



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

# PREVENÇÃO DO SUICÍDIO: UM MANUAL PARA MÉDICOS CLÍNICOS GERAIS

Este documento pertence a uma série de manuais destinados a grupos sociais e profissionais específicos, especialmente relevantes para a prevenção do suicídio.

Ele foi preparado como parte do SUPRE (*Suicide Prevention Program*), a iniciativa mundial da OMS para a prevenção do suicídio.

*Palavras-chave:* suicídio / prevenção / manuais / médicos clínicos gerais / treinamento / atenção básica à saúde

**ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE**

**DEPARTAMENTO DE SAÚDE MENTAL**

**TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS**

**Genebra**

**2000**

## Prefácio

O suicídio é um fenômeno complexo que tem atraído a atenção de filósofos, teólogos, médicos, sociólogos e artistas através dos séculos; de acordo com o filósofo francês Albert Camus, em *O Mito de Sísifo*, esta é a única questão filosófica séria.

Como um sério problema de saúde pública, o suicídio demanda nossa atenção, mas sua prevenção e controle, infelizmente, não são tarefas fáceis. As melhores pesquisas indicam que a prevenção do suicídio, mesmo sendo uma atividade factível, envolve toda uma série de atividades, que variam desde as melhores condições possíveis para a criação das crianças e dos jovens, passando pelo tratamento efetivo dos transtornos mentais, até o controle dos fatores de risco ambientais. A disseminação apropriada da informação e o aumento da conscientização são elementos essenciais para o sucesso de programas de prevenção do suicídio.

Em 1999 a OMS lançou o SUPRE, uma iniciativa mundial para a prevenção do suicídio. Este manual é um de uma série de recursos preparados como parte do SUPRE e direcionados a grupos sociais e profissionais específicos que são particularmente relevantes na prevenção ao suicídio. Ele representa uma ligação em uma cadeia longa e diversificada que envolve uma ampla gama de pessoas e grupos, incluindo profissionais da saúde, educadores, agências sociais, governos, legisladores, comunicadores sociais, representantes da lei, famílias e comunidades.

Somos especialmente gratos ao Dr. Jean-Pierre Soubrier, do Groupe Hospitalier Cochin, em Paris, França, que produziu uma versão preliminar deste manual. O texto foi subsequenteiramente revisado pelos seguintes membros da Rede Internacional de Prevenção ao Suicídio da OMS, aos quais somos gratos:

- Dr. Sergio Pérez Barrero, Hospital de Bayamo, Granma, Cuba
- Dr. Annette Beautrais, Christchurch School of Medicine, Christchurch, Nova Zelândia
- Prof. Diego de Leo, Griffith University, Brisbane, Austrália
- Dr. Ahmed Okasha, Ain Shams University, Cairo, Egito
- Prof. Lourens Schlebusch, University of Natal, Durban, África do Sul
- Dr. Airi Värnik, Tartu University, Tallinn, Estônia
- Prof. Danuta Wasserman, National Centre for Suicide Research and Control, Stockholm, Suécia
- Dr. Shutao Zai, Nanjing Medical University Brain Hospital, Nanjing, China.

Também agradecemos à Dra. Lakshmi Vijayakumar, do SNEHA, em Chennai, na Índia, por seu auxílio na edição técnica de versões preliminares deste manual.

Estes manuais estão sendo agora amplamente divulgados, na esperança de que eles sejam traduzidos e adaptados às condições locais de cada região – um pré-requisito para sua efetividade. Comentários e requisições para a permissão de tradução e adaptação serão então muito bem-vindos.

Dr. J. M. Bertolote

Transtornos Mentais e Comportamentais

Departamento de Saúde Mental

Organização Mundial da Saúde

---

### Tradução para o Português:

Juliano dos Santos Souza e Neury Jose Botega – Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria – Faculdade de Ciências Médicas – Universidade Estadual de Campinas – Campinas – SP – Brasil. Centro Brasileiro do Estudo Multicêntrico de Intervenção no Comportamento Suicida – SUPRE-MISS, da Organização Mundial da Saúde.

# **PREVENÇÃO DO SUICÍDIO**

## **UM MANUAL PARA MÉDICOS CLÍNICOS GERAIS**

Uma das piores coisas que um médico tem que enfrentar é o suicídio de um paciente. As reações comumente vivenciadas pelos médicos que passaram por este evento são descrença, perda de confiança, raiva e vergonha. O suicídio de um paciente pode desencadear sentimentos de inadequação profissional, dúvidas sobre a própria competência e medo de perder a reputação.

Este manual é direcionado primariamente a médicos clínicos gerais. Seu objetivo é destacar os principais transtornos e outros fatores associados com o suicídio e prover informações referentes à identificação e ao manejo de pacientes suicidas.

### **O IMPACTO DO SUICÍDIO**

De acordo com estimativas da OMS do ano 2000, naquele ano, aproximadamente 1 milhão de pessoas estiveram em risco de cometer o suicídio. O suicídio é uma das 10 maiores causas de morte em todos os países, e uma das três maiores causas de morte na faixa etária de 15 a 35 anos.

O impacto psicológico e social do suicídio em uma família e na sociedade é imensurável. Em média, um único suicídio afeta pelo menos outras seis pessoas. Se um suicídio ocorre em uma escola ou em algum local de trabalho, tem impacto em centenas de pessoas.

O custo do suicídio pode ser estimado em termos de DALYs (*disability-adjusted-life-years*, ou anos de vida ajustados às limitações). De acordo com este indicador, em 1998 o suicídio foi responsável por 1,8% do custo total de doenças em todo o mundo, variando entre 2,3% em países de alta renda a 1,7% em países de baixa renda. Este é um custo equivalente ao das guerras e homicídios, grosseiramente aproxima-se do dobro do custo do diabetes, e também equivale ao custo do trauma e asfixia neonatais.

### **SUICÍDIO E TRANSTORNOS MENTAIS**

O suicídio hoje é compreendido como um transtorno multidimensional, que resulta de uma interação complexa entre fatores ambientais, sociais, fisiológicos, genéticos e biológicos. A pesquisa na área tem sugerido que entre 40 e 60% das pessoas que cometeram o suicídio consultaram um médico no mês anterior ao suicídio; destes, a

maioria foi a um clínico geral, e não a um psiquiatra. Em países nos quais os serviços de saúde mental não estão bem organizados, a proporção de pessoas em crises suicidas que consultam um clínico geral provavelmente é maior.

Identificar, avaliar e manejar pacientes suicidas é uma importante tarefa do médico, que tem um papel fundamental na prevenção do suicídio.

**O suicídio em si não é uma doença, nem necessariamente a manifestação de uma doença, mas transtornos mentais constituem-se em um importante fator associado com o suicídio.**

Os estudos, tanto nos países desenvolvidos quanto nos países subdesenvolvidos, revelam uma prevalência total de transtornos mentais de 80 a 100% em casos de suicídios com êxito letal. Estima-se que o risco de suicídio ao longo da vida em pessoas com transtornos do humor (principalmente depressão) é de 6 a 15%; com alcoolismo, de 7 a 15%; e com esquizofrenia, de 4 a 10%.

Contudo, uma proporção substancial de pessoas que cometem o suicídio morrem sem nunca terem vistos um profissional de saúde mental. Assim, a melhora na detecção, referenciamento e manejo dos transtornos psiquiátricos na atenção primária são passos importantes na prevenção do suicídio.

Um achado comum naqueles que cometem o suicídio é a presença de transtornos comórbidos. Os transtornos que comumente apresentam-se em conjunto são alcoolismo e transtornos do humor (p. ex., depressão) e transtornos de personalidade juntamente com outros transtornos psiquiátricos.

**A colaboração com o psiquiatra e a garantia de que seja fornecido um tratamento adequado e apropriado é uma função crucial do médico.**

## **Transtornos do humor**

Todos os tipos de transtornos do humor têm sido associados com suicídio. Estes incluem transtorno afetivo bipolar, episódios depressivos, transtorno depressivo recorrente e transtornos do humor persistentes (p.ex., ciclotimia e distimia), que formam as

categorias F.31 a F.34 da CID-10 (1). O suicídio, é, então, um fator de risco significativo na depressão não reconhecida e não tratada. A depressão tem uma prevalência alta na população geral e não é reconhecida por muitos como uma doença. Estima-se que 30% dos pacientes vistos por um médico sofram de depressão. Aproximadamente 60% daqueles que procuram tratamento inicialmente procuram um clínico geral. É um desafio especial para o médico trabalhar com doença física e transtornos psicológicos simultaneamente. Em muitos casos, a depressão é mascarada e os pacientes apresentam apenas queixas somáticas.

**Em episódios depressivos típicos, o indivíduo normalmente sofre de:**

- **humor deprimido (tristeza)**
- **perda de interesse a prazer**
- **redução na energia (fatigabilidade e diminuição das atividades)**

São sintomas que comumente se apresentam na depressão:

- Cansaço.
- Tristeza.
- Perda de concentração.
- Ansiedade.
- Irritabilidade.
- Distúrbios do sono.
- Dores em diferentes partes do corpo.

Estes sintomas deveriam alertar o médico para a presença de depressão e levar a uma avaliação do risco de suicídio. Características clínicas específicas associadas com aumento do risco de suicídio na depressão são (2):

- Insônia persistente.
- Negligência com os cuidados pessoais.
- Doença grave (particularmente depressão psicótica).
- Déficit de memória.
- Agitação.
- Ataques de pânico.

Os seguintes fatores de risco aumentam o risco de suicídio em pessoas com depressão (3):

- Idade menor que 25 em homens.
- Fases precoces da doença.
- Abuso de álcool.
- Fase depressiva de um transtorno bipolar.
- Estado misto (maníaco-depressivo).
- Mania psicótica.

A depressão é um fator importante para o suicídio tanto para adolescentes quanto para idosos, mas aqueles com depressão de início tardio estão em maior risco.

Avanços recentes no tratamento da depressão são muito relevantes para a prevenção do suicídio em nível de atenção básica à saúde. Verificou-se que a educação do médico clínico geral para a identificação e o para o tratamento da depressão reduziu o suicídio na Suécia (4): Dados epidemiológicos sugerem que os antidepressivos reduzem o risco de suicídio entre os deprimidos. A dose terapêutica plena da medicação deve ser mantida por vários meses. No idoso, pode ser necessário continuar o tratamento por 2 anos depois da recuperação. Verificou-se que os pacientes em uso regular de lítio em terapia de manutenção tem um risco de suicídio diminuído (5).

## **Alcoolismo**

O alcoolismo (tanto o abuso de álcool quanto a dependência ao álcool) é um diagnóstico frequente naqueles que cometeram o suicídio, particularmente em indivíduos jovens. Existem explicações sociais, psicológicas e biológicas para a correlação entre suicídio e alcoolismo. São fatores específicos associados com maior risco de suicídio entre alcoolistas:

- Início precoce do alcoolismo.
- História crônica de alcoolismo.
- Alto nível de dependência.
- Humor depressivo.

- Saúde física precária.
- Desempenho no trabalho precário.
- História familiar de alcoolismo.
- Eventos disruptivos recentes ou perda de uma relação interpessoal importante.

## **Esquizofrenia**

O suicídio é a maior causa de morte prematura entre os esquizofrênicos. São fatores de risco específicos (6):

- Sexo masculino, jovem, desempregado.
- Recaídas recorrentes.
- Medo de deterioração, especialmente naqueles com altas habilidades intelectuais.
- Sintomas positivos – desconfiança e delírios.
- Sintomas depressivos.

O risco de suicídio é maior nas seguintes épocas:

- Estágios precoces da doença.
- Recaída precoce.
- Recuperação precoce.

O risco de suicídio diminui de acordo com o tempo de duração da doença.

## **Transtornos de personalidade**

Estudos recentes realizados com indivíduos jovens que cometeram o suicídio têm mostrado uma alta prevalência de transtornos de personalidade (20-50%). Os transtornos de personalidade que mais frequentemente se associam com o suicídio são os transtornos de personalidade borderline e anti-social (7).

Transtornos de personalidade histriônica e narcisista e certos traços psicológicos como impulsividade e agressividade, também associam-se com suicídio.

## **Transtornos de ansiedade**

Entre os transtornos de ansiedade, o transtorno do pânico tem sido o mais frequentemente associado com suicídio, seguido do transtorno obsessivo-compulsivo (TOC). O transtorno somatoforme e os transtornos alimentares (anorexia nervosa e bulimia) também relacionam-se a comportamentos suicidas.

## **SUICÍDIO E DOENÇAS FÍSICAS**

O risco de suicídio é aumentado em condições físicas crônicas (8). Além disso, existe em geral uma taxa aumentada de transtornos psiquiátricos, em especial depressão, em pessoas com doenças físicas. Cronicidade, limitações e prognóstico ruim correlacionam-se com suicídio.

### **Doenças Neurológicas**

A epilepsia tem sido associada com risco aumentado para suicídio. O aumento tem sido atribuído à impulsividade aumentada, agressividade e limitações crônicas associadas à epilepsia.

Lesões medulares e cerebrais também aumentam o risco de suicídio. Estudos recentes mostraram que depois de um AVC – particularmente na presença de lesões posteriores, que causam maiores limitações e prejuízos físicos - 19% dos pacientes são depressivos e suicidas.

### **Neoplasias**

O risco de suicídio é mais alto no momento do diagnóstico e nos primeiros dois anos da doença terminal, com um aumento do risco no caso de tumores malignos progressivos. A dor é um fator que contribui significativamente para o suicídio.

### **HIV/AIDS**

A infecção pelo HIV e a AIDS representam um risco maior para suicídio em indivíduos jovens, com altas taxas de suicídio. O risco é maior no momento da



confirmação do diagnóstico e nos estágios precoces da doença. Usuários de drogas endovenosas estão em risco ainda mais alto.

## **Outras Condições**

Outras condições médicas crônicas, como doença renal crônica, hepatopatia, transtornos articulares e ósseos, doenças cardiovasculares e gastrointestinais, são implicadas com suicídios. Limitações da locomoção, cegueira e surdez também podem precipitar um suicídio.

Nos anos recentes, eutanásia e suicídios assistidos têm se tornado questões com as quais os médicos podem se confrontar. A eutanásia ativa é ilegal em quase todas as jurisdições, e o suicídio assistido está imerso em controvérsias morais, éticas e filosóficas.

## **SUICÍDIO E FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS**

O suicídio é um ato individual, contudo, ele ocorre no contexto de uma determinada sociedade, e certos fatores socio-demográficos estão associados.

### **Sexo**

Na maioria dos países, mais indivíduos do sexo masculino cometem suicídio, a razão masculino/feminino, no entanto, varia de país para país. A China é o único país no qual os suicídios de mulheres ultrapassam os suicídios dos homens, nas áreas rurais, e as taxas são aproximadamente iguais nas áreas urbanas.

### **Idade**

Os mais idosos (mais que 65 anos) e os mais novos (15-30 anos) são grupos etários de risco aumentado para suicídio. Dados recentes sugeriram um aumento nas taxas de suicídio em homens de meia-idade.

## **Estado Marital**

Pessoas solteiras, viúvas ou divorciadas estão em maior risco para suicídio. O casamento parece ser protetor para o sexo masculino em termos de risco de suicídio, mas não tão significativamente para as mulheres. Separação e morar sozinho aumentam o risco de suicídio.

## **Ocupação**

Alguns grupos ocupacionais, como veterinários, farmacêuticos, dentistas, médicos e fazendeiros têm uma taxa mais alta de suicídio. Não existem explicações óbvias para este achado, embora o acesso a meios letais, pressões no trabalho, isolamento social e dificuldades financeiras, possam ser razões.

## **Desemprego**

Existem forte associação entre as taxas de desemprego e as taxas de suicídio, mas a natureza destas associações é complexa. Os efeitos do desemprego provavelmente são mediados por fatores como pobreza, diminuição do nível social, dificuldades domésticas e desesperança. Por outro lado, pessoas com transtornos mentais têm mais risco de serem desempregadas do que pessoas com boa saúde mental. Em qualquer caso, deve-se considerar a diferença dos riscos da perda recente do emprego e do desemprego crônico – o maior risco é associado com a primeira.

## **Residência Urbana / rural**

Em alguns países os suicídios são mais frequentes em áreas urbanas, enquanto em outros eles ocorrem mais frequentemente em áreas rurais.

## **Migração**

A migração – com seus problemas decorrentes como pobreza, habitações precárias, perda de suporte social e expectativas não preenchidas – aumenta o risco de suicídio.

## **Outros**

Alguns fatores sociais, como a fácil disponibilidade de meios para cometer o suicídio, e eventos de vida estressantes, podem ter um papel significativo no aumento do risco de suicídio.

## **COMO IDENTIFICAR PACIENTES EM ALTO RISCO DE COMPORTAMENTO SUICIDA**

Alguns fatores individuais e sócio-demográficos, úteis clinicamente, estão associados com suicídio (9). Eles incluem:

- Transtornos psiquiátricos (geralmente depressão, alcoolismo e transtornos de personalidade).
- Doença física (doenças terminais, dolorosas ou debilitantes, AIDS).
- Tentativas anteriores de suicídio.
- História familiar de suicídio, alcoolismo e/ou outros transtornos psiquiátricos.
- Estado marital solteiro, viúvo ou separado.
- Viver sozinho (isolamento social).
- Desemprego ou aposentadoria.
- Luto na infância.

Se o paciente encontra-se sob tratamento psiquiátrico, o risco é maior naqueles que:

- Tiveram alta recentemente do hospital.
- Tem história de tentativas anteriores.

Além disso, fatores de vida estressores recentes que foram associados com um risco aumentado para suicídio incluem:

- Separação marital.
- Luto.
- Problemas familiares.
- Alterações no status ocupacional ou financeiro.
- Rejeição de uma pessoa significativa.

- Vergonha e medo de ser culpado de algo.

Existem várias escalas que avaliam o risco de suicídio em pesquisas de campo, mas elas são menos úteis que uma boa entrevista clínica na identificação dos indivíduos que está em risco imediato de cometer suicídio.

O médico pode ser confrontado com uma variedade de condições e situações associadas com o comportamento suicida. Um idoso do sexo masculino, viúvo há pouco tempo, em tratamento para depressão, que mora sozinho, com história de tentativas de suicídio anteriores, e uma jovem com alguns arranhões no antebraço, que foi abandonada pelo namorado recentemente, são dois exemplos contrastantes. Na realidade, a maioria dos pacientes encontra-se entre estes dois exemplos extremos e podem flutuar de uma categoria para outra.

Quando os médicos tem indicativos razoáveis de que o paciente pode ser um suicida, encontram o dilema de como proceder. Alguns médicos sentem-se desconfortáveis com pacientes suicidas. É importante para os médicos estarem conscientes deste sentimento e procurarem ajuda de colegas e possivelmente de profissionais de saúde mental, quando confrontados com este tipo de paciente. É essencial não ignorar ou negar o risco.

Se o médico decide realizar algum procedimento, o passo mais imediato é reservar mentalmente um tempo adequado para o paciente, mesmo que muitos outros possam estar aguardando na sala de espera. Mostrando a vontade de compreender, o médico começa a estabelecer um relacionamento positivo com o paciente. Questões fechadas e diretas no começo da entrevistas não são muito úteis. Comentários do tipo “Você parece muito incomodado, fale-me mais sobre isso”, podem ser úteis. E escuta com empatia é, em si, o passo mais importante na redução do nível do desespero suicida.

Mitos	Realidade
Os pacientes que falam em suicídio raramente o cometem.	Os pacientes que cometem suicídio normalmente dão alguma pista ou aviso antecipadamente. As ameaças devem ser levadas a sério.
Perguntar sobre suicídio pode provocar atos suicidas.	Perguntar sobre suicídio frequentemente reduzirá a ansiedade a respeito deste tema; o paciente pode sentir-se aliviado e melhor compreendido.

### *Como perguntar?*

Não é fácil perguntar aos pacientes sobre suas idéias suicidas. É útil chegar ao tópico de maneira gradual. Uma sequência útil de questões pode ser a seguinte:

1. Você sente-se infeliz ou sem esperança?
2. Você sente-se desesperado?
3. Você sente-se incapaz de enfrentar os dias?
4. Você sente que sua vida é um fardo?
5. Você acha que não vale a pena viver?
6. Você pensa em cometer suicídio?

### *Quando perguntar?*

- Depois de se estabelecer um bom relacionamento com o paciente.
- Quando o paciente sentir-se confortável para expressar seus sentimentos.
- Quando o paciente estiver no processo de expressão de sentimentos negativos.

### *Questões adicionais*

O processo não termina com a confirmação das idéias suicidas. Ele continua com questões adicionais para avaliar a frequência e a severidade da ideação suicida, bem como a possibilidade real de suicídio. É importante saber se o paciente tem algum plano e se tem os meios de cometer o suicídio. Se o paciente menciona que o plano é se dar um tiro, mas não tem acesso a uma arma, o risco é menor. Contudo, se o paciente planejou um método e possui os meios (p.ex., comprimidos) ou se o meio proposto é facilmente acessível, o risco de suicídio é maior. É fundamental que as questões não sejam coercitivas mas sim que sejam feitas de maneira suave, demonstrando a empatia do médico com o paciente. Tais questões podem incluir:

- Você já fez algum plano de terminar sua vida?
- Como você planeja isso?
- Você possui [pílulas/armas/outros meios]?
- Você já pensou em quando se matar?

## PRECAUÇÕES

- *Melhora falsa ou enganosa:* Quando um paciente agitado de repente fica calmo, ele pode ter tomado a decisão de cometer suicídio, daí a calma após a decisão.
- *Negação:* Pacientes que tem intenções muito sérias de suicidar-se podem deliberadamente negar a ideação suicida.

## MANEJO DE PACIENTES SUICIDAS

Se o paciente está emocionalmente perturbado, com pensamentos suicidas vagos, a oportunidade de falar sobre estes pensamentos e sentimentos com um médico que mostre preocupação pode ser suficiente. No entanto, uma oportunidade para seguimento deve ser dada, particularmente se o paciente tem suporte social inadequado. Seja qual for o problema, os sentimentos de uma pessoa suicida normalmente são uma tríade de desesperança, desamparo e despero. Os três estados mais comum são:

1. *Ambivalência:* A maioria dos pacientes suicidas são ambivalentes até morrer de fato. Existe uma batalha entre o desejo de viver e o desejo de morrer. Se a ambivalência é usada pelo médico para aumentar o desejo de viver, o risco de suicídio pode ser reduzido.
2. *Impulsividade:* O suicídio é um fenômeno impulsivo e o impulso é por natureza muito transitório. Se a ajuda é fornecida no momento do impulso, a crise pode ser combatida.
3. *Rigidez.* As pessoas suicidas tem o pensamento, afeto e ações restritos, seu raciocínio é dicotomizado em termos de ambos/ou. Explorando as várias alternativas de morte possíveis com o paciente suicida, o médico gentilmente faz o paciente perceber que existem outras opções, mesmo que não sejam as ideais.

## *Avaliação do suporte*

O médico deve avaliar os sistemas de suporte disponíveis, identificar um parente, amigo, conhecido, ou outra pessoa que possa oferecer suporte ao paciente, e solicitar a ajuda desta pessoa.

## *Contrato*

Estabelecer um “contrato de não-suicídio” é uma técnica útil na prevenção do suicídio. Outras pessoas próximas ao paciente podem ser incluídas na negociação de tal contrato. A negociação deve promover a discussão de vários aspectos relevantes. Na maioria das vezes o paciente respeita as promessas que fazem ao médico. O estabelecimento de um contrato só é válido quando os pacientes tem controle sobre suas ações.

Na ausência de doença psiquiátrica ou ideação suicida severas, o médico pode iniciar e providenciar tratamento farmacológico, geralmente com antidepressivos e terapia psicológica (cognitivo-comportamental). A maioria das pessoas beneficiam-se de contatos seguidos; estes devem ser estruturados de modo a preencher necessidades individuais.

Exceto pelo tratamento de doenças subjacentes, poucas pessoas requerem suporte por mais de dois ou três meses e o foco do apoio deve ser no fornecimento de esperança, no encorajamento da independência e na ajuda que o paciente necessita para aprender a lidar com maneiras diferentes de lidar com os fatores estressores da vida.

## **ENCAMINHAMENTO A UM ESPECIALISTA**

### *Quando encaminhar um paciente*

Os pacientes devem ser encaminhados a um psiquiatra quando eles têm:

- Uma doença psiquiátrica.
- Uma história de tentativas anteriores.
- Uma história familiar de suicídio, alcoolismo e transtornos psiquiátricos.
- Doença física.
- Suporte social precário.

### *Como encaminhar*

Depois de optar pelo encaminhamento, o médico deve:

- Explicar ao paciente, com tempo, as razões para o encaminhamento.
- Diminuir o estigma e a ansiedade com relação às medicações psicotrópicas.
- Deixar claro que as terapias psicológicas e farmacológicas são eficazes.
- Enfatizar que encaminhamento não significa “abandono”.
- Providenciar uma consulta com um psiquiatra.
- Reservar tempo para o paciente depois da sua consulta com o psiquiatra.
- Assegurar que a relação com o paciente continuará.

### *Quando hospitalizar um paciente*

Estas são algumas das indicações para hospitalização imediata:

- Pensamentos de suicídio recorrentes.
- Alto nível de intenção de morrer no futuro imediato (as próximas horas ou dias).
- Agitação ou pânico.
- Existência de plano de uso de métodos violentos e imediatos.

### *Como hospitalizar o paciente*

- Não deixar o paciente sozinho.
- Providenciar hospitalização
- Providenciar transporte ao hospital por uma ambulância ou pela polícia.
- Informar as autoridades necessárias e a família.



## SUMÁRIO DOS PASSOS NA PREVENÇÃO DO SUICÍDIO

A tabela seguinte sumariza os principais passos para a avaliação e o manejo de pacientes quando o médico suspeita ou identifica um risco de suicídio.

### ***Risco de suicídio: identificação, manejo e plano de ação***

<b><i>Risco de suicídio</i></b>	<b><i>Sintoma</i></b>	<b><i>Avaliação</i></b>	<b><i>Ação</i></b>
0	Nenhum	-	-
1	Com problemas emocionais	Perguntar sobre pensamentos suicidas	Escutar com empatia
2	Idéias vagas de morte	Perguntar sobre pensamentos suicidas	Escutar com empatia
3	Ideação suicida vaga	Avaliar a intencionalidade (plano e método)	Explorar as possibilidades Identificar apoio
4	Idéias suicidas SEM transtornos psiquiátricos	Avaliar a intencionalidade (plano e método)	Explorar as possibilidades Identificar suporte
5	Idéias suicidas E transtornos psiquiátricos OU fatores estressores graves	Avaliar a intencionalidade (plano e método) Estabelecer um contrato	Encaminhar para um psiquiatra
6	Idéias suicidas E transtornos psiquiátricos OU fatores estressores graves OU agitação E tentativas prévias	Ficar com o paciente (para prevenir o acesso aos meios letais)	Hospitalizar

## REFERÊNCIAS

1. WHO. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision. Vol. 1. Geneva, World Health Organization, 1992.
2. Angst J, Angst F, Stossen HM. Suicide risk in patients with major depressive disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1999, 60, Suppl. 2: 57-62.
3. Simpson SG, Jamison KR. The risk of suicide in patients with bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1999, 60, Suppl. 2: 53-56.
4. Rutz W, von Knorring L, Walinder, J. Long-term effects of an education programme for general practitioners given by the Swedish Committee for Prevention and Treatment of Depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1992, 85: 83-88.
5. Schou M. The effect of prophylactic lithium treatment on mortality and suicidal behaviour. *Journal of Affective Disorders*, 1998, 50: 253-259.
6. Gupta S, et al. Factor associated with suicide attempts among patients with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 1998, 10: 1353-1355.
7. Isometsa ET, et al. Suicide among subjects with personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 1996, 153:667-673.
8. González Seijo JC, et al. Poblaciones específicas de alto riesgo. In: Bobes Garcia J et al., eds. *Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas*. Masson, Barcelona, 1997, 69-77.
9. Gunnell D, Frankel S. Prevention of suicide: aspirations and evidences. *British Medical Journal*, 1999, 308: 1227-1233.