

**Diretrizes da Associação Psiquiátrica Brasileira para a gestão do comportamento suicida. Parte 1. Fatores de risco, fatores de proteção e avaliação.**

Leonardo Baldaçara<sup>1,2</sup>, Gislene Alves Rocha<sup>3,4</sup>, Verônica da Silveira Leite<sup>1,5</sup>, Deisy Mendes Porto<sup>1,6</sup>, Roberta Rossi Grudtner<sup>7</sup>, Alexandre Paim Díaz<sup>8,9</sup>, Alexandrina Meleiro<sup>10</sup>, Humberto Correa<sup>11,12</sup>, Teng Chei Tung<sup>13,14</sup>, João Luciano de Quevedo<sup>8,9</sup>, Antônio Geraldo da Silva<sup>15,16</sup>.

<sup>1</sup> Universidade Federal do Tocantins, Palmas, TO, Brazil.

<sup>2</sup> Comissão de Emergências Psiquiátricas da Associação Brasileira de Psiquiatria, Rio de Janeiro, RJ, Brazil.

<sup>3</sup> Hospital Universitário Clemente de Faria em Montes Claros, MG, Brazil.

<sup>4</sup> Diretora Clínica e Psiquiatra no SERDI (Serviço Especializado em Reabilitação em Deficiência Intelectual) da Apae de Montes Claros, MG, Brazil.

<sup>5</sup> Secretaria de Saúde do Município de Palmas, TO, Brazil.

<sup>6</sup> Associação Catarinense de Psiquiatria, SC, Brazil.

<sup>7</sup> Secretaria Estadual da Saúde, RS, Brazil.

<sup>8</sup> Translational Psychiatry Program, Faillace Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, McGovern Medical School, The University of Texas Health Science Center at Houston (UTHealth), Houston, TX, USA.

<sup>9</sup> Translational Psychiatry Laboratory, Graduate Program in Health Sciences, University of Southern Santa Catarina (UNESC), Criciúma, SC, Brazil.

<sup>10</sup> Comissão de Atenção à Saúde Mental do Médico da Associação Brasileira de Psiquiatria, Rio de Janeiro, Brazil.

<sup>11</sup> Professor Titular de Psiquiatria da UFMG, MG, Brazil.

<sup>12</sup> Pesquisador IA do CNPq.

<sup>13</sup> Professor Colaborador do Instituto de Psiquiatria HCFMUSP, São Paulo, Brazil.

<sup>14</sup> Coordenador dos Serviços de Pronto Socorro e Interconsultas IPQ HCFMUSP, São Paulo, Brazil.

<sup>15</sup> Associação Brasileira de Psiquiatria, Rio de Janeiro, Brazil.

<sup>16</sup> Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL).

## **Resumo**

O suicídio é um problema de saúde pública global que causa a perda de mais de um milhão de vidas por ano, principalmente entre os jovens. No Brasil, por exemplo, a taxa de mortalidade média para esta situação é de aproximadamente 5,23 por 100.000 habitantes. Embora muitas diretrizes tenham sido publicadas para a gestão do comportamento suicida, até o momento não existem diretrizes recentes baseadas nos princípios da medicina baseada em evidências que se apliquem à realidade do suicídio no Brasil. O objetivo deste trabalho é fornecer diretrizes-chave para o gerenciamento de pacientes com comportamento suicida no Brasil. Este projeto envolveu 11 profissionais brasileiros da psiquiatria selecionados pelo Comitê de Emergências Psiquiátricas da Associação Brasileira de Psiquiatria por sua experiência e conhecimento em psiquiatria e emergências psiquiátricas. Para o desenvolvimento destas diretrizes, foram revisados 76 artigos (de 5362 inicialmente coletados e 755 resumos sobre a abordagem da droga). Nesta revisão, apresentamos definições, fatores de risco e proteção, avaliações e uma introdução ao Plano de Segurança.

Palavras-chave suicídio, suicídio completo, tentativa de suicídio, distúrbios mentais, diretriz.

## **Introdução**

As emergências psiquiátricas são mudanças de comportamento que colocam o paciente ou outros em risco e requerem intervenção terapêutica imediata (em minutos ou algumas horas) para evitar uma progressão prejudicial. Entre elas estão o comportamento suicida, episódios de humor, automutilação, julgamento severamente prejudicado, grave auto-negligência, intoxicação ou abstinência e agitação psicomotora agressiva. De acordo com a OMS, o suicídio é um grave problema de saúde pública e uma das principais causas de morte em todo o mundo. Em todo o mundo, aproximadamente 800.000 pessoas morrem por suicídio a cada ano, representando 1,5% de todas as mortes. O suicídio é uma emergência médica e a 10ª principal causa de morte na América do Norte e a principal causa de morte no mundo entre pessoas de 15 a 24 anos de idade.

A OMS estimou que a taxa de suicídio em 2016 foi de 10,6 suicídios por 100.000 pessoas, com 80% dos suicídios ocorrendo em países de baixa e média renda.<sup>6,8,10,11</sup> Nas seis regiões da OMS, a incidência de suicídio diferiu por um fator de 4 entre a região com a taxa mais alta (Europa) e a região com a taxa mais baixa (o Mediterrâneo Oriental, incluindo o Oriente Médio). Em todo o mundo, as taxas de suicídio são mais altas nas pessoas idosas e entre os homens (15,6 suicídios por 100.000) do que entre as mulheres (7,0 por 100.000).<sup>6,11</sup> Além disso, as taxas de suicídio têm diminuído ao longo do tempo na maioria dessas regiões, e alguns lugares não alcançaram a estimativa da OMS em 2020. Do total de mortes por suicídio, 84,7% ocorreram entre jovens de 15 a 59 anos.<sup>6</sup> O suicídio também tem profundas implicações para as famílias e comunidades e incorre em enormes custos sociais estimados em mais de 93 bilhões de dólares por ano nos Estados Unidos.

No Brasil, 50.664 mortes por suicídio foram registradas de 2010 a 2014, e a taxa média de mortalidade por suicídio foi de 5,23 por 100.000 habitantes.<sup>13</sup> Os municípios brasileiros que apresentaram as maiores taxas foram Taipas do Tocantins, estado do Tocantins (79,68 mortes por 100.000 habitantes), Itaporã, estado do Mato Grosso do Sul (75,15 mortes por 100.000), Mampituba, estado do Rio Grande do Sul (52,98 mortes por 100.000 habitantes), Paranhos, estado do Mato Grosso do Sul (52,41 mortes por 100.000), e Monjolos, estado de Minas Gerais (52,08 mortes por 100.000).

Embora muitas diretrizes tenham sido publicadas para a gestão do comportamento suicida, até o momento não existem diretrizes recentes baseadas nos princípios da medicina baseada em evidências que se aplicam à realidade do suicídio no Brasil.

## **Objetivo**

Fornecer diretrizes-chave para o gerenciamento de pacientes com comportamento suicida no Brasil.

## **Método**

Este projeto envolveu 11 profissionais brasileiros da psiquiatria selecionados pelo Comitê de Emergências Psiquiátricas da Associação Brasileira de Psiquiatria por sua experiência e conhecimento em psiquiatria e emergências psiquiátricas. Para o desenvolvimento destas diretrizes, foram revisados 76 artigos (de 5362 inicialmente

coletados e 755 resumos sobre a abordagem da droga) no banco de dados MEDLINE (PubMed), Cochrane Database of Systematic Review, Web of Science e Scielo de 1997 a 2020, em língua inglesa ou portuguesa. A estratégia de busca utilizada foi baseada em questões estruturadas de acordo com a sigla PICO, formada pelas iniciais de "paciente ou população", "intervenção ou exposição", "controle ou comparação" e "resultado", conforme recomendado pelas Diretrizes do projeto da Associação Médica Brasileira (AMB). O uso de perguntas clínicas estruturadas com o objetivo de facilitar a elaboração de estratégias de busca de evidências. Os descritores de pesquisa utilizados foram "suicídio" ou "comportamento suicida" e "fatores de risco" ou "fatores de proteção" ou "avaliação". As revisões sistemáticas com meta-análises foram priorizadas, e outros tipos de pesquisa só foram buscados quando as informações não foram encontradas.

Ao avaliar a literatura, apesar de um grande número de ensaios clínicos e revisões, foram encontradas algumas dificuldades na avaliação dos resultados: a avaliação do comportamento suicida em vários diagnósticos diferentes, avaliação e acompanhamento do comportamento suicida em diferentes ambientes, e avaliação de intervenções em um pequeno número de pacientes, com diferentes instrumentos e critérios de resultado. Portanto, os seguintes critérios foram padronizados:

- Estudos sobre comportamento suicida em adultos (18 a 65 anos).
- Avaliação da resposta objetivamente, seja pela redução dos sintomas ou por escala objetiva.

Os critérios de exclusão foram os seguintes:

- Estudos com menos de 20 participantes na amostra.
- Dados incompletos e análise estatística de baixa qualidade.

Além disso, artigos que têm relevância na literatura também foram utilizados na elaboração das diretrizes mencionadas. Os artigos encontrados passaram pelas seguintes etapas: (I) seleção de resumos dos artigos relevantes; (II) leitura completa dos artigos relevantes; (III) análise crítica das evidências; e (III) extração dos resultados e classificação da força da evidência. Os níveis de evidência e graus de recomendação foram selecionados de acordo com a classificação Oxford 2011. Para mais detalhes, veja <https://www.cebm.net/wp-content/uploads/2014/06/CEBM-Levels-of-Evidence-2.1.pdf>. No texto, apresentaremos nossos graus de recomendação, e na tabela descritiva dos artigos selecionados, apresentaremos os níveis de evidência.

## **Definições**

As definições de comportamento suicida são altamente variáveis, imprecisas e frequentemente mutáveis, especialmente no que diz respeito ao comportamento suicida não-fatal e à ideação suicida. A “Suicidalidade” abrange a ideação suicida (pensamentos sérios sobre tirar a própria vida), planos suicidas e tentativas de suicídio. Entretanto,

Meyer (et al.) propuseram o abandono deste termo. Este autor sugere o uso de ideação suicida, comportamento suicida e suicídio como os termos preferidos.

**Nesta diretriz, vamos padronizar os termos de acordo com a Figura 1.**

Suicídio completo	Um comportamento autolesão que resultou em fatalidade e foi associado a pelo menos alguma intenção de morrer como resultado do ato.
Atos preparatórios para um comportamento suicida iminente ou plano suicida	O indivíduo toma medidas para ferir a si mesmo, mas é impedido por si mesmo ou por outros de iniciar o ato de autolesão antes que o potencial de dano tenha começado.
Tentativa de Suicídio	Um comportamento de potencial autolesão, associado a pelo menos alguma intenção de morrer, por causa do ato. Evidência de que o indivíduo pretendia matar-se - pelo menos até certo ponto - pode ser explícita ou inferida a partir do comportamento ou da circunstância. Uma tentativa de suicídio pode ou não resultar em ferimentos reais.
Ideação suicida	Pensamentos passivos sobre querer estar morto ou pensamentos ativos sobre se matar, não acompanhados de comportamento preparatório.

### **Fatores de risco**

Os fatores de risco de suicídio foram investigados a nível populacional e individual; além disso, fatores predisponentes e eventos precipitantes foram examinados, principalmente a nível individual. Cada um destes fatores pode ser mediado através de características genéticas, psicológicas e de personalidade, tornando a maioria dos modelos explicativos complexos e difíceis de se interpretar.

Nos protocolos, os pacientes que procuram cuidados para o comportamento suicida devem passar por uma avaliação de fatores de risco para identificar aqueles que precisam de supervisão intensiva e aqueles que devem receber mais recursos clínicos. Dessa forma, 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 variáveis. Ainda há pouca força estatística para justificar o uso isolado destes fatores de risco e, portanto, estudos de coorte utilizando uma metodologia multi-variável elucidarão no futuro se existem variáveis independentemente associadas ao suicídio. Os psiquiatras e outros médicos devem ter cuidado para não reduzir a avaliação do paciente a informações específicas e associar o histórico do paciente com fatores de risco, proteção, acesso a fontes de saúde, motivações e redes de apoio psicossocial.

As informações contidas na literatura sugerem uma associação entre fatores de risco que indicam suposto alto risco e suicídio completo. Entretanto, uma meta-análise

constatou que aproximadamente metade de todos os suicídios é provável que ocorram em grupos de baixo risco e que 95% dos pacientes de alto risco não cometem suicídio, portanto, todos estes resultados devem ser interpretados com cautela.

Em outro estudo, nenhum fator ou combinação de fatores foi fortemente associado ao suicídio no ano após a alta. Aproximadamente 3% dos pacientes categorizados como de alto risco podem cometer suicídio no ano após a alta, e aproximadamente 60% dos pacientes que cometem suicídio provavelmente serão categorizados como de baixo risco.

É importante ressaltar que não há um fator universal de risco, e cada um dos observados na pesquisa é detectado após ser comparado a diferentes variáveis. As **Tabelas 1 e 2** mostram os principais fatores de risco encontrados. Entretanto, enfatizamos que, isoladamente, eles não predizem tentativas de suicídio ou morte. Geralmente, a soma de vários fatores, além da doença sintomática, é o gatilho para o evento. Apresentamos apenas os fatores de risco para tentativas e morte, pois estes são os principais resultados a serem prevenidos.

Exceto pela presença de um histórico anterior, 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.

## **Genética**

O comportamento suicida é elevado nos membros da família de indivíduos que tentam ou completam o suicídio. Evidências de uma multiplicidade de projetos de pesquisa (adoção, família, escaneamento de genoma, geográficos, imigrantes, genética molecular, sobrenome e estudos gêmeos de suicidas) sugerem contribuições genéticas para o risco de suicídio. Estimativas de hereditariedade do comportamento suicida de estudos de gêmeos variam de 30% a 55%, e estudos de gêmeos e família sugerem que a etiologia genética da tentativa de suicídio é parcialmente distinta da dos próprios distúrbios psiquiátricos.

O grande número de meta-análises publicadas sobre as associações entre polimorfismos de nucleotídeos únicos (SNPs) e comportamento suicida espelha o enorme interesse da pesquisa neste tópico. Embora as evidências meta-analíticas mostrem abundantes semelhanças entre análises novas e análises já publicadas, os tamanhos dos efeitos resumidos eram pequenos e raramente significativos estatisticamente, a heterogeneidade era frequentemente substancial, não havia tendências de tempo, os efeitos eram facilmente oscilantes e dependiam muito de estudos individuais e o viés de publicação não desempenha um papel neste campo de pesquisa. Por esta razão e por ser uma área muito bem estudada e cujos resultados estão em constante mudança, nos limitaremos a apresentar apenas os resultados positivos mais relevantes.

Existe uma associação entre a serotonina transportadora (5-HTT) do gene de polimorfismo e o comportamento suicida (tentativa suicida e suicídio completo). Outro fator é o BDNF marcador Val66Met em distúrbios psiquiátricos. Em indivíduos que cometeram suicídio, estudos pós-morte mostram mudanças no padrão de metilação ou

expressão de alguns genes, além de uma maior taxa geral de metilação nestes casos. Em pacientes com ideação suicida, houve metilação no promotor do gene BDNF, o que inibiu sua expressão.

Em outro estudo, houve uma associação significativa entre o polimorfismo COMT Val158Met e o risco de suicídio entre as mulheres. Existem associações dos polimorfismos TPH2 com distúrbios psiquiátricos e comportamento suicida.

Em estudos de associação genômica (GWAS) sobre tentativa de suicídio, os resultados de risco poligênicos para depressão grave foram significativamente associados a tentativas de suicídio em transtorno depressivo grave ( $R^2=0,25\%$ ), transtorno bipolar ( $R^2=0,24\%$ ) e esquizofrenia ( $R^2=0,40\%$ ).

Entretanto, é importante notar que as mudanças genéticas no comportamento suicida ainda são controversas, e como um autor concluiu, no momento, não há nenhum gene identificado direcionado ao suicídio.

### **Dados demográficos**

Os óbitos por suicídio entre 15 e 29 anos de idade atingiram os números absolutos mais altos. Na faixa etária de 10 a 14 anos, o suicídio é a terceira causa de morte mais comum e a segunda causa de morte mais comum até a idade de 34 anos. A proporção entre homens e mulheres varia de acordo com diferentes estudos e regiões. A orientação homossexual ou bissexual também pode ser um fator de risco, assim como ser o único filho em uma família, ter níveis educacionais inferiores, ser solteiro (estado civil), e estar preso.

As variáveis socioeconômicas influenciam as taxas de suicídio somente através de sua interação com outros fatores de risco e, principalmente, com distúrbios mentais. Vários fatores foram observados: idade, sexo, etnia e parâmetros relacionados; status social (baixa renda, desigualdade de renda, desemprego, baixa escolaridade e baixo apoio social); mudança social (urbanização e mudança de renda); bairro (habitação inadequada, superlotação e violência) impactos ambientais (mudança climática, catástrofe natural, guerra, conflito e migração).

Uma observação importante é que a definição se uma variável é um fator de risco ou proteção depende do grupo de referência.

Por exemplo, de acordo com o CDC, pessoas entre 60 e 64 anos de idade têm uma prevalência maior de mortes por suicídio do que crianças de 5 a 9 anos de idade, mas uma taxa menor de prevalência de mortes por suicídio do que as de 80 a 84 anos de idade. Neste sentido, ter de 60 a 64 anos de idade é considerado um fator de risco de suicídio somente quando comparado à faixa etária das crianças. Ao mesmo tempo, ter 60 a 64 anos de idade também pode ser um fator de proteção quando comparado à faixa etária de 80 a 84 anos. Idade, sexo, raça e etnia, tipos de família, nível educacional, status profissional e status socioeconômico podem ser fatores de risco para tentativa de suicídio ou morte suicida; estes dependem do grupo de referência no que diz respeito a se estes fatores são particularmente fortes.

## **Fatores psicológicos, estresse e fatores externos**

Alguns fatores psicológicos, estressores e outros observados foram os seguintes: afiliação e apego, excitação, bullying, maus-tratos a crianças, abuso sexual de crianças, deficiência dos sistemas cognitivos (por exemplo, impulsividade, problemas de atenção); dificuldades nas relações interpessoais, exposição a pensamentos e comportamentos auto lesivos de outras pessoas (por exemplo amigos, familiares, colegas de escola, etc.), história familiar de pensamentos e comportamentos auto lesivos, frustração não-recompensa, violência na comunidade, violência no namoro, exposição a pensamentos e comportamentos auto lesivos de outros (p. ex., impulsividade, problemas de atenção) amigos, membros da família, colegas de escola, etc. ), história familiar de pensamentos e comportamentos auto lesivos, não-recompensa frustrante, desesperança, inibição cognitiva prejudicada em distúrbios afetivos, baixo funcionamento psicossocial com abuso sexual infantil, estilo de atribuição negativa, neurocitismo, percepção e compreensão de si mesmo, má administração da raiva, mau relacionamento com as famílias, ruminação, mudança de vida, violência comunitária, não-recompensa frustrante, evento de vida negativo e suicídio de parentes.

## **Fatores físicos e de saúde**

Poucas variáveis foram significativas para esta categoria: função neuroendócrina, já que níveis mais altos de cortisol abaixo de anos, e níveis mais baixos de lipídios são as principais descobertas. Outras incluem dor física e sono-vigília.

## **Histórico de comportamento suicida**

As informações sobre o comportamento suicida prévio são as mais importantes e, juntamente com o tratamento de doenças mentais, estão entre aquelas que podem ser mais modificadas por intervenções. As principais são tentativas anteriores de suicídio, pensamentos e comportamentos auto lesivos, ideação e planos suicidas, suicídio de parentes, automutilação deliberada (associada a outros fatores), expressão de ideação suicida no primeiro ano de acompanhamento, história familiar de suicídio, pensamentos e comportamentos auto lesivos, ideação e planos suicidas, tentativa de suicídio, tentativa anterior de suicídio, e suicídio de parentes.

É importante que a vigilância seja reforçada nos casos de repetição de tentativas de suicídio, manutenção da ideação suicida apesar de todos os esforços, tentativas de suicídio graves anteriores e mesmo que o comportamento suicida ocorra em conjunto com sintomas ativos de doença mental.

## **Autoagressão não suicida e comportamento suicida**

Nem todos os casos de automutilação não suicida e comportamento suicida estão relacionados a tentativas futuras ou suicídio. Existem poucas informações que possam prever os grupos com maior risco. Até o momento, eles eram significativos (nível de evidência 4): frequência NSSI, número de métodos NSSI, desesperança, transtorno de

personalidade limítrofe, impulsividade, transtorno de estresse pós-traumático, método NSSI de corte e depressão. O risco também deve ser considerado quando tal comportamento está associado a outros riscos de comportamento suicida, especialmente tentativas anteriores de suicídio, pensamentos e comportamentos auto lesivos, ideação e planos suicida, e suicídio de parentes.

### **Quais doenças mentais estão mais relacionadas ao comportamento suicida?**

As perturbações do humor são o principal diagnóstico associado ao comportamento suicida. O segundo fator mais frequente é o uso e abuso de substâncias, como o uso agudo de álcool, o uso de álcool, o transtorno de uso de substâncias, o uso crônico de cannabis e o tabagismo. Outros diagnósticos frequentes são transtornos de personalidade, especialmente transtorno de personalidade limítrofe; transtornos psicóticos como esquizofrenia, esquizofrenia com transtorno do sono, esquizofrenia com comorbidade física ou histórico de depressão, histórico familiar de suicídio ou histórico de uso de drogas ou histórico de uso de tabaco ou de ser branco, e sintomas depressivos; esquizofrenia com histórico de tentativa de suicídio, idade mais jovem e esquizofrenia com maior coeficiente de inteligência ou má aderência ao tratamento ou desesperança. Os transtornos de ansiedade incluem distúrbios de pânico com distúrbio do sono e TEPT com distúrbio do sono. Outros diagnósticos importantes são anorexia nervosa, distúrbio dismórfico corporal, e distúrbios do sono (insônia, parassônias e distúrbios respiratórios relacionados ao sono) associados a distúrbios psiquiátricos.

Independentemente do diagnóstico, é importante lembrar que o comportamento suicida é uma complicação da doença mental, e sua presença significa que ainda não foi alcançada uma melhoria. Portanto, a presença de ideações e tentativas deve ser tratada como a presença de um episódio ou crise.

### **O uso de antidepressivos aumenta o risco de suicídio?**

Na opinião de vários especialistas, o uso de antidepressivos pode aumentar o risco de suicídio no início do tratamento. Portanto, esta informação precisa ser analisada cuidadosamente. Para a população pediátrica, há um modesto aumento no suicídio. Os antidepressivos podem aumentar as tentativas de suicídio a curto prazo em comparação com um placebo, e o uso de SSRI pode estar relacionado ao suicídio completo em adolescentes deprimidos.

Para os jovens, não foram encontrados efeitos significativos do tratamento em pensamentos e comportamentos suicidas, embora a depressão tenha tido resposta ao tratamento. Nenhuma evidência de aumento do risco de suicídio foi observada em jovens que receberam medicação ativa. Em contraste, a exposição a SSRIs quase dobrou (razão de probabilidade = 1,92) o risco de suicídio e tentativas de suicídio entre adolescentes nestes estudos observacionais. É possível que apenas os adolescentes mais gravemente doentes tivessem sido receitados antidepressivos, portanto, esta amostra observacional pode muito bem ter tido um risco particularmente alto de ações suicidas. No entanto,

recomenda-se cautela e acompanhamento atento quando os antidepressivos são prescritos nesta faixa etária.

Deve-se prestar atenção ao fato de que o distúrbio bipolar geralmente começa na infância e pode levar a um primeiro episódio depressivo, o que poderia resultar na prescrição de antidepressivos, assumindo um episódio depressivo unipolar. Nestes casos, ainda há o risco de agravamento dos sintomas de agitação psicomotora e impulsividade, o que já deveria ser uma preocupação do prescritor ao usar antidepressivos na população pediátrica.

Por outro lado, em uma meta-análise, a prescrição de fluoxetina e venlafaxina diminuiu os pensamentos e comportamentos suicidas ao longo do tempo em pacientes adultos e geriátricos em comparação com um placebo, reduzindo os sintomas depressivos. Para os jovens, não foram encontrados efeitos significativos do tratamento sobre pensamentos e comportamentos suicidas, embora a depressão tenha respondido ao tratamento. Não houve evidência de um aumento do risco de suicídio em jovens que tomam medicamentos. Outro estudo concluiu que as evidências que apoiam uma ligação causal entre o uso de antidepressivos e o suicídio em crianças são fracas.

O que propomos então é que o tratamento é uma forma de reduzir o risco de tentativas e suicídio; no entanto, no caso dos antidepressivos, é necessária mais vigilância nos primeiros 30 dias, especialmente nos jovens.

### **Avaliar o suicídio, aumenta o risco de suicídio?**

Uma meta-análise concluiu que a avaliação do suicídio em relação aos resultados negativos não demonstrou efeitos significantes que apoiem a adequação da triagem universal para o suicídio, o que deveria acalmar os temores de que a avaliação do suicídio seja prejudicial. Apesar da associação aparentemente forte entre categorização de alto risco e suicídio subsequente, a baixa taxa de suicídio hospitalar significa que o valor preditivo de uma categorização de alto risco é inferior a 2%. Recomenda-se que os hospitais desenvolvam ambientes mais seguros, melhorando os sistemas de atendimento para reduzir o suicídio de pacientes internados psiquiátricos, em vez de realizar avaliações de risco. Portanto, tal abordagem do comportamento suicida não pode ser um fator de risco, mas um fator protetor.

**Conclusão para os fatores de risco:** Há muitos fatores de risco para tentativas de suicídio e suicídio completo, e não há um único fator capaz de prever eventos de curto ou longo prazo. Portanto, a avaliação deve ser completa, individualizada, considerar a combinação de múltiplos fatores e considerar principalmente o histórico anterior de comportamento suicida, histórico familiar, presença de doença mental aguda e fatores de estresse que os indivíduos têm dificuldade em lidar.

### **Fatores positivos**

Há muito menos dados sobre fatores de proteção do que sobre os fatores de risco. Os fatores de proteção são mostrados na Tabela 4. Tais fatores podem reduzir a chance

de uma nova tentativa ou morte. Entretanto, os fatores de proteção não substituem a presença de vários fatores de risco, e as melhores medidas a serem oferecidas ao paciente são a vigilância e o tratamento. Observa-se que em algumas situações, o tratamento psicofarmacológico é protetor, reforçando novamente a importância do tratamento na prevenção do suicídio. Para os medicamentos, apresentamos apenas as melhores evidências nesta tabela. Outras opções serão apresentadas no item "Intervenção", no próximo artigo.

**Conclusão sobre os fatores de proteção:** Há menos fatores de proteção identificados na literatura, e as mesmas regras que se aplicam aos fatores de risco se aplicam a eles. Não é possível considerar um único fator de proteção como uma garantia de que um evento fatal não ocorrerá. A presença de fatores de proteção ajuda, mas não substitui o tratamento e o monitoramento. Pacientes com fatores de proteção, mas com múltiplos fatores de risco devem ser tratados com cautela.

### **Avaliação**

Não existe um modelo eficaz capaz de prever o comportamento suicida, e sua causa é devida a múltiplos fatores. A avaliação precisa ser tão ampla quanto possível. Por outro lado, esta é uma situação de saúde comum, que pode sobrecarregar o sistema se modelos de longo prazo forem escolhidos. Além disso, o suicídio é uma emergência médica, e requer uma avaliação rápida e eficaz. Por este motivo, recomenda-se uma avaliação estruturada focada em informações essenciais.

Uma descoberta importante sugere que 11% e 50% dos indivíduos com comportamento suicida que foram tratados em um serviço de emergência declinaram ou abandonaram o tratamento ambulatorial, respectivamente. Portanto, uma avaliação cuidadosa já focada no desenvolvimento de uma aliança terapêutica é essencial.

O primeiro passo recomendado por esta diretriz, que é ignorada em vários documentos, é descartar outras situações de emergência médica que requerem cuidados imediatos, tais como traumas e intoxicações. Os profissionais de saúde podem frequentemente negligenciar tais situações em favor da supervalorização dos sintomas psíquicos e do comportamento suicida. Portanto, os cuidados devem começar como qualquer outra situação de emergência.

Durante a avaliação, o psiquiatra obtém informações sobre o histórico psiquiátrico e outros antecedentes médicos do paciente e sobre o estado mental atual. Estas informações permitem ao psiquiatra identificar fatores de risco e proteção para o suicídio, que podem requerer intervenções agudas. Elas também permitem abordar a segurança imediata do paciente e determinar o cenário mais apropriado para o tratamento, bem como desenvolver um diagnóstico diferencial para orientar o planejamento do tratamento. A amplitude e profundidade da avaliação psiquiátrica destinada especificamente a avaliar o risco de suicídio varia de acordo com o ambiente, a capacidade do paciente de fornecer informações e disponibilidade de outras fontes. Embora existam escalas de avaliação de comportamento suicida, elas não têm a validade preditiva necessária para uso na prática clínica de rotina, tendo apenas valor complementar.

Recomendamos que a avaliação prioritária seja baseada nas Diretrizes Práticas para a Avaliação e Tratamento de Pacientes com Comportamentos Suicidas.

**Apresentação atual e passada do comportamento suicida:** Especificamente, os profissionais da área de saúde devem indagar sobre pensamentos, planos e comportamento suicidas; métodos específicos considerados para o suicídio, incluindo sua letalidade e a expectativa do paciente sobre a letalidade, bem como se as armas de fogo são acessíveis; evidência de desesperança, impulsividade, anedonia, ataques de pânico ou ansiedade; razões para viver e planos para o futuro; uso de álcool ou outras substâncias associadas à apresentação atual; e pensamentos, planos ou intenções de violência para com os outros. Para cada tentativa, detalhes precisam ser obtidos.

**Doenças psiquiátricas:** Os profissionais da saúde devem determinar a presença ou ausência de sinais e sintomas associados a diagnósticos psiquiátricos específicos e identificar sintomas psiquiátricos específicos que possam influenciar o risco de suicídio.

**Passado Histórico:** Os profissionais da saúde devem rever o histórico psiquiátrico (por exemplo, diagnósticos anteriores e comorbidades, internações prévias e outros tratamentos, ideação suicida passada); rever o histórico do tratamento médico (por exemplo, identificar tentativas de suicídio clinicamente graves e diagnósticos médicos passados ou atuais); e avaliar a força e estabilidade das relações terapêuticas atuais e passadas.

**Histórico familiar:** Os profissionais da área de saúde devem investigar o histórico familiar de suicídio e tentativas de suicídio e hospitalizações psiquiátricas ou doenças mentais, incluindo distúrbios de uso de substâncias; determinar as circunstâncias de suicídios em parentes de primeiro grau, incluindo o envolvimento do paciente e a idade do paciente e parente no momento; determinar a infância e o meio familiar atual, incluindo histórico de conflito ou separação familiar, problemas legais dos pais, uso de substâncias familiares, violência doméstica e abuso físico e/ou sexual.

**Situação psicossocial:** Os profissionais da saúde devem considerar crises psicossociais agudas ou estressores psicossociais crônicos que possam aumentar o risco de suicídio (por exemplo, dificuldades financeiras ou legais; conflitos ou perdas interpessoais; estressores em jovens gays, lésbicas ou bissexuais; problemas de moradia; perda de emprego; fracasso educacional).

**Pontos fortes e vulnerabilidades individuais:** Os profissionais de saúde devem considerar como as habilidades de lidar com a situação, 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.

Algumas entrevistas estruturadas e simplificadas auxiliam na avaliação dos fatores de risco e proteção, o que, por sua vez, pode auxiliar no planejamento de intervenções. Por exemplo, D'Onofrio desenvolveu uma abordagem de 10 a 15 minutos que inclui triagem, intervenção breve e encaminhamento para tratamento. Outro modelo semelhante é a chamada intervenção de planejamento de segurança (SPI). Ela é indicada para pacientes na sala de emergência, centros de trauma, linhas de emergência, unidades

de internação psiquiátrica e outros ambientes de cuidados agudos. O SPI consiste de uma lista de estratégias de enfrentamento e fontes de apoio que os pacientes podem utilizar para aliviar uma crise suicida.

A avaliação de segurança do departamento de emergência e a avaliação de acompanhamento (ED-SAFE) avaliaram a triagem e a intervenção em um único estudo. A ED-SAFE concluiu que a triagem universal mais intervenção foi mais eficaz na prevenção de suicídios em comparação com a triagem universal acrescentada ao tratamento como de costume e ao tratamento como de costume sozinho. Em resposta, propomos aqui, sob o nome do Plano de Segurança, uma forma de abordagem que une, como nestes trabalhos, a avaliação, incluindo fatores de risco e proteção, já em sequência com medidas terapêuticas. Uma avaliação focalizada pode ser mais eficaz e economizar tempo e até mesmo custos.

### **Escalas**

Nenhum dos instrumentos atingiu os parâmetros pré-determinados (80% de sensibilidade e 50% de especificidade) para o resultado do suicídio. Como a maioria das escalas é incapaz de avaliar e prever com boa precisão uma tentativa futura ou um suicídio completo, não é recomendado substituir qualquer avaliação realizada por um psiquiatra por uma avaliação única e impactante por escala. Tais instrumentos têm apenas valor complementar e devem ser precedidos por anamnese, exame físico e psicológico e avaliação dos fatores de risco e proteção. As escalas sugeridas para avaliar a complementaridade estão listadas na Tabela 5.

**Conclusão para avaliação:** Considerando a complexidade da avaliação dos fatores de risco e proteção e unindo a necessidade de uma avaliação especial para pacientes com comportamento suicida, sugerimos o uso da técnica do Plano de Segurança, que combina avaliação com intervenção. Tal técnica será discutida no próximo artigo.

### **Conclusão**

Nesta primeira parte, discutimos a importância de avaliar o comportamento suicida, como uma emergência médica, especialmente no que diz respeito aos fatores de risco e proteção. Uma avaliação focalizada pode ser mais eficaz e poupar tempo e até mesmo custos, especialmente se já estiver associada a medidas de intervenção, que serão discutidas no próximo artigo.

### **Referencias**

1. Fleck MPA. Emergências Psiquiátricas. In: Taborda J, Lima P. Rotinas em psiquiatria. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996.
2. Baldacara L, Ismael F, Leite V, et al. Brazilian guidelines for the management of psychomotor agitation. Part 1. Non-pharmacological approach. Braz J Psychiatry. 2019;41(2):153-167.

3. Menegon GL, Piccin J, Caldieraro MA, Fleck MPA. Avaliação do paciente na emergência. In: Quevedo J, Carvalho AF. Emergências Psiquiátricas. Porto Alegre: Artmed; 2014.
4. Barros RE, Marques JM, Carlotti IP, Zuardi AW, Del-Ben CM. Short admission in an emergency psychiatry unit can prevent prolonged lengths of stay in a psychiatric institution. *Rev Bras Psiquiatr.* 2010;32(2):145-151.
5. Cruz CM, Leiva JL, Borgoño RV, et al. Epidemiología de la Urgencia Psiquiátrica en el Instituto Psiquiátrico "Dr. José Horwitz": Un nuevo estudio comparativo. *Revista chilena de neuro-psiquiatría.* 2010;48:175-183.
6. Rodrigues CD, de Souza DS, Rodrigues HM, Konstantyner T. Trends in suicide rates in Brazil from 1997 to 2015. *Braz J Psychiatry.* 2019;41(5):380-388.
7. 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(2):209-213.
8. 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(1):46-53.
9. 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.
10. Fazel S, Runeson B. Suicide. *N Engl J Med.* 2020;382(3):266-274.
11. WHO. Global Health Observatory (GHO) data. 2020; [https://www.who.int/gho/mental\\_health/suicide\\_rates/en/](https://www.who.int/gho/mental_health/suicide_rates/en/).
12. Korczak DJ, Finkelstein Y, Barwick M, et al. A suicide prevention strategy for youth presenting to the emergency department with suicide related behaviour: protocol for a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry.* 2020;20(1):20.
13. 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(1):12-18.
14. 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(7):1035-1043.
15. 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(6):e0156322.
16. 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(7):1119-1127.
17. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry.* 2016;3(7):646-659.
18. Baldaçara L, Cordeiro DC, Calfat ELB, Cordeiro DC, Chung TC. Emergências Psiquiátricas: Elsevier; 2019.
19. Belsher BE, Smolenski DJ, Pruitt LD, et al. Prediction Models for Suicide Attempts and Deaths: A Systematic Review and Simulation. *JAMA Psychiatry.* 2019;76(6):642-651.
20. 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(12):1266-1277.

21. Large M, Sharma S, Cannon E, Ryan C, Nielssen O. Risk factors for suicide within a year of discharge from psychiatric hospital: a systematic meta-analysis. *Aust N Z J Psychiatry*. 2011;45(8):619-628.
22. Brent DA, Mann JJ. Family genetic studies, suicide, and suicidal behavior. *Am J Med Genet C Semin Med Genet*. 2005;133C(1):13-24.
23. Voracek M, Loibl LM. Genetics of suicide: a systematic review of twin studies. *Wien Klin Wochenschr*. 2007;119(15-16):463-475.
24. Mullins N, Bigdeli TB, Borglum AD, et al. GWAS of Suicide Attempt in Psychiatric Disorders and Association With Major Depression Polygenic Risk Scores. *Am J Psychiatry*. 2019;176(8):651-660.
25. Schild AH, Pietschnig J, Tran US, Voracek M. Genetic association studies between SNPs and suicidal behavior: a meta-analytical field synopsis. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2013;46:36-42.
26. Li D, He L. Meta-analysis supports association between serotonin transporter (5-HTT) and suicidal behavior. *Mol Psychiatry*. 2007;12(1):47-54.
27. Anguelova M, Benkelfat C, Turecki G. A systematic review of association studies investigating genes coding for serotonin receptors and the serotonin transporter: II. Suicidal behavior. *Mol Psychiatry*. 2003;8(7):646-653.
28. Zai CC, Manchia M, De Luca V, et al. The brain-derived neurotrophic factor gene in suicidal behaviour: a meta-analysis. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2012;15(8):1037-1042.
29. Pawlak J, Dmitrzak-Weglarz M, Wilkosc M, et al. Suicide behavior as a quantitative trait and its genetic background. *J Affect Disord*. 2016;206:241-250.
30. Tombacz D, Maroti Z, Kalmar T, et al. High-Coverage Whole-Exome Sequencing Identifies Candidate Genes for Suicide in Victims with Major Depressive Disorder. *Sci Rep*. 2017;7(1):7106.
31. Sadeghiyeh T, Hosseini Biouki F, Mazaheri M, Zare-Shehneh M, Neamatzadeh H, Poursharif Z. Association between Catechol-O-Methyltransferase Val158Met (158G/A) Polymorphism and Suicide Susceptibility: A Meta-analysis. *J Res Health Sci*. 2017;17(2):e00383.
32. Ottenhof KW, Sild M, Levesque ML, Ruhe HG, Booij L. TPH2 polymorphisms across the spectrum of psychiatric morbidity: A systematic review and meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev*. 2018;92:29-42.
33. Li D, He L. Further clarification of the contribution of the tryptophan hydroxylase (TPH) gene to suicidal behavior using systematic allelic and genotypic meta-analyses. *Hum Genet*. 2006;119(3):233-240.
34. Bachmann S. Epidemiology of Suicide and the Psychiatric Perspective. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(7).
35. Arsenaault-Lapierre G, Kim C, Turecki G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2004;4:37.
36. Hawton K, Casanas ICC, Haw C, Saunders K. Risk factors for suicide in individuals with depression: a systematic review. *J Affect Disord*. 2013;147(1-3):17-28.
37. Miranda-Mendizabal A, Castellvi P, Pares-Badell O, et al. Sexual orientation and suicidal behaviour in adolescents and young adults: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2017;211(2):77-87.
38. Li Y, Li Y, Cao J. Factors associated with suicidal behaviors in mainland China: a meta-analysis. *BMC Public Health*. 2012;12:524.

39. Huang X, Ribeiro JD, Musacchio KM, Franklin JC. Demographics as predictors of suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis. *PLoS One*. 2017;12(7):e0180793.
40. Zlodre J, Fazel S. All-cause and external mortality in released prisoners: systematic review and meta-analysis. *Am J Public Health*. 2012;102(12):e67-75.
41. Centers for Disease Control and Prevention. Web-based Injury Statistics Query and Reporting System (WISQARS). 2017; [https://webappa.cdc.gov/sasweb/ncipc/mortrate10\\_us.html](https://webappa.cdc.gov/sasweb/ncipc/mortrate10_us.html)
42. Glenn CR, Kleiman EM, Cha CB, Deming CA, Franklin JC, Nock MK. Understanding suicide risk within the Research Domain Criteria (RDoC) framework: A meta-analytic review. *Depress Anxiety*. 2018;35(1):65-88.
43. Castellvi P, Miranda-Mendizabal A, Pares-Badell O, et al. Exposure to violence, a risk for suicide in youths and young adults. A meta-analysis of longitudinal studies. *Acta Psychiatr Scand*. 2017;135(3):195-211.
44. Brewer-Smyth K. Obesity, traumatic brain injury, childhood abuse, and suicide attempts in females at risk. *Rehabil Nurs*. 2014;39(4):183-191.
45. Grendas LN, Rojas SM, Puppo S, et al. Interaction between prospective risk factors in the prediction of suicide risk. *J Affect Disord*. 2019;258:144-150.
46. Maino MP, Morales S, Echavarrri 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(2):112-121.
47. Ribeiro JD, Franklin JC, Fox KR, et al. Self-injurious thoughts and behaviors as risk factors for future suicide ideation, attempts, and death: a meta-analysis of longitudinal studies. *Psychol Med*. 2016;46(2):225-236.
48. Richard-Devantoy S, Gorwood P, Annweiler C, Olie JP, Le Gall D, Beauchet O. Suicidal behaviours in affective disorders: a deficit of cognitive inhibition? *Can J Psychiatry*. 2012;57(4):254-262.
49. O'Connor DB, Ferguson E, Green JA, O'Carroll RE, O'Connor RC. Cortisol levels and suicidal behavior: A meta-analysis. *Psychoneuroendocrinology*. 2016;63:370-379.
50. Wu S, Ding Y, Wu F, Xie G, Hou J, Mao P. Serum lipid levels and suicidality: a meta-analysis of 65 epidemiological studies. *J Psychiatry Neurosci*. 2016;41(1):56-69.
51. Calati R, Laglaoui Bakhiyi C, Artero S, Ilgen M, Courtet P. The impact of physical pain on suicidal thoughts and behaviors: Meta-analyses. *J Psychiatr Res*. 2015;71:16-32.
52. Hubers AAM, Moaddine S, Peersmann SHM, et al. Suicidal ideation and subsequent completed suicide in both psychiatric and non-psychiatric populations: a meta-analysis. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2018;27(2):186-198.
53. Large M, Smith G, Sharma S, Nielssen O, Singh SP. Systematic review and meta-analysis of the clinical factors associated with the suicide of psychiatric inpatients. *Acta Psychiatr Scand*. 2011;124(1):18-29.
54. Victor SE, Klonsky ED. Correlates of suicide attempts among self-injurers: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2014;34(4):282-297.
55. Bowers L, Banda T, Nijman H. Suicide inside: a systematic review of inpatient suicides. *J Nerv Ment Dis*. 2010;198(5):315-328.
56. Borges G, Bagge CL, Cherpitel CJ, Conner KR, Orozco R, Rossow I. A meta-analysis of acute use of alcohol and the risk of suicide attempt. *Psychol Med*. 2017;47(5):949-957.

57. Poorolajal J, Haghtalab T, Farhadi M, Darvishi N. Substance use disorder and risk of suicidal ideation, suicide attempt and suicide death: a meta-analysis. *J Public Health (Oxf)*. 2016;38(3):e282-e291.
58. Cassidy RM, Yang F, Kapczinski F, Passos IC. Risk Factors for Suicidality in Patients With Schizophrenia: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-regression of 96 Studies. *Schizophr Bull*. 2018;44(4):787-797.
59. Borges G, Bagge CL, Orozco R. A literature review and meta-analyses of cannabis use and suicidality. *J Affect Disord*. 2016;195:63-74.
60. Poorolajal J, Darvishi N. Smoking and Suicide: A Meta-Analysis. *PLoS One*. 2016;11(7):e0156348.
61. Pompili M, Girardi P, Ruberto A, Tatarelli R. Suicide in borderline personality disorder: a meta-analysis. *Nord J Psychiatry*. 2005;59(5):319-324.
62. Malik S, Kanwar A, Sim LA, et al. The association between sleep disturbances and suicidal behaviors in patients with psychiatric diagnoses: a systematic review and meta-analysis. *Syst Rev*. 2014;3:18.
63. Kanwar A, Malik S, Prokop LJ, et al. The association between anxiety disorders and suicidal behaviors: a systematic review and meta-analysis. *Depress Anxiety*. 2013;30(10):917-929.
64. Pompili M, Mancinelli I, Girardi P, Ruberto A, Tatarelli R. Suicide in anorexia nervosa: a meta-analysis. *Int J Eat Disord*. 2004;36(1):99-103.
65. Angelakis I, Gooding PA, Panagiotti M. Suicidality in body dysmorphic disorder (BDD): A systematic review with meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2016;49:55-66.
66. Hammad TA, Laughren T, Racoosin J. Suicidality in pediatric patients treated with antidepressant drugs. *Arch Gen Psychiatry*. 2006;63(3):332-339.
67. Mosholder AD, Willy M. Suicidal adverse events in pediatric randomized, controlled clinical trials of antidepressant drugs are associated with active drug treatment: a meta-analysis. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2006;16(1-2):25-32.
68. Barbui C, Esposito E, Cipriani A. Selective serotonin reuptake inhibitors and risk of suicide: a systematic review of observational studies. *CMAJ*. 2009;180(3):291-297.
69. 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(6):580-587.
70. 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(9):540-560.
71. Kaizar EE, Greenhouse JB, Seltman H, Kelleher K. Do antidepressants cause suicidality in children? A Bayesian meta-analysis. *Clin Trials*. 2006;3(2):73-90; discussion 91-78.
72. DeCou CR, Schumann ME. On the Iatrogenic Risk of Assessing Suicidality: A Meta-Analysis. *Suicide Life Threat Behav*. 2018;48(5):531-543.
73. Baldaçara Lea. Brazilian guidelines for the management of suicide behavior. Part 2. Screening, intervention, and prevention. *Braz J Psychiatry*. 2020;Submitted.
74. 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(8):1570-1572.
75. Work Group on Suicidal Behaviors. Practice Guideline for The Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors 2003:184.
  76. Meleiro AMAS. *Psiquiatria: estudos fundamentais*. 1 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2018.
  77. 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.
  78. 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(12):1082-1087.
  79. 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(7):e0180292.