar • Avaliar • Manejar • Encaminhar

Identificação de casos; avaliação prévia de risco; manejo dos casos de baixo risco; encaminhamento para rede de saúde mental – com a certeza de atendimento e contrarreferência; e acompanhamento após encaminhamento.

9.3. O que compete à atenção secundária e terciária

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Hospitais de Urgência e Emergência (geral e/ou psiquiátrico), os Serviços Especializados e outros são de fundamental importância para os indivíduos que estão em situação de crise, após

tentativa e/ou em acompanhamento por quadro psiquiátrico médio/grave. Esses serviços precisam estar sintonizados e integrados a todos os equipamentos e dispositivos disponíveis na rede para que haja fluxo, encaminhamentos e planos terapêuticos mais eficientes e eficazes.

• Recebe/avalia • Tratamento • Acompanha • Encaminha

Avaliação do risco; diagnóstico psiquiátrico e/ou situação psicológica atual; contrato terapêutico; intervenção na crise; plano terapêutico estratégico com identificação de fatores de risco e fatores protetivos; atendimento semanal com suporte ambulatorial e escuta psicoterapêutica; retaguarda para internação em casos de alto risco; atendimento e, se necessário, internação em emergências hospitalares – nos casos de tentativa de suicídio; acompanhamento do serviço social e psicológico do hospital; encaminhamento para o serviço de saúde mental – com certificação de atendimento e contrarreferência – após alta.

A Portaria nº. 1.271, de 6 de junho de 2014 (Brasil. Ministério da Saúde, 2014), que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, inclui a tentativa de suicídio como notificação compulsória imediata que deverá ser realizada em até 24 horas a partir do conhecimento da ocorrência. Apenas a

notificação compulsória não basta. Há que se garantir que essa pessoa que acabou de fazer uma tentativa de suicídio seja imediatamente colocada em tratamento para reduzir o risco de nova tentativa e de suicídio completo.

9.4. Prevenção do suicídio além do sistema de saúde

A prevenção do suicídio não se limita à rede de saúde, mas deve ir além dela, sendo necessária a existência de medidas em diversos âmbitos na sociedade, que poderão colaborar para diminuição das taxas de suicídio. A prevenção do suicídio deve ser também um movimento que leva em consideração o biológico, psicológico, político, social e cultural, no qual o indivíduo é considerado como um todo em sua complexidade. A seguir, são listadas algumas das formas de prevenção do suicídio que extrapolam o sistema de saúde.

9.5. Promoção de qualidade de vida

• Incentivo a espaços de promoção de saúde na comunidade, como a realização de grupos de autoajuda nas igrejas e escolas, associações e ONGs;

• Controle/regulação do acesso aos métodos mais utilizados, como: carbamato (chumbinho); pesticidas; raticidas e outros; e restrição às armas de fogo;

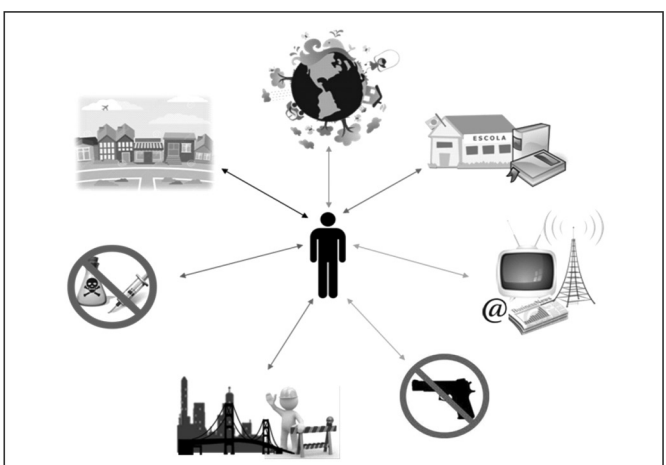
• Construções inteligentes e planejamento da cidade com medidas de segurança; comprometimento dos órgãos

responsáveis; e campanha SELO AMARELO para construções que atendam a essas medidas de segurança;

• Incremento do uso estratégico da mídia para campanhas preventivas e maior regulação da veiculação em casos de tentativas;

• Evitar as descrições pormenorizadas do método empregado, bem como fatos e cenas chocantes;

• Campanhas nas escolas que problematizem o assunto, de forma a descontruir tabus e facilitar a prevenção.



Referências

Bertolote JM, Fleischmann A. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective, 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 1.271, de 24 de junho de 2014. Define a lista nacional de notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Diário Oficial da União; jun. 2014. 9(108): seção I, p. 67.

Botega NJ, D'Oliveira CF, Cais CF, Stefanello S. Prevenção do suicídio: manual dirigido profissionais da saúde da atenção básica recursos da comunidade. São Paulo: Unicamp, 2009.

Corrêa H, Barrero SP. Suicídio: uma morte evitável. São Paulo: Atheneu, 2006.

Meleiro A. 50 FAQ. 50 Frequently Asked Questions: suicídio, 1 ed. São Paulo: EPM, 2013.

Meleiro A, Teng CT, Wang YP. Suicídio: estudos fundamentais. São Paulo: Segmento Farma, 2004.

Neves MCL, Meleiro A., Souza FGM, Silva AG, Corrêa, H. Suicídio: fatores de risco e avaliação, 51(1): 66-73. Brasília: Med 2014.

Sheehan D. et al. The mini international neuropsychiatric interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. J Clin Psychiatry, 59 (suppl 20): 22-33, 1998.

Turecki G, Ernest C, Jollant F, Labonté B, Mechawar N. The development origins of suicidal behavior. Trends Neurosci, 35(1): 14-22, 2012.

World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. Geneva: WHO, 2014 [acesso em: 20 agosto 2014]. Disponível em: <http://HYPERLINK“http://www.who.int/entity/mental_health/suicide-prevention/world_re-”www.who.int/entity/mental_health/suicide-prevention/world_re-port_2014/en/index.html>.

Suicídio: informando para prevenir.
Copyright © 2014 – Associação Brasileira de Psiquiatria.

Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP)
Presidente: Antônio Geraldo da Silva

Comissão de Estudo e Prevenção de Suicídio da ABP
Coordenadora: Alexandrina Maria Augusto da Silva Meleiro (USP)
Subcoordenadores: Humberto Corrêa (UFMG) e Fábio Gomes de Matos e Souza (UFC)

Conselho Federal de Medicina (CFM)
Presidente: Carlos Vital Tavares Corrêa Lima

Câmara Técnica de Psiquiatria do CFM
Emmanuel Fortes Silveira Cavalcanti (coordenador), Alberto Carvalho de Almeida, Antonio Geraldo da Silva, Benedito Paulo Bezerra, Carlos Alberto Iglesias Salgado, Carlos Eduardo Kerbeg Zacharias, Cássio Castellarin, Diaulas Ribeiro, João Romildo Bueno, José Geraldo Vernet Taborda (*in memoriam*), José Givaldo de Medeiros, Josimar Matta Farias França, Juberty Antônio de Souza, Paulo César Geraldes, Ronaldo Ramos Laranjeiras, Salomão Rodrigues Filho, Valentin Gentil Filho, Rogério Wolf Aguiar (convidado)

Comissão de Ações Sociais do CFM
Henrique Batista e Silva (coordenador), Dioclécio Campos Junior, Geniberto Paiva Campos, Ítalo Rocha, Jô Mazzarollo, José Manoel Bertolote, Leonardo Steiner, Marcelo Machado, Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte, Pe. Ricardo Rezende, Ricardo Paiva.

Supervisão editorial
Milton Júnior e Paulo Henrique de Souza

Copidesque/Revisão
PMOLab – Educação e Projetos Ltda.

Projeto gráfico, capa e diagramação
Portal Print Gráfica e Editora Ltda.-ME/Leandro Rangel

Tiragem
20.000 exemplares



CFM

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

Defendendo princípios, aperfeiçoando práticas.



ABP

Associação Brasileira de Psiquiatria