

Orientações para abordagem do comportamento suicida

Leonardo Baldaçara, Marcelo Feijó de Mello, Leandro Malloy-Diniz, Antônio Geraldo da Silva

Baseadas em:

¹ Baldaçara, L., G. Rocha, V. Leite, D. Porto, R. Grudtner, A. Díaz, A. Meleiro, H. Correa, T. Tung, J. Quevedo and A. da Silva (2020). Brazilian Psychiatric Association guidelines for the management of suicidal behavior. Part 1. Risk factors, protective factors, and assessment. *Braz J Psychiatry*. Forthcoming 2020. DOI:10.1590/1516-4446-2020-0994.

² Baldaçara L, Grudtner RR, Leite VS, et al. Brazilian Psychiatric Association guidelines for the management of suicidal behavior. Part 2. Screening, intervention, and prevention. *Br J Psychiatry* 2020. Forthcoming 2020.

Introdução

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o suicídio é um grave problema de saúde pública e uma das principais causas de morte no mundo¹⁻⁵. Em todo o mundo, cerca de 800000 pessoas morrem por suicídio a cada ano, sendo responsáveis por 1,5% de todas as mortes^{1,2,6}. O suicídio é a décima causa de morte na América do Norte e a principal causa de morte em todo o mundo entre pessoas de 15 a 24 anos de idade^{1,2,7,8}.

No Brasil, foram registrados 50.664 óbitos por suicídio de 2010 a 2014, e a taxa média de mortalidade por suicídio foi de 5,23 por 100.000 habitantes^{1,2,9}. Os municípios brasileiros com as maiores taxas foram Taipas do Tocantins, Estado do Tocantins (79,68 óbitos por 100.000 habitantes); Itaporã, estado de Mato Grosso do Sul (75,15 mortes por 100000); Mampituba, estado do Rio Grande do Sul (52,98 óbitos por 100000 habitantes); Paranhos, estado de Mato Grosso do Sul (52,41 óbitos por 100000); e Monjolos, estado de Minas Gerais (52,08 óbitos por 100000)^{1,2,9}.

O comportamento suicida é uma emergência médica e uma das mais frequentes no sistema de saúde. Por isso, todo profissional deve estar habilitado de forma técnica e científica a lidar com tais situações. Estas orientações estão baseadas em dois artigos das

Diretrizes da Associação Brasileira de Psiquiatria para manejo do comportamento suicida, que será publicado em breve no *Brazilian Journal of Psychiatry*^{1,2}. Elas têm o objetivo de orientar profissionais da saúde e gestores para avaliar, conduzir, e planejar procedimentos para pacientes com comportamento suicida, uma das principais causas de mortalidade preveníveis em todo o mundo.

Definições

As definições de comportamento suicida são altamente variáveis, imprecisas e costumam mudar, especialmente em relação ao comportamento suicida não fatal e ideação suicida. Tais termos abrangem a ideação suicida (pensamentos sérios sobre tirar a própria vida), planos de suicídio e tentativas de suicídio. No entanto, Meyer et al.¹⁰ propôs simplificar tal terminologia. Este autor sugere o uso de ideação suicida, comportamento suicida e suicídio como os termos preferidos. Portanto, para estas orientações ficam padronizados os termos¹:

- Suicídio completo: Um comportamento autolesivo que resultou em fatalidade e foi associado a pelo menos alguma intenção de morrer como resultado do ato^{1,10,11}.
- Atos preparatórios ou plano de suicídio: O indivíduo toma medidas para ferir a si mesmo, mas é impedido por ele mesmo ou outros de iniciar o ato autolesivo antes que o potencial de dano tenha começado^{1,10,11}.
- Tentativa de suicídio: Um comportamento potencialmente autolesivo, associado a pelo menos alguma intenção de morrer, por causa do ato. A evidência de que o indivíduo pretendia se matar, pelo menos até certo ponto, pode ser explícita ou inferida do comportamento ou circunstância. Uma tentativa de suicídio pode ou não resultar em lesão real^{1,10,11}.
- Ideação suicida: Pensamentos passivos sobre querer estar morto ou pensamentos ativos sobre se matar, não acompanhados de comportamento preparatório^{1,10,11}.

Fatores de risco

Fatores de risco populacionais e individuais para suicídio têm sido investigados; além disso, fatores predisponentes e eventos precipitantes foram examinados,

principalmente em nível individual. Cada um desses fatores pode ser mediado por características genéticas, psicológicas e de personalidade, tornando a maioria dos modelos explicativos complexos e difíceis de interpretar^{1,7}.

Nos protocolos, os pacientes que procuram atendimento por comportamento suicida devem ser submetidos à avaliação dos fatores de risco para identificar aqueles que precisam de supervisão intensiva e que devem receber mais recursos clínicos^{1,12-15}. Portanto, alguns autores não acreditam que os fatores de risco possam ser definidos e identificados de forma isolada e precisa, e que, as fatalidades ocorram devido à soma de múltiplas variáveis¹². Ainda há pouca força estatística para justificar o uso isolado desses fatores de risco e, portanto, estudos de coorte utilizando metodologia multivariada irão elucidar no futuro se existem variáveis independentemente associadas ao suicídio^{1,12}. Os psiquiatras e outros médicos devem ter cuidado para não reduzir a avaliação do paciente a informações isoladas. Pelo contrário, ele deve associar a história do paciente a fatores de risco, proteção, acesso a serviços de saúde, motivações e redes de apoio psicossocial^{1,15}.

As informações da literatura sugerem associação entre fatores de risco que indicam suposto alto risco e suicídio total^{1,12,14-17}. No entanto, uma meta-análise descobriu que aproximadamente metade de todos os suicídios têm probabilidade de ocorrer em grupos de baixo risco e que 95% dos pacientes de alto risco não cometem suicídio. Portanto, todos esses resultados devem ser interpretados com cautela^{1,12}.

É importante ressaltar que não existem fatores de risco universais e isoladamente não preveem tentativas de suicídio ou morte. Geralmente, a soma de vários fatores, além da doença sintomática, é o desencadeador do evento. Exceto pela presença de história prévia, ainda não existem dados na literatura que diferenciem os fatores de risco para tentativas ou suicídio ao longo da vida dos fatores de risco para eventos imediatos. Portanto, o bom senso clínico deve sempre prevalecer na avaliação.

No Quadro 1 estão listados alguns possíveis fatores de risco para futuras tentativas de suicídio e no Quadro 2 para o suicídio completo.

Quadro 1. Possíveis fatores de risco para tentativas de suicídio¹.

- Ansiedade
- Autolesão não suicida associada: a maior frequência autolesões, desesperança, Transtorno de Personalidade Borderline, impulsividade, Transtorno de Estresse Pós-Traumático ou depressão
- Baixa função serotoninérgica
- Baixa percepção e compreensão de si
- Bullying
- Desemprego
- Desesperança
- Dificuldades de orientação sexual
- Dor física
- Esquizofrenia
- Exposição a pensamentos e comportamentos autolesivos de outras pessoas próximas
- Fatores genéticos*
- Fraca relação com as famílias
- Frustração
- História familiar de pensamentos ou comportamentos autolesivos
- Ideação de suicídio e planos de suicídio
- Impulsividade
- Maus tratos na infância
- Não tratamento da doença mental
- Negligência física
- Neurocitismo
- Níveis mais altos de cortisol para pessoas com menos de 40 anos
- Obesidade
- Ruminação
- Ser vítima de violência, principal abuso sexual
- Suicídio em familiares
- Tentativas de suicídio anteriores
- Transtorno de estresse pós-traumático
- Transtorno dimórfico corporal
- Transtorno psicótico
- Transtornos do humor (bipolar ou depressão)
- Transtornos do sono
- Uso de antidepressivos**
- Uso de substâncias (independente do padrão)

* O comportamento suicida é alto em familiares de indivíduos que tentam ou cometem suicídio. Existem determinadas alterações como na produção de BDNF, receptor 5HT, fatores poligênicos, que podem estar associados ao comportamento suicida, mas, não há gene que possa ser específico para tal transtorno.

** Apenas nas primeiras 4 semanas e sem acompanhamento médico. O risco da doença em atividade, por sua vez, os benefícios do tratamento sobrepõem a esse fator.

Quadro 2. Possíveis fatores de risco para o suicídio completo¹.

<ul style="list-style-type: none">▪ Abuso sexual▪ Anorexia nervosa▪ Ansiedade▪ Automutilação▪ Baixa escolaridade▪ Desesperança▪ Diabetes▪ Dor física▪ Epilepsia▪ Depressão severa▪ Esquizofrenia▪ Evento de vida negativo▪ Expressão de ideação suicida no primeiro ano de acompanhamento▪ Fatores genéticos*▪ Frustração▪ História familiar de suicídio▪ História familiar de transtorno mentais▪ Homens▪ Ideação de suicídio e planos de suicídio▪ Maus-tratos infantis▪ Mudança brusca de vida	<ul style="list-style-type: none">▪ Pensamentos e comportamentos autolesivos▪ Pesticidas armazenados em casa▪ Prisão▪ Procurando ajuda para transtorno de humor▪ Sentimentos de inutilidade, inadequação ou culpa▪ Solteiros▪ Suicídio em familiares▪ Tentativa de suicídio prévia▪ Transtornos de personalidade▪ Transtorno do humor (bipolar ou depressivo)▪ Transtornos do sono▪ Transtornos mentais comórbidos▪ Ruminação▪ Uso de antidepressivos**▪ Uso de substâncias (independente do padrão)▪ Violência
---	--

* O comportamento suicida é alto em familiares de indivíduos que tentam ou cometem suicídio. Existem determinadas alterações como na produção de BDNF, receptor 5HT, fatores poligênicos, que podem estar associados ao comportamento suicida, mas, não há gene que possa ser específico para tal transtorno.

** Apenas nas primeiras 4 semanas e sem acompanhamento médico. O risco da doença em atividade, por sua vez, os benefícios do tratamento sobrepõem a esse fator.

O uso de antidepressivos aumenta o risco de suicídio?

Apesar da literatura sugerir a associação de comportamento suicida após o uso antidepressivos nos primeiros dias do tratamento, principalmente em jovens, tal associação se mostrou contraditória. Pelo contrário, a melhora dos sintomas é protetora e sobrepõe ao risco. Mas, devido a tal possibilidade, é importante que amplie se a vigilância do paciente nos primeiros 30 dias de tratamento^{1,2,18-20}.

Questionar o paciente sobre o comportamento suicida aumenta o risco de suicídio?

Avaliar o suicídio em relação a resultados negativos não demonstrou efeitos iatrogênicos da triagem²¹. Portanto, tal abordagem não pode ser considerada de risco de risco, mas um fator de proteção^{1,2}.

Fatores de proteção

Existem muito menos dados sobre fatores de proteção do que sobre fatores de risco. Os possíveis fatores de proteção são apresentados no Quadro 3. Tais fatores podem reduzir a chance de nova tentativa ou óbito. Porém, eles não substituem a presença de diversos fatores de risco, sendo que as melhores medidas a serem oferecidas ao paciente são a vigilância e o tratamento. Nota-se que, em algumas situações, o tratamento psicofarmacológico é protetor, reforçando novamente a importância do tratamento na prevenção do suicídio.

Quadra 3. Fatores de proteção para o comportamento suicida.

- Conexão com a escola
- Qualidade de sono satisfatória
- Religiosidade
- Tratamento antidepressivo para pacientes com depressão (principalmente adultos e idosos)
- Tratamento com clozapina na esquizofrenia e transtorno esquizoafetivo

Avaliação do paciente com comportamento suicida

Não existe um modelo eficaz capaz de prever o comportamento suicida e sua causa se deve a múltiplos fatores. A avaliação deve ser a mais ampla possível. Por outro lado, esta é uma situação de saúde comum, que pode sobrecarregar o sistema se forem escolhidos modelos de longo prazo. Além disso, o suicídio é uma emergência médica e requer uma avaliação rápida e eficaz. Por isso, recomenda-se uma avaliação estruturada com foco nas informações essenciais¹.

Um achado importante sugere que 11% e 50% dos indivíduos com comportamento suicida atendidos em um serviço de emergência recusaram ou abandonaram o tratamento ambulatorial, respectivamente²². Portanto, uma avaliação cuidadosa já focada no desenvolvimento de uma aliança terapêutica é essencial¹.

O primeiro, que é ignorado em vários documentos, é descartar outras emergências médicas que requeiram atendimento imediato, como traumas e intoxicações. Os profissionais de saúde muitas vezes podem negligenciar essas situações em favor da

supervalorização dos sintomas psíquicos e do comportamento suicida. Portanto, o cuidado deve começar como qualquer outra emergência²².

Durante a avaliação, deve-se obter informações sobre a história do paciente e outros antecedentes médicos e o estado mental atual. Essas informações permitem identificar os fatores de risco e proteção para o suicídio, que podem requerer intervenções agudas¹. Também possibilitam abordar a segurança imediata do paciente e determinar o cenário mais adequado para o tratamento, além de desenvolver um diferencial diagnóstico para orientar o planejamento do tratamento¹.

Apresentação atual e passada de comportamento suicida: Especificamente, os profissionais de saúde devem perguntar sobre pensamentos, planos e comportamento suicida; métodos específicos considerados para suicídio, incluindo sua letalidade e a expectativa do paciente sobre letalidade, bem como se as armas de fogo estão acessíveis; evidência de desesperança, impulsividade, anedonia, ataques de pânico ou ansiedade; motivos de vida e planos para o futuro; álcool ou outra substância associada à apresentação atual; e pensamentos, planos ou intenções de violência contra os outros. Para cada tentativa, detalhes precisam ser obtidos^{1,23}.

Doença mental: Determinar a presença ou ausência de sinais e sintomas associados a diagnósticos psiquiátricos específicos e identificar sintomas psiquiátricos específicos que podem influenciar o risco de suicídio^{1,23}. O diagnóstico da doença mental e seu diagnóstico diferencial requer sempre a avaliação do médico psiquiatra.

História pregressa: Avaliar a história psiquiátrica (por exemplo, diagnósticos anteriores e comórbidos, hospitalizações anteriores e outro tratamento, ideação suicida anterior); revisar o histórico de tratamento médico (por exemplo, identificar tentativas de suicídio clinicamente graves e diagnósticos médicos anteriores ou atuais); e avaliar a força e estabilidade das relações terapêuticas atuais e passadas^{1,23}.

História familiar: Avaliar a história familiar de suicídio e tentativas de suicídio e hospitalizações psiquiátricas ou doença mental, incluindo transtornos por uso de substâncias; determinar as circunstâncias de suicídios em parentes de primeiro grau,

incluindo o envolvimento do paciente e as idades do paciente e dos parentes no momento; determinar a infância e o ambiente familiar atual, incluindo histórico de conflito familiar ou separação, problemas legais dos pais, uso de substâncias na família, violência doméstica e abuso físico e / ou sexual^{1,23}.

Situação psicossocial: Avaliar reações emocionais severas ou estressores psicossociais crônicos que podem aumentar o risco de suicídio (por exemplo, dificuldades financeiras ou legais; conflitos ou perdas interpessoais; estressores em jovens gays, lésbicas ou bissexuais; problemas de habitação; perda de emprego; fracasso educacional)^{1,23,24}.

Pontos fortes e vulnerabilidades individuais: Avaliar as habilidades de enfrentamento, traços de personalidade, estilo de pensamento e necessidades de desenvolvimento e psicológicas podem afetar o risco de suicídio do paciente e a formulação do plano de tratamento^{1,23}.

Algumas entrevistas estruturadas e simplificadas auxiliam na avaliação dos fatores de risco e proteção, que por sua vez podem auxiliar no planejamento de intervenções. Propõe-se sob o nome de Plano de Segurança, uma forma de abordagem que reúne, como nestes trabalhos, a avaliação, incluindo fatores de risco e proteção, já em sequência com as medidas terapêuticas. Uma avaliação focada pode ser mais eficaz e economizar tempo e até mesmo custos^{1,22,25,26}.

Importante: A prevalência geral de comunicação suicida (CS) antes do suicídio é de 44,5%, e há um viés de publicação relevante²⁷. A prevalência de CS associou-se positivamente à qualidade metodológica, porém de forma negativa no que diz respeito à detecção da comunicação verbal como meio exclusivo de CS²⁷. O CS foi relacionado a um OR de 4,66 para suicídio, com acurácia diagnóstica satisfatória apenas quando os estudos em adolescentes foram retirados, com base em sete estudos de caso-controle²⁷. No caso de CS, familiares, profissionais de segurança e profissionais de saúde devem encaminhar esses indivíduos para atendimento à saúde¹.

Escalas

Nenhum instrumento é capaz de prever de forma satisfatória o suicídio²⁸. Tais instrumentos têm apenas valor complementar e devem ser precedidos de anamnese, exame físico e psíquico e avaliação dos fatores de risco e proteção¹.

Intervenção

O tratamento específico com foco em protocolos para doenças mentais deve ser uma das prioridades no acompanhamento de um paciente com comportamento suicida. As medidas preventivas são muito importantes, mas não devem substituir a doença subjacente. Portanto, é sempre recomendado o uso de protocolos específicos para cada diagnóstico, principalmente para transtornos de humor^{1,2}.

Seguimento

Entre os pacientes com risco de suicídio, especialmente aqueles que tentaram suicídio, supervisão e acompanhamento são necessários para garantir resultados adequados. A vigilância começa mesmo em pacientes em ambiente hospitalar. Pacientes que deixam o pronto-socorro ou hospital após tentativa de suicídio ou que apresentam risco iminente e significativo de suicídio identificado em qualquer unidade de saúde precisam de acompanhamento imediato e proativo². A frequência de contato deve ser determinada individualmente e intensificada quando houver aumento dos fatores de risco. O fortalecimento do Plano de Segurança (Quadro 4) em intervalos regulares, incluindo práticas e, se necessário, revisões, são fatores importantes nas medidas de suporte². **Não existe tratamento sem seguimento (acompanhamento regular).**

Comportamento suicida é uma emergência médica – busque por pronto socorro se:

A vigilância deve ser intensificada (tentativa de atendimento domiciliar) ou o indivíduo deve ser imediatamente encaminhado para o pronto-socorro (pronto-socorro) ou hospital no caso de^{1,2}:

- Vários fatores de risco associados à falta de apoio familiar

- Vários fatores de risco associados à falta de acesso a serviços de saúde ambulatoriais
- Tentativas de suicídio recentes e frequentes
- A verbalização do plano de suicídio
- Comportamento suicida associado a doenças baseadas em recompensas (como abuso de substâncias), colapso psicótico, estado maníaco ou agravamento da depressão apesar do tratamento
- Mudança no status da observação ou do cenário de intervenção (por exemplo, alta do ambiente hospitalar)
- Piora gradual ou sem melhora, apesar do tratamento

O paciente deve sempre ser levado ao serviço de emergência ou hospital de ambulância e abordado por uma equipe treinada, como o Serviço de Atendimento Móvel de Emergência.

Quadro 4. Recomendações para o Plano de Segurança^{2,25}.

Momento	Objetivo
1ª semana	<ul style="list-style-type: none">• Explicar o programa e estabelecer relacionamento• Obtenha a história (comportamento psiquiátrico e suicida)• Avaliar o estado atual (risco de suicídio, psiquiátrico, cuidadores)• Se necessário, desenvolver / revisar o Plano de Segurança• Trabalhar na construção de valores e começar uma vida baseada em valores
2ª semana	<ul style="list-style-type: none">• Avaliar o estado atual (risco de suicídio, aumentar os sintomas psíquicos e identificar provedores de tratamento e adesão)• Se necessário, revise o Plano de Segurança• Continue a discussão sobre a vida baseada em valores• Ajudar a desenvolver um “Plano de Vida” para monitorar e reduzir ou eliminar os fatores de risco potenciais identificados• Obtenha permissão para entrar em contato com outras pessoas significativas, obtendo os dados necessários para tal contato• Enfatizar a importância do monitoramento colaborativo e resolução de problemas com outras pessoas importantes
3ª semana	<ul style="list-style-type: none">• Explicar o programa e estabelecer um relacionamento• Levantar outras preocupações em relação ao paciente• Realizar psicoeducação breve em relação ao suicídio e fatores de risco• Apresentar o plano de vida / segurança a outras pessoas
4ª, 10ª, 22ª, 34ª e 48ª semanas	<ul style="list-style-type: none">• Avalie o risco de suicídio e a presença de sintomas psiquiátricos• Rever o Plano de Segurança e adesão ao tratamento• Discutir / resolver informalmente os problemas / fatores de risco identificados
8ª, 20ª e 32ª semanas	<ul style="list-style-type: none">• Rever outras preocupações e percepções significativas do paciente• Rever o Plano de Segurança e adesão ao tratamento• Discutir / resolver informalmente os problemas / fatores de risco identificados

Modificado de: Boudreaux ED, Miller I, Goldstein AB, et al. The Emergency Department Safety Assessment and Follow-up Evaluation (ED-SAFE): method and design considerations. *Contemp Clin Trials*. 2013;36(1):14-24.

Cuidados na Emergência ou durante uma internação

O paciente não pode ser deixado sozinho. Os banheiros não devem ter portas que possam ser trancadas. Uma abordagem multidisciplinar deve estar disponível, especialmente reuniões diárias com o psiquiatra e intervenção psicoterapêutica por psicólogo ou psiquiatra². O ambiente deve estar livre de qualquer objeto ou substância que o paciente possa usar para tentar tirar a própria vida. Por exemplo, muito cuidado deve ser tomado em locais de grande altura (janelas e saídas devem ser protegidas), e produtos de limpeza não podem ser facilmente acessíveis ao paciente. A possibilidade de alta deve ser considerada apenas quando o paciente melhorar, e o acesso ao acompanhamento na comunidade e a possibilidade de que um membro da família ou companheiro de confiança possa continuar a supervisão devem ser considerados².

Abordagem de pacientes intoxicados e com comportamento suicida

Diante de uma situação altamente sugestiva de tentativa de suicídio por intoxicação por álcool ou outras drogas, de acordo com apresentações clínicas ou dados objetivos (testes respiratórios ou laboratoriais, por exemplo), o paciente deve permanecer em ambiente seguro até que haja a certeza dessa intoxicação cessou. Posteriormente, deve ser realizada uma reavaliação do risco de suicídio².

Além disso, é possível oferecer uma breve intervenção terapêutica após o fim da intoxicação. Na verdade, o momento em que o indivíduo chega ao serviço por comportamento suicida, independentemente de o momento ser de curta duração, pode representar uma oportunidade de reflexão e aprendizagem, durante a qual o indivíduo pode estar mais suscetível à discussão sobre o Plano de segurança e outras intervenções específicas para aquele paciente². Um Plano de Segurança deve incluir a eliminação do acesso a armas de fogo, bem como o acesso a outros meios de suicídio, incluindo a restrição do acesso a objetos cortantes, mangueiras, cordas ou fios e a garantia de armazenamento ou distribuição segura de medicamentos, como alta prioridade^{1,2}.

Também é necessário garantir que o gerenciamento do risco de suicídio seja integrado ao tratamento de transtornos devido ao uso de substâncias e à presença de comorbidades, incluindo a comunicação com o profissional de saúde do paciente e / ou médico de atenção primária. Ao lidar com pacientes intoxicados, médicos devem estar cientes de que a ideação suicida ou outros comportamentos não são comportamentos típicos resultantes do uso agudo de substâncias e consideram esse indivíduo como um paciente com alto risco de suicídio. Por sua vez, a desintoxicação por si só é insuficiente na presença de comportamentos suicidas^{1,2}.

Deve-se estar atento ao risco de complicações clínicas por intoxicação e lesões físicas que podem surgir por piora de comportamento pelo uso excessivo da substância ou medicamento. Nesses casos, é necessário realizar o tratamento de acompanhamento para intoxicação aguda, suporte clínico e comportamento suicida em conjunto.

Psicoterapias

Algumas abordagens psicoterápicas foram testadas com eficácia para intervenções em pacientes com comportamento suicida. As principais estão listadas no Quadro 5. Não há abordagem psicoterápica que substitua por si só o tratamento individualizado e o seguimento dentro do Plano de Segurança^{1,2}.

Quadro 5. Psicoterapias sugeridas para abordagem do comportamento suicida².

Tipo	Principais indicações
Abordagens psicodinâmicas	Transtorno de personalidade borderline ²⁹
Intervenções psicossociais e comportamentais diretas	Para abordagem do comportamento suicida após tentativas ³⁰
Psicoterapia cognitivo-comportamental	Adolescentes ³¹ Adultos ³² . Depressão ³³
Psicoterapia comportamental dialética	Após tentativas de suicídio e autolesões em adolescentes ³¹ Transtorno de personalidade borderline personality ²⁹
Psicoterapia interpessoal	Depressão não psicótica ³⁴ Depressão em adolescentes ³⁵
Psicoterapia psicodinâmica interpessoal breve	Transtorno de personalidade borderline ³⁶
Psicoterapias de suporte	Transtorno bipolar, depressão e esquizofrenia ³⁷
Terapia baseada em mentalização	Após tentativas de suicídio ou autolesões em adolescentes ³¹ Transtorno de personalidade borderline ³⁶

Psicofármacos

Algumas medicações (Quadro 6) foram avaliadas e demonstraram ser eficazes na prevenção de fatalidades. Porém, existem indicações para situações e diagnósticos específicos e devem sempre estar associados ao Plano de Segurança e acompanhamento com o médico psiquiatra².

Quadro 6. Intervenções psicofarmacológicas em pacientes com comportamento suicida².

Medicação	Indicação	Observação
<p><i>Antidepressivos</i></p> <p>Inibidores seletivos da recaptção de serotonina</p> <p>Venlafaxina</p>	Depressão ^{34,18,20}	Requer monitoramento rigoroso nos primeiros 30 dias do tratamento.
<p><i>Antipsicóticos</i></p> <p>Aripiprazol</p> <p>Clozapina</p> <p>Olanzapina</p> <p>Risperidona</p> <p>Quetiapina</p>	<p>Depressão com sintomas psicóticos (associado a antidepressivos)³⁸</p> <p>Esquizofrenia^{39,40} Transtorno esquizoafetivo^{39,40}</p> <p>Esquiozofrenia³⁸ Transtorno esquizoafetivo³⁸ transtorno esquizofreniforme³⁸</p> <p>Schizophrenia, schizoaffective, or schizophreniform disorder³⁸</p> <p>Bipolar depression³⁸</p>	
<p><i>Lítio</i></p>	<p>Transtorno bipolar⁴¹</p> <p>Depressão⁴²</p>	Em concentrações terapêuticas. Cuidado com efeitos colaterais. Cuidado com risco de uso em tentativas de suicídio.

Neuromodulação

Nesse grupo estão a eletroconvulsoterapia (ECT) que é eficaz para pacientes gravemente deprimidos, e é recomendada para transtorno bipolar, esquizofrenia⁹, gestantes (para depressão e risco de suicídio; para transtornos bipolares e psicóticos), idosos com depressão e doença de Parkinson com depressão. Outro procedimento é a estimulação magnética transcraniana repetitiva (EMTr) para pacientes com depressão².

Pósvenção

Uma pósvenção é uma intervenção conduzida após um suicídio para gerenciar as suas consequências e prevenir fatalidades. Combate o estigma da tragédia, operacionaliza as consequências confusas e promove a recuperação do cuidador⁴³. No entanto, os estudos sobre sua eficácia são mínimos. Com relação à eficácia das pós-intervenções, há poucas evidências, pois há muitas diferenças em termos, modelos, níveis e foco².

As medidas sugeridas estão listadas no Quadro 7.

Quadro 7. Pósvenção. O que fazer².

Intervenção	Observação
Psicoterapia	
Intervenção escolar	Se sintomas intensos do indivíduo em luto encaminhar para tratamento
Suporte online	
Programa de tratamento residencial	

Sugestões de: Baldaçara, L., R. R. Grudtner, V. S. Leite, D. M. Porto, K. P. Robis, T. M. Fidalgo, G. A. Rocha, A. P. Díaz, A. Meleiro, H. Correa, T. C. Tung, L. F. Malloy-Diniz and A. G. da Silva (2020). "Brazilian guidelines for the management of suicide behavior. Part 2. Screening, intervention, and prevention." *Braz J Psychiatry* Forthcoming 2020².

Prevenção e promoção à saúde

As principais medidas de prevenção e promoção com evidência científica estão listadas no Quadro 8.

Quadro 8. Prevenção e promoção.

Método	Observação
Triagem	Cuidado com a comunicação de ideação suicida
Intervenções estruturais (barreiras e redes de segurança)	
Intervenção Breve da OMS	
Intervenções que encorajam a busca por ajuda	Requer acesso a médico psiquiatra
Triagem e intervenção universal (Plano de Segurança)	Requer acesso a médico psiquiatra
Avaliação e manejo do abuso de substâncias	

Sugestões de: Baldaçara, L., R. R. Grudtner, V. S. Leite, D. M. Porto, K. P. Robis, T. M. Fidalgo, G. A. Rocha, A. P. Díaz, A. Meleiro, H. Correa, T. C. Tung, L. F. Malloy-Diniz and A. G. da Silva (2020). "Brazilian guidelines for the management of suicide behavior. Part 2. Screening, intervention, and prevention." *Braz J Psychiatry* Forthcoming 2020².

Referências

1. Baldaçara L, Rocha G, Leite V, et al. Brazilian Psychiatric Association guidelines for the management of suicidal behavior. Part 1. Risk factors, protective factors, and assessment. *Braz J Psychiatry* 2020;Forthcoming 2020.
2. Baldaçara L, Grudtner RR, Leite VS, et al. Brazilian Psychiatric Association guidelines for the management of suicidal behavior. Part 2. Screening, intervention, and prevention. *Br J Psychiatry* 2020;Forthcoming 2020.
3. Rodrigues CD, de Souza DS, Rodrigues HM, Konstantyner T. Trends in suicide rates in Brazil from 1997 to 2015. *Braz J Psychiatry* 2019;41:380-8.
4. Piccin J, Manfro PH, Caldieraro MA, Kieling C. The research output on child and adolescent suicide in Brazil: a systematic review of the literature. *Braz J Psychiatry* 2020;42:209-13.
5. Alarcao AC, Dell' Agnolo CM, Vissoci JR, et al. Suicide mortality among youth in southern Brazil: a spatiotemporal evaluation of socioeconomic vulnerability. *Braz J Psychiatry* 2020;42:46-53.
6. Naghavi M, Global Burden of Disease Self-Harm C. Global, regional, and national burden of suicide mortality 1990 to 2016: systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *BMJ* 2019;364:194.
7. Fazel S, Runeson B. Suicide. *N Engl J Med* 2020;382:266-74.
8. Global Health Observatory (GHO) data. World Health Organization, 2020. at [https://www.who.int/gho/mental_health/suicide_rates/en/.](https://www.who.int/gho/mental_health/suicide_rates/en/))
9. Dantas AP, Azevedo UN, Nunes AD, Amador AE, Marques MV, Barbosa IR. Analysis of suicide mortality in Brazil: spatial distribution and socioeconomic context. *Braz J Psychiatry* 2018;40:12-8.
10. Meyer RE, Salzman C, Youngstrom EA, et al. Suicidality and risk of suicide--definition, drug safety concerns, and a necessary target for drug development: a consensus statement. *J Clin Psychiatry* 2010;71:e1-e21.
11. Posner K, Oquendo MA, Gould M, Stanley B, Davies M. Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): classification of suicidal events in the FDA's pediatric suicidal risk analysis of antidepressants. *Am J Psychiatry* 2007;164:1035-43.

12. Large M, Kaneson M, Myles N, Myles H, Gunaratne P, Ryan C. Meta-Analysis of Longitudinal Cohort Studies of Suicide Risk Assessment among Psychiatric Patients: Heterogeneity in Results and Lack of Improvement over Time. *PLoS One* 2016;11:e0156322.
13. Large M, Myles N, Myles H, et al. Suicide risk assessment among psychiatric inpatients: a systematic review and meta-analysis of high-risk categories. *Psychol Med* 2018;48:1119-27.
14. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry* 2016;3:646-59.
15. Baldaçara L, Cordeiro DC, Calfat ELB, Cordeiro DC, Chung TC. *Emergências Psiquiátricas*: Elsevier; 2019.
16. Belsher BE, Smolenski DJ, Pruitt LD, et al. Prediction Models for Suicide Attempts and Deaths: A Systematic Review and Simulation. *JAMA Psychiatry* 2019;76:642-51.
17. Posner K, Brown GK, Stanley B, et al. The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *Am J Psychiatry* 2011;168:1266-77.
18. Gibbons RD, Brown CH, Hur K, Davis J, Mann JJ. Suicidal thoughts and behavior with antidepressant treatment: reanalysis of the randomized placebo-controlled studies of fluoxetine and venlafaxine. *Arch Gen Psychiatry* 2012;69:580-7.
19. Barbui C, Esposito E, Cipriani A. Selective serotonin reuptake inhibitors and risk of suicide: a systematic review of observational studies. *CMAJ* 2009;180:291-7.
20. Kennedy SH, Lam RW, McIntyre RS, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 3. Pharmacological Treatments. *Can J Psychiatry* 2016;61:540-60.
21. DeCou CR, Schumann ME. On the Iatrogenic Risk of Assessing Suicidality: A Meta-Analysis. *Suicide Life Threat Behav* 2018;48:531-43.
22. Stanley B, Brown GK, Currier GW, Lyons C, Chesin M, Knox KL. Brief Intervention and Follow-Up for Suicidal Patients With Repeat Emergency Department Visits Enhances Treatment Engagement. *Am J Public Health* 2015;105:1570-2.
23. Work Group on Suicidal Behaviors. Practice Guideline for The Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors. In: Association AP, ed. 2003:184.
24. Maino MP, Morales S, Echavarrí O, et al. Suicide risk configuration system in a clustered clinical sample: a generalized linear model obtained through the LASSO technique. *Braz J Psychiatry* 2019;41:112-21.
25. Boudreaux ED, Miller I, Goldstein AB, et al. The Emergency Department Safety Assessment and Follow-up Evaluation (ED-SAFE): method and design considerations. *Contemp Clin Trials* 2013;36:14-24.
26. Dunlap LJ, Orme S, Zarkin GA, et al. Screening and Intervention for Suicide Prevention: A Cost-Effectiveness Analysis of the ED-SAFE Interventions. *Psychiatr Serv* 2019;70:1082-7.
27. Pompili M, Belvederi Murri M, Patti S, et al. The communication of suicidal intentions: a meta-analysis. *Psychol Med* 2016;46:2239-53.
28. Runeson B, Odeberg J, Pettersson A, Edbom T, Jildevik Adamsson I, Waern M. Instruments for the assessment of suicide risk: A systematic review evaluating the certainty of the evidence. *PLoS One* 2017;12:e0180292.
29. Cristea IA, Gentili C, Cotet CD, Palomba D, Barbui C, Cuijpers P. Efficacy of Psychotherapies for Borderline Personality Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2017;74:319-28.

30. Meerwijk EL, Parekh A, Oquendo MA, Allen IE, Franck LS, Lee KA. Direct versus indirect psychosocial and behavioural interventions to prevent suicide and suicide attempts: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry* 2016;3:544-54.
31. Ougrin D, Tranah T, Stahl D, Moran P, Asarnow JR. Therapeutic interventions for suicide attempts and self-harm in adolescents: systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2015;54:97-107 e2.
32. Leavey K, Hawkins R. Is cognitive behavioural therapy effective in reducing suicidal ideation and behaviour when delivered face-to-face or via e-health? A systematic review and meta-analysis. *Cogn Behav Ther* 2017;46:353-74.
33. Gotzsche PC, Gotzsche PK. Cognitive behavioural therapy halves the risk of repeated suicide attempts: systematic review. *J R Soc Med* 2017;110:404-10.
34. 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;28:303-9.
35. Tang TC, Jou SH, Ko CH, Huang SY, Yen CF. Randomized study of school-based intensive interpersonal psychotherapy for depressed adolescents with suicidal risk and parasuicide behaviors. *Psychiatry Clin Neurosci* 2009;63:463-70.
36. Defense DoVAaDo. ASSESSMENT AND MANAGEMENT OF PATIENTS AT RISK FOR SUICIDE. In: (DoD) VHAVatDoD, ed. USA2013.
37. Calati R, Courtet P. Is psychotherapy effective for reducing suicide attempt and non-suicidal self-injury rates? Meta-analysis and meta-regression of literature data. *J Psychiatr Res* 2016;79:8-20.
38. Pompili M, Baldessarini RJ, Forte A, et al. Do Atypical Antipsychotics Have Antisuicidal Effects? A Hypothesis-Generating Overview. *Int J Mol Sci* 2016;17.
39. Asenjo Lobos C, Komossa K, Rummel-Kluge C, et al. Clozapine versus other atypical antipsychotics for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2010:CD006633.
40. Hennen J, Baldessarini RJ. Suicidal risk during treatment with clozapine: a meta-analysis. *Schizophr Res* 2005;73:139-45.
41. Baldessarini RJ, Tondo L, Davis P, Pompili M, Goodwin FK, Hennen J. Decreased risk of suicides and attempts during long-term lithium treatment: a meta-analytic review. *Bipolar Disord* 2006;8:625-39.
42. Cipriani A, Pretty H, Hawton K, Geddes JR. Lithium in the prevention of suicidal behavior and all-cause mortality in patients with mood disorders: a systematic review of randomized trials. *Am J Psychiatry* 2005;162:1805-19.
43. Baldaçara L, Grudtner RR, Leite VS, et al. Brazilian guidelines for the management of suicide behavior. Part 2. Screening, intervention, and prevention. *Braz J Psychiatry* 2020;Forthcoming 2020.