

SUICÍDIO E COMPORTAMENTO AUTOLESIVO

Edição 2018

Thomas Jans, Timo D. Vloet, Yesim Taneli & Andreas Warnke

Edição em Português

Editores: Fellipe Matos Melo Campos, Flávio Dias Silva

Tradutoras: Juliana Leal Freitas Maia, Aline Barbosa Lopes e Camila Lima Alves



Thomas Jans, PhD

Psicólogo Clínico, Departamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência, Psicossomática e Psicoterapia, Centro de Saúde Mental, Hospital Universitário de Würzburg, Alemanha

Conflito de interesse: nenhum relatado

Timo D. Vloet, PhD

Psiquiatra da Infância e Adolescência, Departamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência, Psicossomática e Psicoterapia, Centro de Saúde Mental, Hospital Universitário de Würzburg, Alemanha

Conflito de interesse: nenhum relatado

Yesim Taneli MD, PhD, MSc

Professor Assistente de Psiquiatria da Infância e Adolescência, Departamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência, Escola de Medicina da Universidade de Uludag, Bursa, Turquia

Conflito de interesse: nenhum relatado

Esta publicação é direcionada para profissionais em treinamento ou em atividade no campo da Saúde Mental e não para o público em geral. As opiniões expressas são as dos autores e não necessariamente representam o ponto de vista do Editor ou da IACAPAP. Esta publicação busca descrever os melhores tratamentos e condutas baseados nas evidências científicas disponíveis e avaliadas pelos autores no momento da escrita da mesma e esses podem mudar de acordo com o resultado de novas pesquisas. Os leitores devem aplicar tal conhecimento em pacientes em concordância com as diretrizes e leis do respectivo país de atuação. Algumas medicações podem não estar disponíveis em alguns países e os leitores devem consultar as informações específicas das drogas, pois nem todas as dosagens e efeitos adversos são mencionados. Organizações, publicações e *websites* são citados e *linkados* para ilustrar problemas ou como fonte de mais informações. Isso não significa que os autores, o Editor ou a IACAPAP endossam seus conteúdos ou recomendações, os quais devem ser criticamente avaliados pelo leitor. *Websites* também podem mudar ou deixar de existir.

©IACAPAP 2020. Essa é uma publicação de livre acesso sob a [Licença Creative Commons Attribution Non-commercial](#). Uso, distribuição e reprodução em qualquer meio são permitidos sem permissão prévia desde que o trabalho original seja devidamente citado e o uso seja não comercial. Sugestão de citação: Jans T, Vloet TD, Taneli Y, Warnke A. Suicide and self-harming behavior. In Rey JM, Martin A (eds), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health* (edição em Português; Dias Silva F, ed.). Geneva: International Association for Child and Adolescent Mental Health and Allied Professions, 2020.

Em muitos países, o suicídio é uma das principais causas de morte entre crianças e adolescentes. Portanto, identificar jovens em risco e oferecer tratamento eficaz são grandes preocupações das políticas públicas de saúde mental. Este capítulo inclui uma revisão sobre o suicídio em crianças e adolescentes (o “comportamento autolesivo sem intenção suicida” também será abordado, mas a maior ênfase será dada às tentativas de suicídio e ao suicídio consumado). Serão apresentadas informações sobre epidemiologia, fatores de risco e características etiológicas, apresentação clínica, avaliação, tratamento e prevenção. As questões clínicas serão o foco de discussão, portanto não serão incluídos dados gerais da neuropsicobiologia do suicídio.

Tabela E.4.1 Codificação da autolesão não-suicida, tentativas de suicídio e suicídio como uma “causa externa de morbidade e mortalidade” de acordo com a CID10 (X60–X84) *:

X6..	Por envenenamento intencional e exposição a:
X60.	Analgésicos não opióides, antipiréticos e antirreumáticos
X61.	Antiepilépticos, hipnóticos-sedativos, antiparkinsonianos e drogas psicotrópicas não classificadas em outra parte
X62.	Narcóticos e psicodislépticos (alucinógenos) não classificados em outra parte
X63.	Outras drogas que atuam no Sistema Nervoso Autônomo
X64.	Outras drogas não especificadas, medicamentos e substâncias biológicas
X65.	Álcool
X66.	Solventes orgânicos e hidrocarbonetos halogenados e seus vapores
X67.	Outros gases e vapores
X68.	Pesticidas
X69.	Outras substâncias químicas e nocivas não especificadas
X7../X8..	Autolesão Intencional por:
X70.	Enforcamento, estrangulação e sufocamento
X71.	Afogamento e submersão
X72.	Arma de fogo
X73.	Por rifle, espingarda e armas de longo alcance
X74.	Outras armas de fogo não especificadas
X75.	Material explosivo
X76.	Fumaça, fogo e chamas
X77.	Vapores e objetos com temperaturas elevadas
X78.	Objetos afiados
X79.	Objeto contundente
X80.	Saltar de lugares altos
X81.	Saltar ou se deitar na frente de objeto em movimento
X82.	Acidente de veículo automobilístico
X83.	Outros meios especificados
X84.	Meios não especificados

*Organização Mundial da Saúde, 1996.

Andreas Warnke MD, MDA

Professor de psiquiatria da infância e adolescência & ex-diretor do Departamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência, Psicossomática e Psicoterapia, Centro de Saúde Mental, Hospital Universitário de Würzburg, Alemanha

Conflito de interesse: nenhum relatado

Definições:

Suicidalidade se refere à cognição e às atividades de pessoas que buscam sua própria morte, incluindo pensamentos, ações ou omissões;

O suicídio (do latim *sui caedere*, matar a si mesmo) significa o ato intencional de uma pessoa que causa sua própria morte;

Tentativa de suicídio envolve os atos ou preparações não fatais com a intenção de ter como resultado a morte. O ato suicida deve ter sido abandonado, interrompido ou malsucedido;

Parassuicídio refere-se a um comportamento não habitual, potencialmente com risco de autoagressão, o qual é realizado sem a intenção de morte. Por causa do comportamento não suicida, alguns autores preferem os termos “autolesão deliberada”, “autoagressão deliberada” ou “autolesão não suicida” (NSSI, em inglês). Nesse capítulo, o termo “autolesão não suicida” será utilizado.

Os termos “autolesão deliberada” ou “autoagressão deliberada” são tipicamente usados sem distinguir a NSSI da tentativa de suicídio não fatal.

O termo “comportamento autolesivo sem intenção suicida” não inclui a autoagressão ou outras ações que causem sintomas corporais com a intenção única de obter assistência médica ou aconselhamento (Síndrome de *Münchhausen*) ou simulação (para obter algum benefício ou ganho secundário). Devido à natureza indireta das consequências de danos autoprovocados, relações sexuais desprotegidas, comportamentos de alto risco (por exemplo, modalidades extremas de *downhill*, corridas ilegais de carro) ou intoxicação por substâncias psicoativas não estão incluídas, mesmo que a intenção de se autodestruir possa estar presente. Para fins descritivos, tentativas não letais de suicídio e comportamento autolesivo sem intenção suicida são classificados usando os mesmos códigos.

A lista de códigos na Tabela E.4.1 não indica o quão frequentes esses diferentes métodos de automutilação são em crianças e adolescentes. Os métodos comumente usados são apresentados no quadro lateral. Esses métodos compreendem comportamentos autolesivos não letais - como beliscar, arranhar ou morder - bem como métodos altamente letais, que estão principalmente associados a uma clara intenção suicida (por exemplo, uso de armas de fogo, projetar-se de lugares altos). No entanto, do ponto de vista clínico, é crucial diferenciar tentativas de suicídio e comportamento autolesivo sem intenção suicida (conferir Tabela E.4.2).

Intenção

A principal diferença entre autolesão deliberada e tentativa de suicídio está na *intenção* de acabar com a vida de alguém. Por exemplo, uma menina de 14 anos ingere uma pequena dose extra de paracetamol pretendendo se matar, embora não tenha obtido sucesso (*tentativa de suicídio*). Outra menina de 14 anos ingere uma grande dose extra de paracetamol porque ela está com raiva e chateada. Ela não queria se matar, porém tentou amenizar uma situação estressante (*comportamento autolesivo sem intenção suicida*). É importante ressaltar que alguns atos autolesivos não suicidas podem realmente resultar em morte - por ignorância ou erro de cálculo (a segunda menina de 14 anos não estava ciente dos efeitos tóxicos do paracetamol e, na verdade, o evento resultou em morte). É preciso ter em mente que ambas as formas de automutilação podem se sobrepor: indivíduos com tentativas de suicídio também podem apresentar comportamento autolesivo sem intenção suicida e vice-versa.

Lamentavelmente, avaliar a intenção é frequentemente difícil na prática clínica. Isso tem sido o principal entrave em pesquisas referentes a este tópico. A *Columbia Classification Algorithm for Suicide Assessment (C-CASA)* - um sistema padronizado de classificação de suicídio desenvolvido para a avaliação da suicidalidade nos ensaios com antidepressivos - tem demonstrado ser confiável, transportável, e a FDA determinou que deveria ser usado em experimentos com psicotrópicos e outros medicamentos (Posner *et al*, 2007). Embora ele seja um instrumento de pesquisa, também pode ser útil na prática clínica, minimamente por padronizar a terminologia. As definições do C-CASA,

Métodos de automutilação frequentemente utilizados (tentativas de suicídio não letais e autolesão não suicida)

(Greydanus *et al*,2009):

- . Overdose de drogas
- . Envenenamento
- . Corte
- . Outras formas
 - socar
 - beliscar
 - escoriar
 - morder
 - queimar
- . Atirar em si mesmo
- . Enforcamento
- . Saltar de lugares altos
- . Saltar em locais profundos

e alguns exemplos selecionados de situações que as representam são mostrados no quadro E. 4.3. Atualmente, há um debate sobre a validade do C-CASA (Sheehan *et al*, 2014). Isso enfatiza a importância do exame clínico associado ao uso de questionários.

Tabela E.4.2 Diferenças entre tentativa de suicídio e a autolesão não suicida

Tentativa de suicídio	Autolesão não suicida (“parassuicida”)
<ul style="list-style-type: none"> • Intenção de finalizar sua própria vida • Pode ser impulsiva, mas na maioria dos casos há um sentimento crônico de desesperança e solidão • Formas mais severas de autodestruição e comportamentos que cursam com risco à vida são típicos (exemplos, envenenamento, enforcamento, saltos, uso de armas de fogo) 	<ul style="list-style-type: none"> • Sem intenção suicida • Estado emocional é de raiva aguda, desespero ou desconforto intolerável • Formas menos severas e, na sua maioria, não fatais, de comportamentos autodestrutivos são típicas (exemplos, lesões de pele por mordidas, cortes, queimaduras ou congelamento) • Tipicamente, a pessoa está consciente de que seu comportamento pode causar lesões sérias, mas não confere risco à vida
<ul style="list-style-type: none"> • Existe um risco claro de que as tentativas de suicídio são repetidas, mas em menor frequência que as não suicidas 	<ul style="list-style-type: none"> • Autolesão recorrente é comum

Tabela E 4.3 Columbia Classification Algorithm for Suicide Assessment (C-CASA): Definições e exemplos para treinamento*

Classificação/ Categoria	Definição	Exemplos
Eventos suicidas		
Suicídio completo	Um comportamento autolesivo que resulta em fatalidade e estava associado com, pelo menos, alguma intenção de morte como resultado do ato.	Após uma longa discussão com sua namorada, a qual resultou no término da sua relação, o paciente coleta uma corda e pedala com sua bicicleta até uma área isolada onde ele fatalmente se enforca. Uma carta suicida é encontrada posteriormente.
Tentativa de suicídio	Um comportamento potencialmente autolesivo, associado a pelo menos alguma intenção de morrer, como resultado do ato. A prova de que o indivíduo pretendia se matar, pelo menos em algum grau, pode ser expressa ou inferida a partir do comportamento ou circunstância. A tentativa de suicídio pode ou não resultar em lesão real.	Após uma briga com seus amigos na escola e, por consequência, estes pararem de conversar com ela, a paciente ingeriu aproximadamente 16 pílulas de aspirina e 8 outras pílulas de diferentes tipos nas dependências da escola. Ela disse que desejava morrer, por isso engoliu as pílulas.
Atos preparatórios em direção a um comportamento suicida	O indivíduo toma medidas para ferir a si próprio, mas é interrompido por si ou por outras pessoas de iniciar o ato propriamente dito antes de o potencial prejuízo se consumir	O paciente tinha fugido de casa durante a noite, porque seu pai tinha ido para a escola e recebido um relatório de “mal comportamento”. Ele estava com medo da reação de seu pai. Após o seu regresso ao domicílio, seguiu-se uma discussão de 5 a 6 horas com os seus pais, e ele levou uma faca de vegetais (larga, afiada) para seu quarto. Ele relatou colocar a faca sobre seu pulso, mas não conseguiu perfurar sua pele.
Ideação suicida	Pensamentos passivos sobre o desejo de estar morto ou pensamentos ativos sobre se matar, sem ser acompanhado por comportamento preparatório.	Pensamentos ativos: O paciente relata ao(à) clínico(a) que ele estava pensando em se enforcar no armário. Ele foi levado ao hospital e internado.

Tabela E 4.3 (continuação) Columbia Classification Algorithm for Suicide Assessment (C-CASA): Definições e exemplos para treinamento*

Classificação/ Categoria	Definição	Exemplos
Eventos não-suicidas		
Comportamento autolesivo, sem intenção suicida	Comportamento autolesivo sem intenção de morte. O comportamento foi concebido puramente por outras razões, tanto para aliviar a angústia (muitas vezes referida como "automutilação", por exemplo, cortes ou arranhões superficiais, se bater, ou se queimar) ou para efeito de causar mudanças nas outras pessoas ou no meio ambiente.	A paciente tem se sentido ignorado. Ela vai até a cozinha da família onde sua mãe e sua irmã estão conversando. Ela pega uma faca da gaveta e faz um corte em seu braço. Ela negou que queria morrer ("nem mesmo um pouquinho"), mas queria somente que eles prestassem atenção nela.
Outra, autoagressão não deliberada	Não há evidência de qualquer tendência suicida ou comportamento autolesivo intencional associado ao evento. O evento é caracterizado como uma lesão acidental, apenas sintomas psiquiátricos ou comportamentais, ou ainda, apenas sintomas médicos ou relacionado a procedimentos.	O paciente se cortou no pescoço, fazendo a barba.
Eventos indeterminados ou potencialmente suicidas		
Comportamento autolesivo, intenção suicida desconhecida	Comportamento autolesivo, no qual a intenção de morrer está associada, mas esta é desconhecida e não pode ser inferida. A lesão ou possibilidade de lesão é clara, mas o motivo do envolvimento do indivíduo neste comportamento não é claro.	A paciente corta seus pulsos após discutir com seu namorado (sem mais informações).
Sem informação suficiente	Há insuficiência de informações para determinar se o evento envolveu comportamento ou ideação deliberadamente suicidas. Há razão para suspeitar da possibilidade de suicídio, mas não o suficiente para ter a certeza de que o evento não era algo diferente, como um acidente ou um sintoma psiquiátrico. Uma lesão sofrida em um lugar no corpo coerente com automutilação ou comportamento suicida (por exemplo, os pulsos), sem qualquer informação quanto a como essa lesão foi recebida, justificariam a alocação nesta categoria.	Uma criança que "esfaqueou-se no pescoço com um lápis". O evento pode ter sido deliberado em oposição a acidental, tal como sugerido pela palavra "esfaqueado", mas não há fornecimento suficiente de informação para determinar se o evento foi ou não deliberado.

*Posner et al (2007); somente um dos vários exemplos do C-CASA é citado.

EPIDEMIOLOGIA

Segundo estatísticas da Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de 800.000 pessoas em todo o mundo morrem por suicídio a cada ano (taxa de mortalidade média em 2012 foi de 11,4 por 100.000; 15 para homens e 8 para mulheres) (OMS 2014), ou seja, uma morte a cada 40 segundos. Em alguns países, o suicídio é a segunda principal causa de morte na faixa etária de 10 a 24 anos. Por exemplo, na Alemanha, apenas acidentes (principalmente lesões fatais no trânsito) são uma causa mais frequente de morte em adolescentes com idade entre 15 aos 19 anos (Elsässer, 2010). O peso relativo do suicídio como causa de morte varia entre países e regiões de acordo com o impacto de vários fatores (ver Tabela E.4.4). No entanto, o suicídio continua sendo uma importante causa de morte entre adolescentes e jovens adultos em todo o mundo.

Como exemplo de variações nacionais específicas nas taxas de suicídio, dados de países europeus e mundiais são apresentados nas Figuras E.4.1 e E.4.2. As taxas de suicídio variaram amplamente de 0 (Liechtenstein) a 16,7 (Letônia). Na Europa, a taxa média de suicídio para meninos diminuiu significativamente

de 2,02 por 100.000 na década de 1990 para 1,48 na década seguinte (Kölves & De Leo 2014). Dos 36 países europeus desta análise, 14 demonstraram declínio significativo das taxas de suicídio nos meninos. Contudo, França e Romênia apresentaram um aumento significativo, embora a taxa média para as meninas não tenha mudado: 0,67 na década de 1990 e 0,64 nos anos 2000. Nenhum país relatou uma redução significativa para meninas; em vez disso, um aumento significativo foi identificado na Bélgica, Rússia, Eslováquia e Romênia. A análise das regiões europeias mostrou que as taxas mais altas ocorreram nos países da Europa Oriental, com um índice não significativo de declínio médio para meninos de 3,49 por 100.000 na década de 1990 para 2,76 na década de 2000.

Devido à alocação não confiável - por exemplo, apuração imprecisa, religião ou atitudes culturais sobre suicídio - as taxas de suicídio relatadas provavelmente subestimam o problema. Além disso, esses números não incluem tentativas de suicídio, que ocorrem 10 a 20 vezes mais frequentemente que suicídios consumados. Estima-se que tentativas graves de suicídio ocorram em cerca de 3% dos adolescentes nas sociedades ocidentais. Considerando-se essas variações, declarações gerais sobre a epidemiologia do suicídio podem ser inválidas para populações, regiões e períodos específicos.

Tabela E.4.4 Principais causas de morte nos adolescentes e adultos jovens em ordem decrescente de frequência*

África:	Sudeste Asiático:	América do Sul/Caribe:
1. AIDS 2. Outras infecções 3. Homicídio/Guerra 4. Lesões não intencionais 5. Suicídio	1. Lesões não intencionais 2. Outras infecções 3. AIDS 4. Suicídio 5. Homicídio/Guerra	1. Homicídio/Guerra 2. Lesões não intencionais 3. Suicídio 4. Outras infecções 5. AIDS
Pacífico Ocidental:¹	Europa:	Mediterrâneo Oriental:²
1. Lesões não intencionais 2. Suicídio 3. Outras infecções 4. Homicídio/Guerra 5. AIDS	1. Lesões não intencionais 2. Suicídio 3. Homicídio/Guerra 4. Outras infecções 5. AIDS	1. Lesões não intencionais 2. Outras infecções 3. Homicídio/Guerra 4. AIDS 5. Suicídio
América do Norte:	1. Lesões não intencionais 2. Suicídio 3. Homicídio 4. Câncer 5. Outras infecções 6. AIDS	
	¹ Austrália, Nova Zelândia, China, Japão, Coreia, Malásia, Micronésia, Filipinas, Singapura, Vietnã e outros países desta região ² Afganistão, Egito, Iraque, Jordânia, Arábia Saudita, Israel e outros países do Oriente Médio	

*Adaptado de Greydanus *et al* (2009).

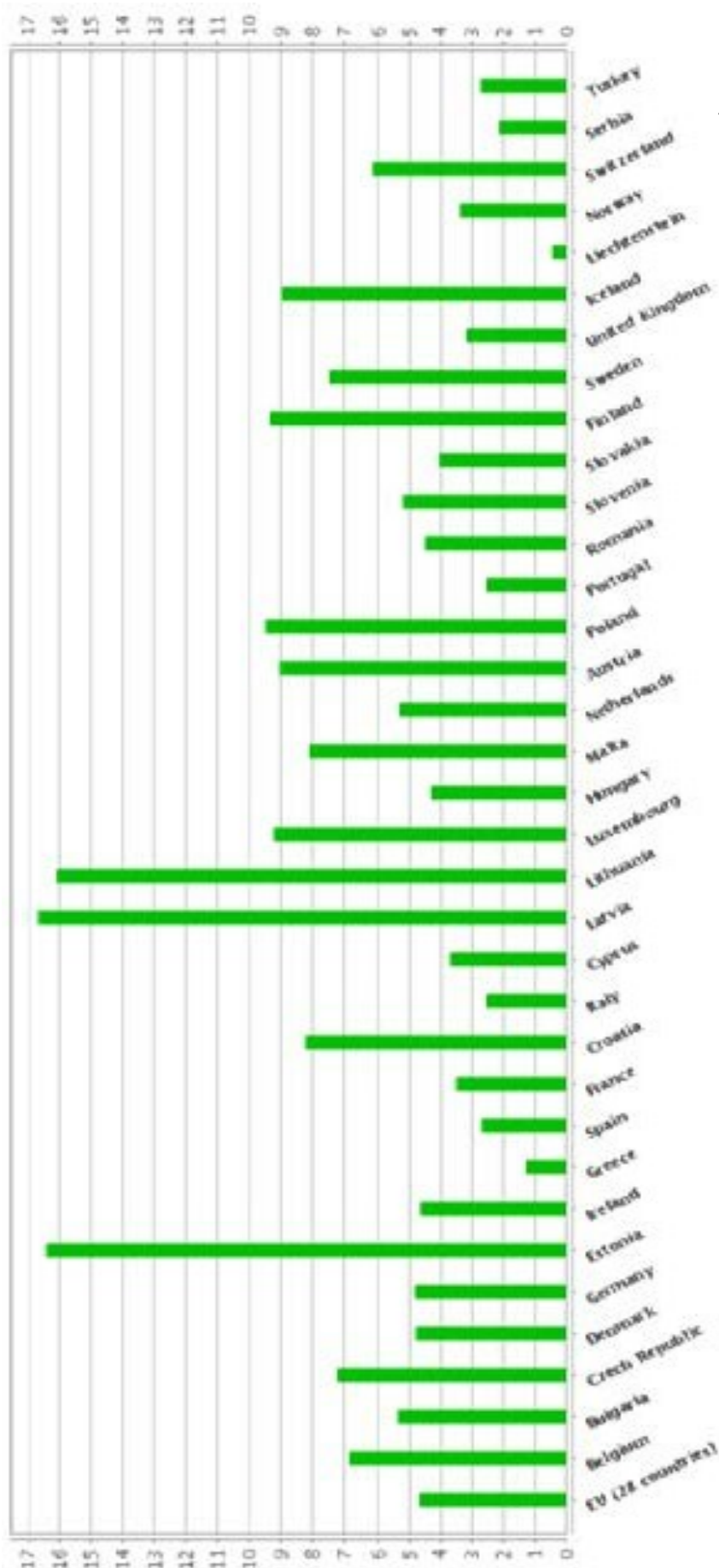


Figura E.4.1 Índice de mortalidade por suicídio na Europa em 2014: Adolescentes com idade entre 15 e 19 anos (índice de mortalidade por 100.000 pessoas). Fonte: Eurostat

Figura E.4.2 Taxas padronizadas pela faixa etária (para 100.000 habitantes, ambos os gêneros), 2015. Fonte: OMS

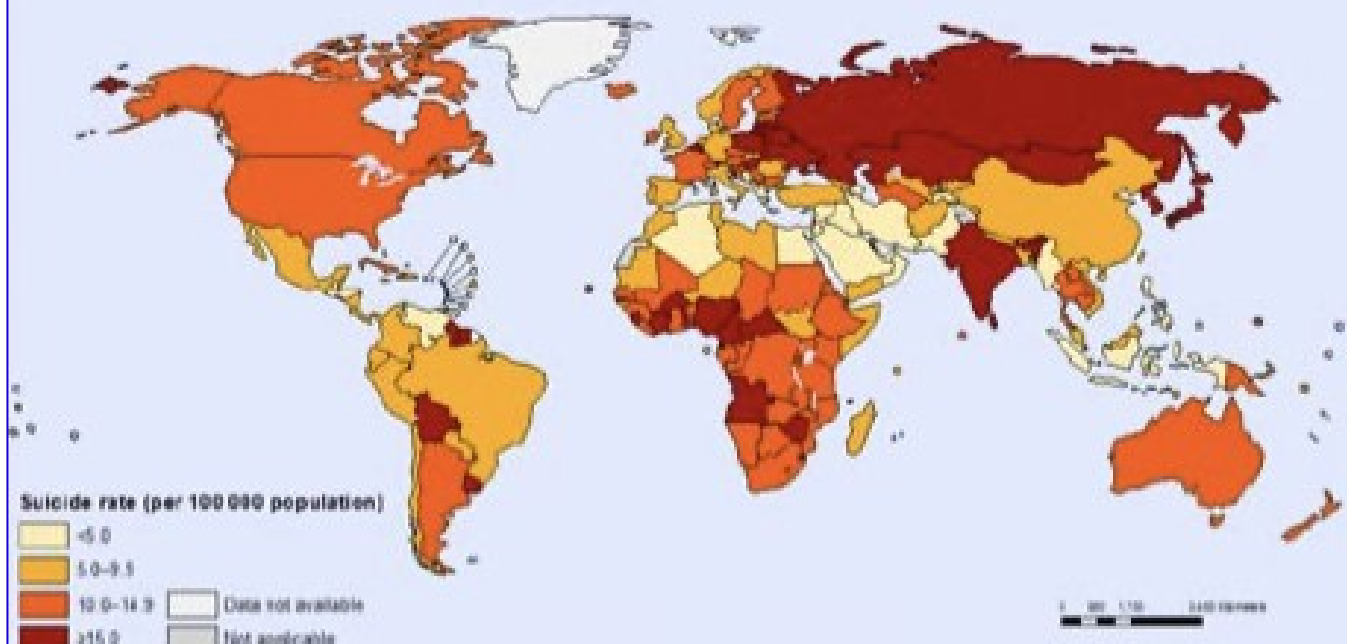
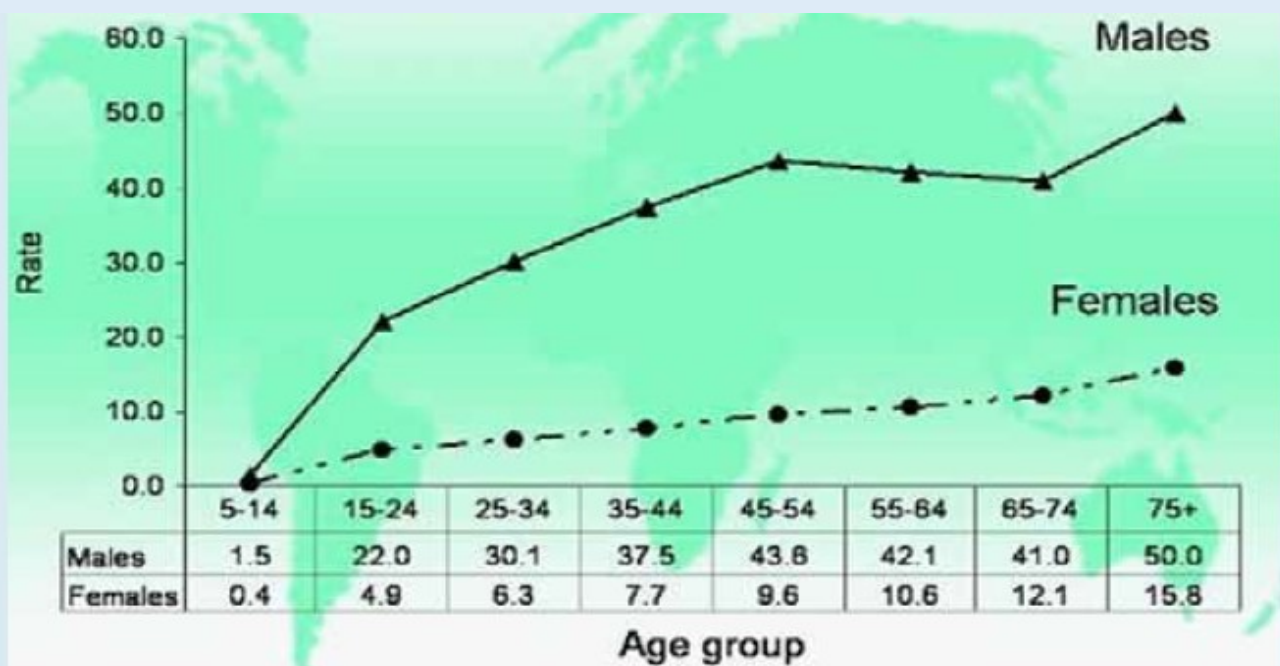


Figura E.4.3 Índice de suicídio (por 100.000) por gênero e idade



Dados de 2000; Fonte: OMS

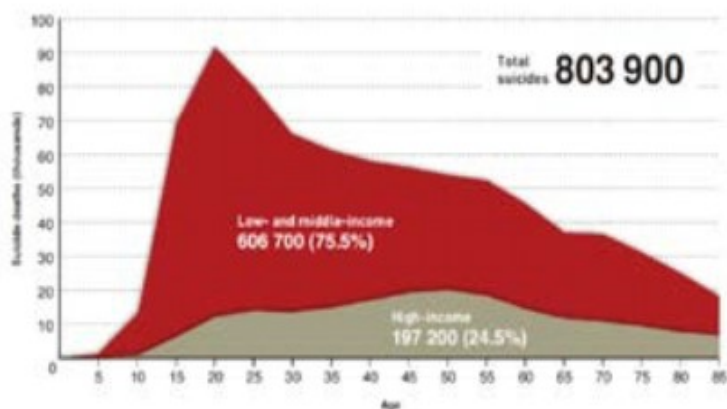


Figura E.4.4 Taxa global de suicídios, pela idade e pelo nível de renda do país, 2012. Fonte: OMS.

Qualificações precisam ser feitas com relação a:

- Idade
- Gênero
- Regiões e países específicos
- Etnia e
- Tendências seculares.

Idade

Globalmente, ao longo das últimas décadas, as taxas de suicídio têm sido mais altas nos idosos (ver Figura E.4.3). No entanto, de acordo com o site do [Programa de Prevenção de Suicídio \(Suicide Prevention Program – SUPRE\) da Organização Mundial da Saúde](#), em alguns países, as taxas de suicídio entre os jovens aumentaram tanto que adolescentes e jovens adultos representam o grupo com maior risco de suicídio. Isso se refere a um terço de todos os países e vale para nações mais e menos industrializadas. Portanto, as taxas de suicídio elevadas em idosos claramente parecem não estar presentes em todo o mundo (ver Figura E.4.4). Em crianças pré-púberes, o suicídio consumado é muito raro. No entanto, o Cazaquistão apresentou a taxa mais alta do mundo para meninos de 10 a 14 anos. As crianças tornam-se capazes de entender o conceito de suicídio a partir dos 8 anos e se tornam capazes de realizá-lo, levando a taxas crescentes de suicídio consumado nas crianças púberes e em jovens adolescentes. Taxas de suicídio relativamente baixas em crianças podem ser contabilizadas devido à menor ocorrência nessa faixa etária ou à menor exposição a grandes fatores de risco (por exemplo, doença mental, transtorno por uso de substâncias) ou à proteção oferecida por um relacionamento próximo com a família.

Gênero

No geral, as taxas de suicídio consumado são mais altas nos homens que nas mulheres. Isso vale para todas as faixas etárias, com uma proporção de masculino x feminino em cerca de 4:1 em adolescentes e adultos jovens. No entanto, as proporções de gênero variam entre os países. Existem regiões em que a distribuição de suicídios consumados por gênero é semelhante (por exemplo, China). O suicídio entre jovens é assustadoramente alto na região costeira ocidental da Índia (Kanchan *et al*, 2009). As razões para as taxas de suicídio relativamente altas entre jovens mulheres, especialmente nas áreas rurais da China, podem ser em parte devidas ao fácil acesso e uso de pesticidas, muito letais, e ao acesso limitado a serviços médicos de emergência (por outro lado, nos países da Europa Ocidental o uso de analgésicos menos letais é muito mais prevalente em mulheres suicidas) (para uma revisão, ver Turecki & Brent, 2016).

Taxas globalmente mais altas de suicídio consumado em homens estão associadas a métodos mais violentos (por exemplo, armas, enforcamento) e ao padrão de fatores de risco em homens (por exemplo, agressão impulsiva, uso indevido de álcool). No entanto, com relação à proporção de gênero, o oposto é



Clique na figura para acessar as estatísticas de suicídio da OMS

verdadeiro para tentativas de suicídio, que são muito mais comuns em mulheres do que nos homens (às vezes chamado de "paradoxo de gênero").

Regiões e países específicos

Variações regionais nas taxas de suicídio refletem variações nos fatores de risco sociais e ambientais. As taxas de suicídio relatadas variam muito entre os países; mesmo dentro de estados bastante homogêneos existem diferenças regionais (por exemplo, taxas relativamente altas na Saxônia, Alemanha). As taxas mais altas do mundo são registradas em países da Europa Oriental, dentre os quais países com uma taxa de suicídio tradicionalmente alta desde o final do século XIX (por exemplo, Estônia). Em geral, nos últimos anos, houve um intercâmbio da prevalência de suicídio da Europa Oriental para a Ásia. Taxas relativamente baixas ainda são relatadas para os países do Golfo, como o Kuwait (Värnik, 2012).

Além das diferenças nos dados de suicídios, as variações sugerem padrões específicos de fatores de risco e de proteção em cada país (por exemplo, questões socioeconômicas, rápida mudança cultural), geografia e clima (por exemplo, exposição à luz e depressão), acesso a meios letais (por exemplo, venenos ou armas de fogo), uso de álcool e drogas, etnia, e crenças religiosas.

As baixas taxas de suicídio nos países do Golfo podem ser reflexo de normas religiosas e menor consumo de álcool. Em geral, tem sido descrito um gradiente em que os agnósticos mostram as maiores taxas de suicídio, os muçulmanos têm as mais baixas, enquanto os cristãos, budistas e os hindus estão no meio (Bertolote & Fleischman, 2009).



As taxas de suicídio são altas entre os grupos minoritários, particularmente aqueles que sofreram rápidas mudanças sociais, aculturação ou tornaram-se privados de seus direitos como resultado da colonização (por

exemplo, indoamericanos, indígenas australianos, inuítes). Para uma revisão abrangente o leitor pode consultar Turecki e Brent (2016).

Tendências seculares

Um aumento na taxa e no número absoluto de suicídios foi descrito nas últimas décadas (Curtin *et al*, 2016; revisão de Dilillo *et al*, 2015). No entanto, esse efeito não é consistente. Por exemplo, nos países da OCDE (Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico, OCDE, compreende 32 nações industrializadas), houve um discreto declínio nas taxas absolutas de suicídio. Alguns países com taxas tradicionalmente altas (por exemplo, Hungria) mostraram um declínio acentuado, enquanto outros com taxas baixas (por exemplo, Coreia, Japão) mostraram um aumento acentuado (Jeon *et al*, 2016). As razões para essas mudanças não são bem conhecidas, mas podem incluir mudanças sociais ou econômicas rápidas (por exemplo, desemprego). Contudo, situações desafiadoras para uma população também podem ter o efeito oposto. Por exemplo, na Alemanha, as taxas de suicídio diminuíram consideravelmente nos anos seguintes à Primeira e à Segunda Guerras Mundiais. Por um período circunscrito, o esforço de uma sociedade em se concentrar nos princípios básicos das necessidades da vida cotidiana pode proteger parcialmente do comportamento suicida.

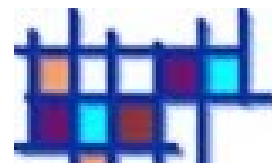
As tendências temporais parecem não ser estáveis. Por exemplo, em muitos países ocidentais observou-se uma redução nas taxas de suicídio entre jovens nas últimas duas décadas (por exemplo, Laido *et al*, 2017). Esse declínio pode ser explicado pela maior prevalência e eficácia do tratamento de distúrbios psiquiátricos (por exemplo, tratamento farmacológico de depressão). No entanto, dados do Sistema Nacional de Estatísticas Vitais (2014) indicaram um aumento de 24% na taxa de suicídio ajustada à idade nos EUA (10,5 a 13,0 por 100.000 habitantes). O aumento percentual nas taxas de suicídio para sexo feminino foi maior naquelas entre os 10 e os 14 anos (Curtin *et al*, 2016). Especula-se que os fatores responsáveis por esse aumento podem ser a influência das redes sociais online ou taxas mais altas de depressão não tratada após avisos da FDA sobre suicidalidade associada ao uso de antidepressivos.

Pensamentos Suicidas e Tentativas de Suicídio

Dados recentes do Serviço de Vigilância de Comportamento de Risco para Jovens - *Youth Risk Behavior Surveillance* (2012) - reportaram que estudantes entre 14 e 18 anos de idade apresentam:

- Tentativa de suicídio considerada grave (15,8%)
- Tentativa de suicídio (7,8%)
- Tentativa de suicídio resultando em lesão, envenenamento ou overdose que teve que ser tratado por um médico ou enfermeiro (2,4%).

Os dados da *Youth Risk Behavior Surveillance* ilustram que a ideação suicida é muito comum entre os adolescentes, e que uma porcentagem



Dados recentes dos EUA sobre comportamento suicida entre estudantes do 9º ao 12º ano estão disponíveis no [Youth Risk Behavior Survey \(YRBS\)](#), Centers for Disease Control.

significativa está executando tentativas de suicídio consideradas graves. Felizmente, as taxas de suicídio consumado são comparativamente baixas (dados dos EUA para 2013: prevalência de morte por suicídio entre adolescentes: 0,006%). No entanto, os dados indicam uma progressão no desenvolvimento de suicidalidade aguda a partir de ideação suicida, evoluindo para planejamento e depois tentativa de suicídio. Assim, pensamentos suicidas sempre devem ser considerados um sinal de alerta significativo que requer aconselhamento profissional. Com relação à ideação suicida e às tentativas de suicídio, existe uma preponderância feminina na maioria dos países (mais do que o dobro entre as mulheres).

Métodos de Suicídio

Nos últimos anos, há a tendência de que o enforcamento tem substituído o envenenamento como o método mais comum de suicídio em jovens de 10 a 19 anos nos EUA, Inglaterra e outros países (por exemplo, Redmore *et al*, 2016). Nos EUA, o método suicida mais frequente em 2014 foi o uso de armas de fogo para homens (55,4%) e envenenamento para mulheres (34,1%). Na Europa Ocidental, por outro lado, as armas de fogo têm um papel menor; precipitação de altura ou diante de um trem é o método principal. O envenenamento por pesticidas é prevalente em regiões agrícolas de países de baixa e média renda, como a Índia. Na Turquia, em 2015, os cinco métodos mais comuns de suicídio foram em ordem decrescente de frequência: enforcamento, armas de fogo, precipitação de altura, produtos químicos e uso de instrumento cortante (TurkStat; Suicide Statistics 2010, www.tuik.gov.tr, 2015). O envenenamento por monóxido de carbono está se disseminando em alguns países do Pacífico Ocidental (por exemplo, Taiwan). Na Europa Ocidental e na América do Norte os medicamentos de balcão farmacêutico (principalmente analgésicos) e os psicotrópicos também são comuns.

Fatores de Risco

Os principais fatores de risco para o suicídio na adolescência estão resumidos na Tabela E.4.5. Como afirmado, há uma escassez de pesquisas sobre suicídio em pré-adolescentes. Ainda não foi encontrado um padrão específico de fatores de risco para essa faixa etária (Turecki & Brent, 2016). Nos pré-adolescentes, estressores familiares podem desempenhar um papel mais significativo do que em adolescentes, enquanto a psicopatologia dependente da idade (por exemplo, uso de álcool, transtorno bipolar, psicose) pode ter menos influência.

Os efeitos da idade e do sexo já foram descritos. Entretanto, deve-se ter em mente que o risco estatístico se refere às médias em uma comunidade e tem relevância limitada para a avaliação e tratamento de pacientes individuais. Por exemplo, uma adolescente está estatisticamente em menor risco de suicídio consumado após uma tentativa de suicídio do que um homólogo masculino. Contudo, *a avaliação e o tratamento não são específicos para gêneros!*

Tentativas prévias de suicídio

Uma tentativa prévia de suicídio é um dos preditores mais importantes de tentativas e de suicídio consumado (Hoertel *et al*, 2015):

- Cerca de 30% dos suicídios consumados têm um histórico de tentativas de suicídio
- Após uma tentativa de suicídio, o risco de uma nova tentativa é 20 vezes maior do que em indivíduos sem histórico de tentativas de suicídio
- O risco de uma tentativa grave de suicídio está fortemente associado ao número de tentativas prévias de suicídio.

Tabela E.4.5 Principais fatores de risco para o suicídio entre adolescentes *

- Tentativa de suicídio anterior
- Psicopatologia
 - Especialmente transtorno depressivo maior, transtorno bipolar, transtorno de conduta e transtornos por uso de substâncias
 - Comorbidade psiquiátrica, especialmente a combinação de transtornos de humor, transtornos disruptivos de e uso de substâncias
 - Traços de personalidade disfuncional (especialmente os traços antissocial, *borderline*, histriônico e narcisista)
 - Sentimentos de desesperança e de inutilidade
 - Agressão Impulsiva: a tendência a reagir à frustração ou provocação com hostilidade ou agressão
- Fatores familiares
 - História familiar de depressão ou suicídio
 - Perda de um dos pais por morte ou divórcio
 - Conflito Familiar
- O abuso físico e sexual
- A falta de uma rede de apoio, empobrecimento de relações com pares e sentimentos de isolamento social
- "Revelar-se" ou lidar com sentimentos homossexuais sem o apoio necessário nos ambientes familiar, comunitário ou escolar
- Disponibilidade de meios letais
- Ter sido exposto ao suicídio (por exemplo, suicídio ou tentativa de suicídio em membros da família ou amigos; relatos na mídia)

* Adaptado de Cash e Bridge (2009).

Transtorno psiquiátrico

Psicopatologia é outro fator de risco importante para suicídio em crianças e adolescentes. Transtornos psiquiátricos estão presentes em 80% a 90% dos suicídios (Hoertel *et al*, 2015; Nock *et al*, 2013). *Transtornos de humor, ansiedade, conduta e uso de substâncias* são as condições mais importantes. Abandono escolar e transtornos mentais concomitantes, como consequência de transtornos específicos de aprendizagem, também desempenham algum papel (APA, 2013). Além da comorbidade, a *gravidade do comprometimento* causado por sintomas psiquiátricos, assim como a carga total de sintomas, é importante. A gravidade do *comprometimento relacionado aos sintomas* explicou a maior parte do risco de suicidalidade associado aos transtornos psiquiátricos vigentes, no *Great Smoky Mountains Study* (Foley *et al*, 2006). Problemas do sono também parecem estar intimamente associados ao suicídio (Wong *et al*, 2016). Nesta pesquisa, dois em três sintomas de insônia

tiveram associação significativa com pensamentos e planos suicidas, mesmo depois de controlar os transtornos psiquiátricos que sabidamente afetam a suicidalidade. Ter problemas para iniciar ou para manter o sono teve relação direta e indireta (via de uso das substâncias, transtornos de humor e de ansiedade) com o comportamento suicida.

Além da presença de transtornos psiquiátricos manifestos, os *comportamentos de risco à saúde* (comportamentos disruptivos, sexuais e de uso de substâncias) estão associados a maiores riscos de suicídio em jovens adolescentes (Seguin *et al*, 2014). Sentimentos de *desesperança* e de *inutilidade*, e a *agressão impulsiva* também estão ligados à suicidalidade. Apesar de esses estados geralmente ocorrerem no contexto de depressão ou de transtorno de conduta, eles também podem ser significativos em indivíduos sem transtorno psiquiátrico. Isto também se refere à desinibição da *intoxicação aguda*, que pode ser responsável por atos suicidas em indivíduos sem clara dependência de substâncias.

O comportamento suicida também pode ocorrer em jovens sem transtorno psiquiátrico atual. No estudo *Great Smoky Mountains*, suicídio de jovens na ausência de um transtorno psiquiátrico estava relacionado a comportamento suicida prévio, problemas legais e disciplinares, e transtornos psiquiátricos na família.

Ambiente familiar

A *psicopatologia parental* e a história de *comportamento suicida na família* são associadas ao maior risco de suicídio na prole. A responsabilidade pelo suicídio nas famílias pode ser independente de um histórico familiar de doença psiquiátrica. Filhos de pais com transtornos do humor mostram mais tentativas de suicídio quando há histórico de suicidalidade dos pais, em comparação com os filhos de pais sem tentativas de suicídio. Psicopatologia da família - especialmente tentativas de suicídio em mães e uso indevido de substâncias em ambos os pais – e conflitos familiares predizem maior suicidalidade na adolescência mesmo quando a morbidade psiquiátrica é controlada (Björkenstam *et al*, 2017, revisão de Turecki & Brent, 2016).

Adversidade

No estudo *Great Smoky Mountains*, a pobreza foi associada a comportamento suicida independente do perfil psiquiátrico ou da severidade da psicopatologia. A estabilidade da rede psicossocial também é relevante. Num estudo dinamarquês, mudanças frequentes de residência foram associadas a um risco aumentado de tentativa e de suicídio consumado em crianças e adolescentes (Qin *et al*, 2009). Subgrupos mais jovens de suicidas geralmente apresentam uma sobrecarga de adversidades e uma história de abuso/negligência na infância (Seguin *et al*, 2014). A gravidade do abuso sexual correlacionou-se com o risco de tentativas de suicídio em uma amostra canadense (Brezo *et al*, 2008). Isso é observado mesmo em pré-adolescentes.



Émile Durkheim (1858-1917), sociólogo francês, buscou explicar o suicídio como fenômeno social.

Em um estudo com crianças de 8 anos maltratadas, 10% relataram ideação suicida (Thompson *et al*, 2005).

Modelagem do comportamento suicida - O "efeito Werther"

Tem havido muita discussão sobre a influência das representações exibidas pela mídia sobre a frequência de suicídio. Um exemplo clássico é o que aconteceu na Alemanha após a publicação do livro popular "Os Sofrimentos do Jovem Werther", de Goethe em 1774. A publicação foi seguida por uma série de suicídios de jovens. Isto foi atribuído à vívida descrição do jovem protagonista que se matou romanticamente após ser rejeitado pela mulher que amava. O livro foi banido na maior parte da Europa.

Focos de suicídio subsequentes a suicídios reportados pela mídia ou representados em obras fictícias de fato ocorrem ("Efeito Werther"). De acordo com um estudo alemão naturalista (Schmidtke & Hafner, 1988), a transmissão de uma novela que mostra um suicídio de um homem de 19 anos de idade em uma estrada de ferro, resultou em um aumento (175%) dos suicídios entre homens de 15 a 19 anos de idade em ferroviárias.



Fatores associados à imitação são: tempo (há picos de suicídio nos primeiros dias após a exibição ou publicação), quantidade e proeminência da cobertura da mídia, a semelhança entre a vítima e o adolescente, status de celebridade dado à vítima, descrição específica do suicídio (método, tempo, lugar), elaboração de reportagens romantizadas e sensacionalistas, sugerindo que há uma epidemia e simplificando as razões para o suicídio (Organização Mundial da Saúde, 2008).

As tentativas de suicídio e suicídios entre casais (Hazell & Lewin, 1993) também aumentam o risco. Diferentes caminhos podem levar a um conjunto de episódios de suicídio. Além dos sintomas de estresse pós-traumático, o luto, amizades com pares também vulneráveis, a mera imitação é um fator significativo.

Estressores

Bullying está associado a tentativas de suicídio e comportamento autolesivo. Em um estudo longitudinal de dois anos, sofrer *bullying* esteve associado a ideação suicida. Curiosamente, o *cyberbullying* não foi associado a ideação suicida depois de controlar a ideação suicida do início do seguimento (Bannink *et al*, 2014). Em um estudo finlandês, vitimização frequente entre meninas foi associada a posteriores tentativas de suicídio e a suicídio consumado, mesmo após o controle de fatores para psicopatologia (Klomek *et al*, 2009).

Outros estressores relevantes incluem *crises legais ou disciplinares*, *encarceramento* e *dificuldades escolares*. Exames de classificação altamente competitivos para escolas de ensino médio podem contribuir para o suicídio. Por exemplo, em 2010 na Turquia, 13 jovens com idade até 19 anos cometeram suicídio, cuja hipótese foi associada a fracasso acadêmico recente (TurkStat; Suicide Statistics, 2010, 2011).

Sexualidade

Há boas evidências de que jovens gays, lésbicas e bissexuais apresentam risco aumentado de comportamento suicida (Haas *et al*, 2011). Isso pode ser

maior quando se “assumem” ou quando as famílias não apoiam (Ryan *et al*, 2009).

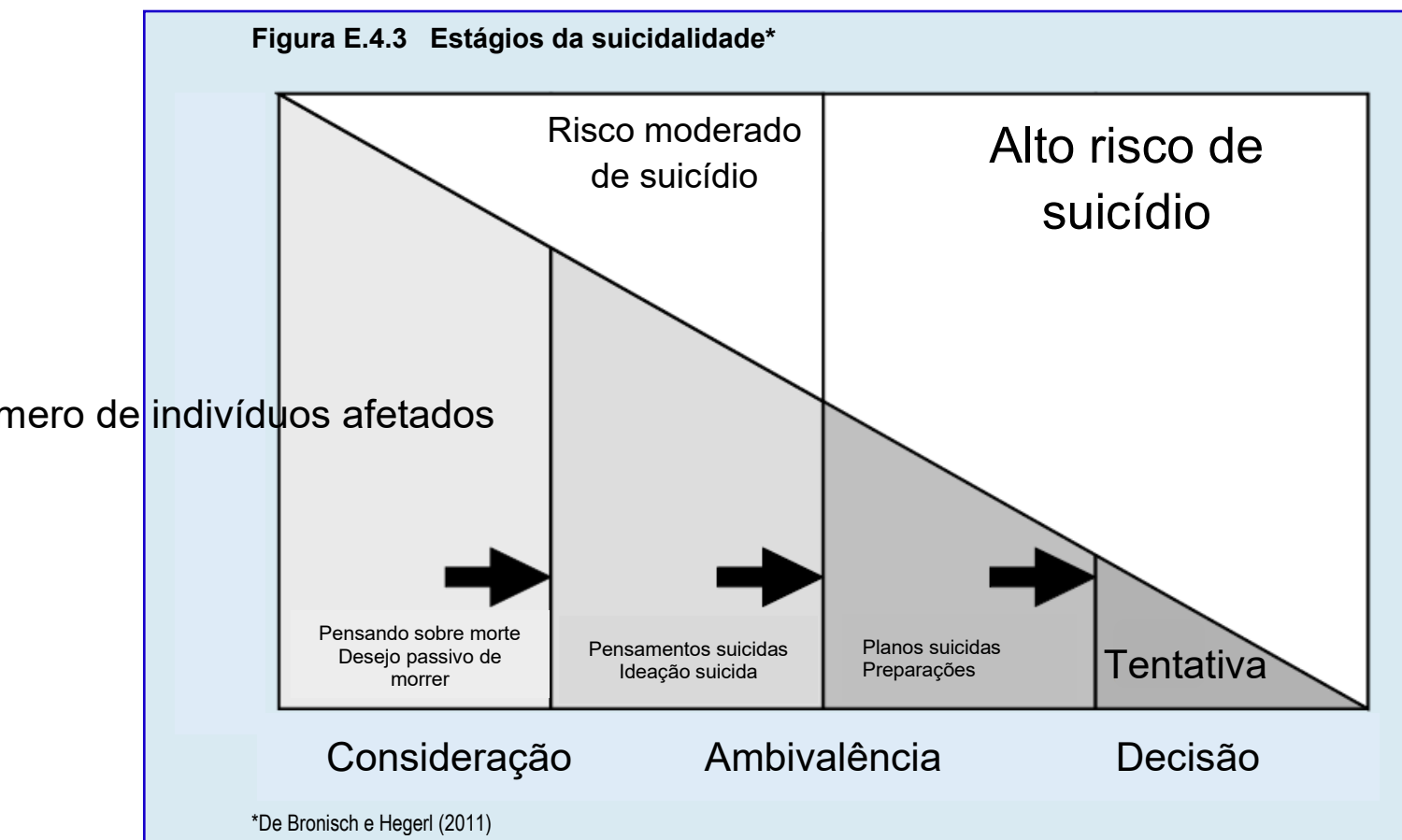
Internet e redes sociais

Um amplo espectro de websites sobre suicídio está disponível na Internet. Existem também úteis sites "antissuicídio", mantidos principalmente por grupos de autoajuda, governos ou organizações internacionais. Por outro lado, existem sites claramente celebrando o suicídio, dando conselhos sobre meios letais, oferecendo grupos de bate-papo em que os usuários podem anunciar sua intenção de suicídio ou fixar uma data para um suicídio coletivo (para uma revisão, ver Marchant *et al*, 2017). Alguns desses sites estão vinculados a subculturas específicas (por exemplo, Emo). Um [serviço alemão](#) que visa proteger jovens de sites perigosos relatou cerca de 450 sites críticos, cerca de 40% deles promovendo o suicídio ou tornando-o algo trivial.

COMPORTAMENTO SUICIDA

Estágios do Comportamento Suicida

A suicidalidade pode ser conceituada como um *continuum* com pensamentos de morte de um lado e atos suicidas graves do outro (Figura E.4.5; Bronisch & Hegerl, 2011). Suicidalidade aguda geralmente se desenvolve de maneira gradual, com aumento de ideação e planejamento mais específicos superando a ambivalência e o indivíduo se tornando cada vez mais e mais determinado.



À medida que a ideação suicida se torna mais específica, uma característica “síndrome pré-suicida” pode se desenvolver (Ringel, 1959; Ringel, 1976). De acordo com Warnke (2008) ela é caracterizada por:

- Sentimentos de desesperança, de culpa, de solidão e ser incompreendido(a)
- Ruminações negativas, autopiedade
- Inatividade e retraimento social
- Agressão inibida voltada para si (autoagressividade)
- Fantasias suicidas e planejamento
- Disforia
- Sintomas somáticos, distúrbios de sono, fadiga e perda de apetite.

Uma vez tomada a decisão de cometer suicídio, a pessoa suicida pode estar menos agitada e parecer mais estável, levando os médicos a subestimarem o risco de suicídio. A presença da síndrome pré-suicida deve ser um sinal de alerta. No entanto, isso pode ser menos verdade em crianças e adolescentes, nos quais o suicídio impulsivo é mais comum que em adultos. Portanto, é preciso ter em mente que tentativas de suicídio podem ocorrer durante qualquer um desses estágios.

O suicídio geralmente ocorre durante uma crise e raramente acontece na ausência de outros fatores importantes. Para que essa crise exista, geralmente é necessária uma predisposição, um gatilho, um facilitador e disponibilidade de um método para realizá-lo. Estar ciente disso permite possíveis intervenções para diminuir o risco em vários estágios da crise.

- *Predisposição.* Como já discutido, jovens que tentam suicídio têm uma predisposição a fazê-lo, em muitos casos devido a um problema de saúde mental, frequentemente depressão.
- *Gatilho.* A maioria dos suicídios ou tentativas de suicídio sucedem algo que aconteceu e fez os adolescentes se sentirem infelizes, amedrontados ou com raiva. Conflitos com outras pessoas (pais, amigos, escola, polícia) são gatilhos frequentes. Exemplos são as crises disciplinares (quando se descobre que adolescentes têm feito algo errado, como roubar, e que estão aguardando punição), humilhação pública, ameaça de separação de uma namorada ou namorado e divulgação de abuso sexual. Esses são geralmente percebidos como mais catastróficos pelo adolescente do que por outras pessoas.
- *Facilitador.* As fortes emoções produzidas pelas crises são mais propensas a levar ao suicídio se o julgamento do jovem for prejudicado pelo álcool ou drogas. Outros facilitadores incluem a identificação com alguém bem conhecido ou admirado que tenha cometido suicídio, suicídios entre membros da família ou amigos, ou



Clique na imagem para ouvir uma mensagem antissuicídio poderosa (“se você contemplando o suicídio, essa é para você...”) da talentosa rapper Angel Haze. Aviso: linguagem inapropriada. (04:12)

se o adolescente não tiver crenças religiosas firmes que proíbam o suicídio.

- *Oportunidade.* Finalmente, os adolescentes precisam ter acesso aos meios de cometer suicídio de uma maneira aceitável para eles. Embora possa parecer estranho, as pessoas geralmente têm uma ideia clara da maneira como gostariam de se matar.

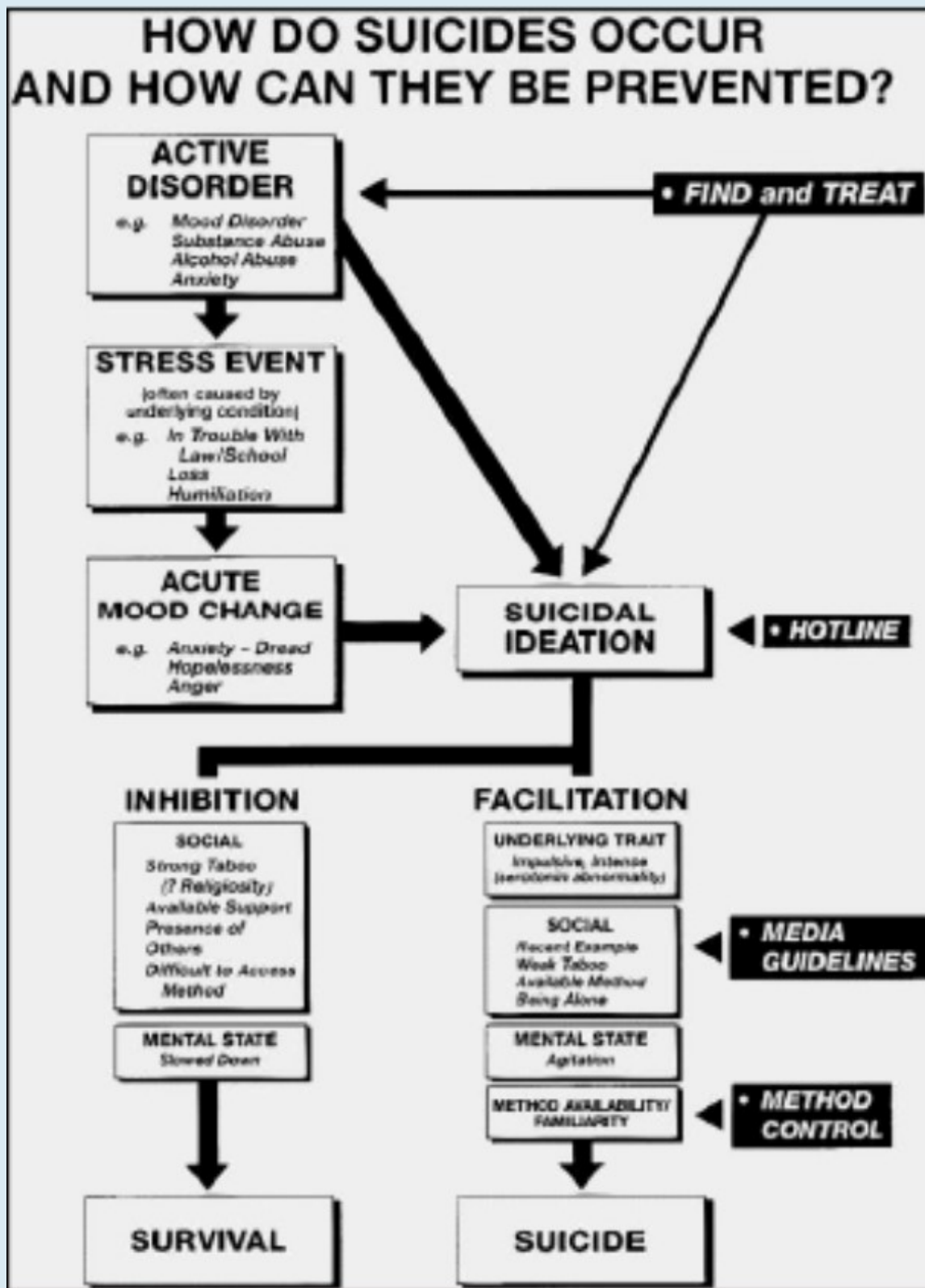
Como exemplo, características do desenvolvimento da suicidalidade que são relevantes para a prevenção do suicídio são mostradas na figura E.4.6 (Academia Americana de Psiquiatria da Criança e do Adolescente, AACAP, 2001).

Curso

Na maioria dos estudos sobre a história natural do comportamento autolesivo não é feita uma distinção entre o comportamento autolesivo sem intenção suicida e as tentativas de suicídio. Isso é em parte devido a pesquisas baseadas em dados coletados nos atendimentos clínicos não psiquiátricos de rotina (sem um exame minucioso em relação à intenção suicida). Além disso, feitas com uma proporção significativa de pacientes não suicidas ou com comportamento autolesivo. Como afirmado acima, o risco de suicídio consumado aumenta consideravelmente em indivíduos com tentativas prévias de suicídio. Um recente estudo naturalista e prospectivo de adolescentes acompanhados após hospitalização psiquiátrica até a idade adulta, com múltiplas avaliações por participante, ofereceu a oportunidade de examinar diferentes trajetórias de desenvolvimento de pensamentos e comportamentos suicidas, bem como variáveis demográficas associadas, fatores de risco, fatores de proteção e desfechos não suicidas (Goldston *et al*, 2016). Os autores analisaram dados de 180 adolescentes (de 12 a 18 anos na seleção), que foram repetidamente avaliados por uma média de 13,6 anos (2.273 avaliações) desde a internação psiquiátrica. Os resultados indicaram quatro classificações que foram associadas a padrões distintos de correlação com fatores de risco e de proteção e com desfechos não suicidas. A categoria de *mais alto risco* correspondia a indivíduos cronicamente ansiosos e sem esperança, com menos razões para viver ao longo do tempo e crescente impulsividade durante a vida adulta. Essa foi a única categoria com maior probabilidade de trauma sexual e maior proporção de tempo em episódios de depressão maior e transtorno de ansiedade generalizada. A categoria de *risco crescente* foi marcada por maior impulsividade e autoagressividade, bem como prejuízo no desempenho do papel durante a vida adulta e características de ansiedade elevada. As categorias de *risco decrescente* e de *mais baixo risco* apresentaram altos níveis de ansiedade e menos razões para viver, mas foram capazes de desenvolver maiores habilidades de regulação emocional e comportamental à medida que amadureceram ou se beneficiaram de mudanças nas circunstâncias quando eles passaram a viver de forma mais independente. Esses dados destacam a heterogeneidade dos padrões de desenvolvimento de pensamentos e

comportamentos suicidas entre grupos diferentes de adolescentes e adultos jovens em risco.

Figura E.4.6 Modelo do desenvolvimento da suicidalidade com os tipos de intervenções preventivas específicas



Reproduzido com a permissão de *Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior*. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 40 (sup): 24S-51S. ©2001 American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.

Em uma grande amostra britânica de crianças e adolescentes com menos de 15 anos que se apresentaram em hospitais gerais por causa de automutilação deliberada, seguimento de longo prazo (11 anos) apontou morte por suicídio em 1% dos pacientes (Hawton & Harris, 2008). Isso reflete um risco individual relativamente baixo de suicídio consumado em pacientes com comportamento autolesivo, mesmo no longo prazo. Por outro lado, os dados sugerem que as pessoas que se machucam têm um risco de suicídio 100 vezes maior do que a população geral.

AVALIAÇÃO

Existem questionários para rastrear o risco de suicídio em crianças e adolescentes, mas não será discutido aqui em detalhes porque a maioria está disponível apenas na língua inglesa, e dados sobre suas propriedades psicométricas e traduções específicas são, com frequência, apoiados por poucos estudos que permitam a avaliação da precisão (Runeson et al, 2017; Horowitz et al, 2009; o leitor interessado também pode consultar a AACAP, 2001).

Devido à sua disponibilidade e também à existência de tradução para mais de 100 idiomas, a Escala de Classificação de Gravidade de Suicídio da Columbia (C-SSRS; Posner *et al*, 2011) é descrita. A C-SSRS foi projetada para fazer distinção entre ideação suicida e comportamento suicida medindo quatro constructos:

1. Gravidade da ideação (desejo de estar morto, pensamentos suicidas inespecíficos, pensamentos suicidas incluindo métodos, intenção suicida e intenção com um plano de suicídio)
2. Intensidade de ideação (frequência, duração, controle sobre a ideação, impedimentos, e motivo da ideação)
3. Comportamento (tentativas feitas, abortadas e interrompidas; comportamento preparatório; comportamento autolesivo sem intenção suicida)
4. Letalidade.

Diferentes formulários dessa escala foram desenvolvidos, incluindo versões para crianças. Os formulários estão disponíveis no [site do C-SSRS](#). As propriedades psicométricas parecem ser boas (Posner *et al*, 2011) e o tempo de administração é de apenas alguns minutos. Um programa de treinamento está disponível no site, que é obrigatório antes da administração do C-SSRS em ensaios clínicos, e fortemente recomendado antes da administração na prática clínica.

As escalas de classificação podem ser úteis para fins de triagem - por exemplo, em projetos de prevenção para detectar indivíduos em risco. Contudo, uma avaliação clínica feita por um profissional treinado é necessária para avaliar o risco de suicídio. Essa avaliação deve incluir um exame físico e psiquiátrico,



Clique na figura para acessar o programa de treinamento da Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS)

incluindo uma história abrangente (com informações do paciente, pais e outras pessoas importantes) para obter informações sobre estressores psicossociais agudos, diagnósticos psiquiátricos, estado mental atual e circunstâncias de tentativas prévias de suicídio.

Tabela E.4.6 Exemplos de perguntas para triagem do risco de suicídio

- "Você está pensando que você não quer mais viver, ou que a vida não vale a pena ser vivida? "
- "Isso acontece muitas vezes? "
- "Você pensa sobre isso sem querer? Isto é: Você já foi incomodado por pensamentos suicidas indesejados? "
- "Você tem sido capaz de colocar esses pensamentos de lado? "
- "Você tem ideias específicas sobre como você faria isso? "
- "Você fez algum plano ou preparação? "
- "Existe alguma coisa que te impeça de fazê-lo? "
- "Você falou com alguém sobre suas ideias suicidas? "
- "Você já tentou se matar? "
- "Alguém de sua família ou dos seus amigos ou conhecidos já cometeram suicídio? "

Tabela E.4.7 Indicadores do risco agudo de suicídio – fatores individuais atuais (exame do estado mental)

Ideação suicida:

- Não dissociar a suicidalidade, mesmo depois de uma longa conversa
- Pensamentos suicidas que surgem espontaneamente e pressionam o indivíduo
- Plano preciso de suicídio (método, lugar, tempo ou outras especificações)
- Preparação para o suicídio, especialmente no caso de um método violento; preparações para dizer adeus
- Ideias de suicídio altruístas (pseudo-altruístas); ideias de autossacrifício

Sintomas e comorbidades:

- Marcada desesperança (falta de perspectivas para o futuro; baixa realização acadêmica; fracasso no trabalho; conflitos que levam a resquícios não resolvidos de ideação suicida)
- Afastamento social recente
- Muita agitação, irritabilidade, agressividade, instabilidade emocional ou pânico
- Intoxicação (álcool, drogas)
- Sintomas de psicose aguda
- Controle de impulso prejudicado e desinibição (por exemplo, no caso de intoxicação alcoólica, delírio ou mania aguda)
- Sintomas de depressão grave
- Sintomas proeminentes de transtorno de personalidade ou transtorno de conduta, principalmente na combinação com o abuso de álcool

Outros fatores importantes:

- Um relacionamento estável não pode ser estabelecido
- O paciente faz esforço para ser admitido em regime de internamento
- Tempo de exame dentro de um período de um ano após a última tentativa de suicídio

A co-ocorrência de vários fatores de risco devem ser tidos em conta. Isto é exemplificado pelos seguintes casos:

- Uma menina de 14 anos estava insegura sobre sua orientação sexual; ela teve sentimentos românticos em relação a uma colega do sexo feminino que tinha duramente a rejeitado recentemente. A menina passou a apresentar um desempenho fraco academicamente e tornou-se cada vez mais deprimida três meses antes exame. A avaliação psiquiátrica foi instigada após a garota ter postado uma nota de suicídio em uma sala de bate-papo. Seus pais relataram que seu tio havia morrido por suicídio dois anos antes.
- Um jovem de 16 anos de idade foi encaminhado para avaliação psiquiátrica pela unidade de emergência após ter efetuado cortes na pele dos pulsos, estando também embriagado. O jovem era estigmatizado por um hemangioma congênito na sua bochecha esquerda. Ele tinha sido criado por mãe solteira, a qual engravidou com 17 anos; ela não tinha tido uma relação estável com o pai do jovem. O menino tinha falado sobre tentativas de suicídio recentemente com seus colegas de classe.

Tabela E.4.8 Indicadores agudos do risco de suicídio - fatores individuais nos antecedentes pessoais (histórico do paciente) e familiares (história familiar)

Histórico do(a) paciente

- Tentativas anteriores de suicídio
- Casos de suicídio nas redondezas

Tensões sociais

- A perda de um ente querido - mais notavelmente um pai - por suicídio, morte natural ou acidental, separação, divórcio ou longa ausência
- Fim de uma relação estreita (romântica ou de amizade)
- Falta de contatos sociais e falta de integração entre seus pares que levam a sentimentos solidão e rejeição, mais notavelmente no caso de migração ou mudança

Sintomas e comorbidades

- Comportamento agressivo e delinquência
- Transtornos psiquiátricos, principalmente depressão e abuso de substâncias/dependência
- Crianças: falta de disciplina, absentismo escolar

Outros fatores importantes

- Nenhuma crença religiosa ou similar
- Conflitos aparentemente insolúveis devido à gravidez indesejada
- Conflitos devido à homossexualidade

História familiar

- Casos de suicídio e tentativas de suicídio em membros da família
- Psicopatologia paterna
- História familiar de violência, mau uso e abuso de substâncias
- Relações familiares instáveis e conflitos não resolvidos na família, levando a falta de apoio social por membros da família



Acesso a métodos letais aumenta o risco de suicídio

Tabela E.4.9 Indicadores agudos do risco de suicídio - características iniciais de uma tentativa de suicídio

- Tentativas de suicídio ou pensamentos suicidas referentes a um "método brusco" (por exemplo, enforcamento, tiro, saltar de um lugar alto, precipitação ou permanência diante veículo em movimento)
- A tentativa de suicídio é bem pensada, com um planejamento claro
- Baixa chance de ajuda e intervenção (acordos específicos foram feitos para evitar ser encontrado, por exemplo, tentativa de suicídio em isolamento, longe dos outros; tempo de suicídio escolhido para evitar ser encontrado, não alertando os outros sobre o ato suicida)
- Outras pessoas foram informadas da intenção de suicídio, uma nota de suicídio foi escrita
- Um desejo claro de morrer é expresso sem alívio por estar ainda vivo

Tabela E.4.10 questões específicas da avaliação de crianças pré –púberes - Exemplo de perguntas *

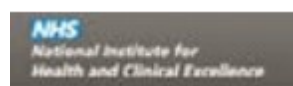
Ao entrevistar crianças cuja compreensão dos conceitos de tempo, causalidade e morte pode ser limitada:

- "Você pensa em se matar mais de uma vez ou duas vezes por dia?"
- "Você já tentou se matar desde o último verão / desde que a escola começou?"
- "O que você acha que aconteceria quando tentou saltar para fora da janela?"
- "O que aconteceria se você morresse; o que seria isso? "

Ao entrevistar os pais sobre a ideação suicida e comportamento dos seus filhos:

- "O que exatamente aconteceu (passo a passo), no dia que seu filho falou de querer ou tentar ferir a si mesmo?"
- "Como foi que você descobriu que seu filho estava pensando ou tentando machucar a si mesmo?"
- "O que você estava fazendo quando seu filho estava pensando ou tentando machucar ele mesmo?"
- "O que aconteceu depois que seu filho pensou ou tentou se machucar?"

* Jacobsen *et al* (1994)



Clique na figura para ver a diretriz do NICE "Self-harm: The Short-Term Physical and Psychological Management and Secondary Prevention of Self-Harm in Primary and Secondary Care".

A suicidalidade deve ser abordada direta e abertamente, numa atmosfera acolhedora. Não há risco de causar suicídio falando sobre isso; existe um risco de ignorar o risco suicida se o tópico for evitado. A avaliação deve ser gradual, de perguntas abertas para perguntas mais específicas. Exemplos de perguntas a serem feitas na triagem para suicidalidade são apresentados na tabela E.4.6. Uma avaliação mais aprofundada pode ser dispensada se o risco de suicídio puder ser descartado. Por outro lado, a exploração deve ser mais detalhada se os fatores de risco para o suicídio estiverem aparentes.

Uma exploração sofisticada deve cobrir de maneira abrangente todos os conhecidos fatores de risco para suicídio; estes estão resumidos nas tabelas E.4.7 a E.4.9 (Warnke, 2008), composta por:

- Fatores individuais atuais (exame do estado mental)
- Fatores individuais no passado (histórico do paciente) e antecedentes familiares (histórico familiar)
- Características específicas de tentativas anteriores de suicídio.

A Tabela E.4.10 fornece exemplos do tipo de questões que precisam ser exploradas ao avaliar o risco de suicídio em crianças pré-púberes. Além dos tópicos já mencionados, aspectos específicos referem-se às dificuldades de entrevistar crianças cuja compreensão de tempo, causalidade e morte pode ser inadequada.

[Clique aqui para acessar a diretriz do NICE "Self-harm: Longer Term Management"](#)

Tabela E.4.11 Avaliação do risco de suicídio*

	Alto risco	Médio risco	Baixo risco
Estado mental “de risco” <ul style="list-style-type: none"> • Deprimido • Psicótico • Desesperança, desespero • Culpa, vergonha, raiva, agitação • Impulsividade 	Exemplos: <ul style="list-style-type: none"> • Depressão grave • Alucinações de comando ou ilusões sobre a morte • Preocupado com • desesperança, desespero, sentimentos de inutilidade • Raiva severa, hostilidade. 	Exemplos: <ul style="list-style-type: none"> • Depressão moderada • Alguma tristeza • Alguns sintomas de psicose • Alguns sentimentos de desespero • Raiva moderado, hostilidade. 	Exemplos: <ul style="list-style-type: none"> • Ausência ou depressão leve, • Tristeza • Sintomas não psicóticos • Sente-se esperançoso sobre o futuro • Nenhuma / Leve raiva, hostilidade.
Tentativa de suicídio ou pensamentos suicidas <ul style="list-style-type: none"> • Intencionalidade • Letalidade • Acesso aos meios • Tentativas de suicídio anteriores 	Exemplos: <ul style="list-style-type: none"> • Pensamentos contínuos/específicos • Comprovação de clara intenção • Uma tentativa de alta letalidade (sempre). 	Exemplos: <ul style="list-style-type: none"> • Pensamentos frequentes • Várias tentativas de baixa letalidade • Ameaças repetidas. 	Exemplos: <ul style="list-style-type: none"> • Pensamentos vagos ou ausentes • Nenhuma tentativa recente ou uma tentativa recente de baixa letalidade e baixa intencionalidade.
Desordem por uso de substância (uso atual de álcool e outras drogas)	<ul style="list-style-type: none"> • Ausência ou uso infrequente de substâncias. 	<ul style="list-style-type: none"> • Intoxicação por uso atual de substância, abuso ou dependência 	<ul style="list-style-type: none"> • Risco de intoxicação por substância, abuso ou dependência.
História comprobatória <ul style="list-style-type: none"> • Familiares, cuidadores • Registros médicos • Outros prestadores de serviços e fontes 	<ul style="list-style-type: none"> • Não é possível o acesso a informações, sua verificação ou existe um conflito entre os eventos da pessoa em risco. 	<ul style="list-style-type: none"> • Acesso a algumas informações • Dúvidas sobre a plausibilidade da pessoa que conta os acontecimentos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Capaz de acessar ou verificar as informações e os dados dos eventos da pessoa em risco (lógica, plausibilidade).
Pontos fortes e apoio (enfrentamento e conectividade) <ul style="list-style-type: none"> • Comunicação expressiva • Disponibilidade de apoio • Vontade e capacidade de suporte às pessoas 	Exemplos: <ul style="list-style-type: none"> • Paciente está recusando ajuda • Falta de relacionamentos de suporte ou relações hostis • Parentes ou amigos não disponíveis, sem vontade ou incapazes de ajudar • Doença mental dos pais • Violência ou mau uso de substância na família. 	Exemplos: <ul style="list-style-type: none"> • Paciente é ambivalente • Conexidade moderada • Poucos parentes podem estar disponíveis, mas relutantes ou incapazes de ajudar consistentemente • Moderados sintomas mentais em membros da família • Alguma instabilidade ou disfuncionalidade dos pais. 	Exemplos: <ul style="list-style-type: none"> • Paciente está aceitando socorro • Aliança terapêutica formada • Altamente conectados, boas relações e apoio • Parentes dispostos e capazes de ajudar consistentemente • Apoio no ambiente familiar.
A prática reflexiva <ul style="list-style-type: none"> • Nível e qualidade do comprometimento • Mutabilidade de nível de risco • Avaliação da confiança no nível do risco 	<ul style="list-style-type: none"> • Baixa avaliação da confiança ou alta mutabilidade ou nenhuma harmonia • Pobre engajamento 		<ul style="list-style-type: none"> • Alta avaliação da confiança e baixa inconstância • Bom relacionamento, comprometimento.

Ausência de risco (previsível): Na sequência da avaliação do risco de suicídio global, não há nenhuma evidência de risco atual para a pessoa. Ausência de pensamentos de suicídio ou histórico de tentativas, apresenta uma boa rede de apoio social.

* Modificado de NSW Department of Health (2004, p20)

Tabela E.4.12 Manejo agudo de comportamento suicida *

Alto risco ou alta mutabilidade ou baixa confiança da avaliação: Reavaliar dentro de 24 horas

- Certifique-se de que o paciente está em um ambiente seguro e protegido de forma adequada
- Organize nova avaliação dentro de 24 horas
- Organize o gerenciamento contínuo e acompanhamento
- Faça planos de contingência para a reavaliação rápida se o paciente apresentar aflição ou houver evolução dos sintomas.

Risco médio (risco significativo, mas moderado): Reavaliar dentro de uma semana

- Organizar nova avaliação dentro de uma semana
- Faça planos de contingência para a reavaliação rápida se o paciente apresentar angústia ou houver evolução dos sintomas.

Baixo risco (risco de suicídio definido, mas baixo): Reavaliar dentro de um mês

- Organizar reavaliação no prazo de um mês (prazo para a revisão deve ser determinado com base no julgamento clínico)
- Reavaliar dentro de uma semana após a alta do paciente de uma unidade de internação
- Fornecer informações por escrito sobre o acesso de 24 horas para atendimento clínico adequado

* NSW Department of Health (2004a, p21).

AVALIAÇÃO DE RISCO

O risco agudo de suicídio é baixo se:

- Não há nenhum transtorno psiquiátrico importante que exija tratamento
- O(a) paciente é capaz de formar uma aliança terapêutica adequada com o(a) profissional
- O indivíduo com comportamento suicida não pretendia morrer
- O(a) paciente declara de forma clara e crível que uma nova tentativa não vai acontecer
- O(a) paciente está esperançoso em relação ao futuro e tem objetivos concretos com respeito ao seu envolvimento nas atividades diárias
- Disponibilidade de suporte social e familiar estáveis
- Não há estressores de vida significativos.

Frequentemente, o risco de suicídio não pode ser definitivamente excluído e uma estimativa do nível de risco é necessária. A tabela E.4.11 apresenta um resumo dos fatores que devem ser considerados para categorizar os pacientes como alto, médio, baixo ou nenhum risco estimado de suicídio (NSW Department of Health, 2004a).

Atenção especial deve ser dada à *variabilidade do risco* (por exemplo, risco de suicídio não é estático, varia devido a alterações no estado mental, relacionamentos ou estressores) e à confiabilidade na avaliação. A baixa confiabilidade na avaliação pode ser atribuída a (1) fatores intrínsecos à pessoa (por exemplo, doença mental, ou o paciente está intoxicado); 2) fatores do ambiente social (por exemplo, um divórcio com uma disputa de guarda, obrigando que um dos pais permaneça calado sobre problemas) ou (3) fatores do procedimento de avaliação (por exemplo, avaliação incompleta, ou o

paciente se recusa a fornecer informações) (NSW Department of Health, 2004a).

MANEJO DO COMPORTAMENTO SUICIDA

O tratamento ideal requer uma rede de serviços, incluindo intervenção emergencial, tratamento ambulatorial, domiciliar, clínica-dia, internação hospitalar (Steele & Doey, 2007). Na prática, no entanto, isso com frequência não é possível devido à falta de recursos.

O primeiro passo no gerenciamento da suicidalidade é garantir que a criança ou adolescente em risco esteja em segurança e receba apoio. A estratégia de manejo vai depender da classificação de risco e de sua variabilidade, além da vinculação estabelecida na avaliação (consulte a Tabela E.4.11).

Um jovem de 14 anos (Michael) estava caminhando na linha de ferro, quando foi retirado pelos trabalhadores ferroviários. A polícia foi chamada e encaminhou o jovem ao serviço de psiquiatria infantil. Durante a avaliação, Michael admitiu que havia falsificado repetidamente boletins escolares para esconder suas notas baixas. Uma reunião entre seus pais e seu professor logo ocorreria, a verdade seria inevitavelmente desenterrada. Michael estava com medo da reação de seus pais e não tinha ideia sobre como lidar com esta situação. Ele pensou que se machucar ou ser morto nos trilhos fosse a única maneira de evitar o confronto com os seus pais. Além de seu baixo rendimento escolar, outros fatores de risco para o suicídio não puderam ser determinados. Ele foi capaz de discutir suas más ações com seus pais que aceitaram seu pedido de desculpas. Desde então, Michael não apresentou sintomas de outros transtornos mentais ou intenção de prejudicar a si mesmo, ele recebeu alta da unidade psiquiátrica da criança um dia após a admissão. Uma consulta com o psiquiatra infantil havia sido marcada três dias após a alta. Michael e seus pais concordaram que envolver a escola também deve fazer parte do plano de manejo. Notas baixas e a reunião iminente com o diretor da escola ainda foram uma preocupação significativa para ele.

O plano de contingência elaborado com Michael e seus pais foi o seguinte:

1. *Para Michael: Se eu estou me sentindo desesperado e tenho uma forte vontade de me prejudicar, vou falar abertamente aos meus pais. Entraremos em contato com <nome do profissional de saúde mental>. <Nome do profissional de saúde mental> irá oferecer uma nomeação no mesmo dia ou no dia seguinte.*
2. *Para Michael: Se meus pais não estão presentes naquele momento, vou abordar uma pessoa em quem confio <nomes de pessoas>. Se essa pessoa não estiver disponível, eu mesmo entrarei em contato com <nome do profissional de saúde mental>.*
3. *Para Michael e seus pais: Se <nome do profissional de saúde mental> não puder ser contatado, vamos telefonar para <Número de emergência da unidade psiquiátrica infantil> e solicitar uma nomeação imediata. A <unidade psiquiátrica infantil> irá oferecer esta nomeação dentro de algumas horas.*
4. *Para os pais de Michael: Se Michael sente-se como descrito acima, um de nós vai ficar com ele até a nomeação ocorrer. Se isso não puder ser garantido, nós ligaremos para uma nomeação de emergência imediata, conforme especificado acima.*
5. *Se, por alguma razão, <nome do profissional de saúde mental> estiver em um compromisso, uma nomeação será organizada por um colega em vez disso.*

Planejamento da contingência (NSW Departamento de Saúde, 2004a, p23).

O planejamento da contingência requer o clínico, a pessoa em risco e sua família para antecipar prováveis aumentos na escala de risco, tais como:

- Deterioração das relações familiares;
- Aumento de sintomas (depressão, insônia, alucinações, sentimentos suicidas);
- Indisponibilidade temporária do cuidado médico ou equipe.

O planejamento da contingência pode ser enquadrado, comunicado e documentado da seguinte maneira:

- Se o paciente <por exemplo, tem um agravamento dos pensamentos suicidas,> em seguida, o paciente vai <ações a serem realizadas, por exemplo, telefone médico NN, falar com os pais sobre ele >
- A família vai <ações a serem realizadas pela família, por exemplo, garantir que o paciente não será deixado sozinho, telefone médico NN, oferecer a medicação prescrita>
- O serviço será <ações a serem realizadas pelo serviço, por exemplo, organizar uma revisão urgente, fazer uma visita domiciliar.

No departamento de emergência, os jovens que tentam suicídio devem ser avaliados por um profissional de saúde mental experiente, incluindo entrevista com pais ou parentes e uma avaliação completa dos riscos. Os profissionais devem ser treinados para cuidar de jovens suicidas, que geralmente não são bem quistos pela equipe da emergência. Jovens suicidas precisam ser tratados com a mesma atenção e respeito devotados a qualquer outro paciente, evitando culpá-los por porem em risco as suas próprias vidas, ou até fazendo tentativas bem-intencionadas de animá-los, descartando a severidade da situação. Antes da alta, é essencial ter preparado um plano para lidar com crises, certificando-se de que o contato de suporte (por exemplo, telefone) esteja disponível 24 horas por dia. O "passo-a-passo" do plano de contingência dependerá da intensidade da crise emocional e deve ser trabalhado em cooperação com o(a) paciente e cuidadores (NSW Department of Health, 2004a). Antes de dar alta a um paciente suicida de uma unidade de emergência ou unidade de crise, é sempre necessário (AACAP, 2001):

- Aconselhar pacientes e familiares sobre os efeitos desinibidores de drogas ou álcool
- Checar que armas de fogo, bem como medicamentos ou substâncias letais, podem ser efetivamente mantidos em segurança ou removidos
- Checar se há uma pessoa que possa dar apoio em casa
- Confirmar o agendamento de uma consulta de acompanhamento (consulte a Tabela E. 4.12).

Além disso, um contrato de não-suicídio pode ser útil (formulado como um comprometimento do paciente e não como uma segurança para a saúde mental profissional, já que não há evidências empíricas de que os contratos de não-suicídio sejam realmente eficazes). Um contrato de não-suicídio geralmente inclui (1) confirmação de que o(a) paciente não deve pôr em risco sua vida durante um curto período de tempo definido (por exemplo, o próximo dia, até a próxima sessão com o terapeuta); (2) um compromisso de aderir à terapia; (3) um compromisso de cumprir com as medidas do plano de contingência.

O manejo da suicidalidade na adolescência requer uma comunicação clara com o(a) jovem e com a família. Isso também vale para o contato com a escola, que deve sempre ser tentado após a obtenção da permissão do(a) jovem e da família.

Mensagens importantes para jovens suicidas, para os pais e professores

É essencial que os médicos inspirem confiança, dêem a impressão de que eles estão familiarizados com esse tipo de problema e estão no controle, evitando incentivar drama desnecessário, com postura tranquilizadora e pacificadora para com todos os envolvidos. No entanto, é preciso ter cuidado para não enganar os pacientes ou prometer coisas que não se pode dar.

Mensagens para o(a) jovem suicida:

- Minha principal preocupação é sua segurança e vou tentar garantir o melhor que posso
- Seu tratamento será mantido em sigilo, a menos que você permita discuti-lo com outros profissionais ou a menos que haja risco imediato de a sua vida ou de outras pessoas
- Muitos jovens pensam em morte ou suicídio e alguns tentam se matar uma vez ou outra
- Quase todas as decisões que você toma podem ser alteradas. No entanto, a morte é final e irrevogável. Vale a pena levar tempo suficiente para equilibrar os prós e contras
- Gostaríamos de saber mais sobre você. Juntos, podemos entender as circunstâncias que o colocaram nessa crise.
- Todos os jovens suicidas que conheci tinham razões para as suas ideias autodestrutivas, entretanto, na maioria dos casos, as razões mudaram ao longo do tempo
- Tenho certeza de que juntos podemos encontrar uma saída para a sua situação difícil - mesmo que isso pareça inacessível para você agora
- Como primeiro passo, tentaremos formular um plano de contingência com você e os seus pais.

Mensagens aos pais e cuidadores:

- Pensamentos e tentativas suicidas não são incomuns em jovens. Na maioria dos casos, esta é uma crise aguda que é superada em um curto espaço de tempo. Estamos familiarizados com o manejo de crises suicidas e iremos discutir francamente cada passo com você
- Como em todo tratamento médico, estamos sujeitos à confidencialidade. No curso do tratamento, pode ser útil estabelecer contato com outros profissionais (por exemplo, professores, psicólogos). No entanto, o contato somente vai ser estabelecido com o consentimento do seu filho ou se houver risco imediato para a vida do seu filho
- A prioridade é garantir a segurança do seu filho. Supervisão estreita é necessária até que possamos estimar o risco de suicídio. A depender do risco estimado, decidiremos sobre outras opções de tratamento após consulta com você e com seu filho
- Como primeiro passo, formularemos um plano de contingência para você, seu filho e nós
- Lidar com comportamento suicida só é eficaz se houver uma cooperação entre você, seu filho e a equipe de tratamento.

Os pais devem receber informações específicas sobre o ambiente e as opções terapêuticas para o tratamento do filho deles. Eles devem ter a oportunidade de expressar suas opiniões e sentimentos. Contato não



Clique na imagem para ver o aluno de oitavo ano Jonah Mowry compartilhar sua estória de anos de *bullying* e autoagressões, e dos medos pelo futuro (04:36).

programado (por telefone ou pessoalmente) deve ser oferecido para lidar com comportamentos suicidas, ou se tiverem perguntas preocupantes ou reclamações a respeito do manejo.

Mensagens para professores e funcionários da escola:

- Quando os jovens suicidas retornam à escola, uma estimativa completa do risco terá sido feita e será concluído que eles estão suficientemente estáveis para participar de atividades diárias da escola
- Um plano de contingência para lidar com riscos potenciais será elaborado. Isso inclui conselhos específicos sobre o que os funcionários da escola podem fazer e com quem entrar em contato em caso de preocupação com o estudante
- Como a escola é uma parte importante da vida de um jovem, os professores e outros funcionários da escola podem ajudar os estudantes a se ajustarem depois de uma crise suicida. Estratégias específicas serão discutidas com a escola funcionários, familiares e profissionais de saúde
- Os professores devem conversar regularmente com o aluno e os pais para acompanhar o seu progresso
- A suicidalidade é um fenômeno dinâmico, e não estático. Consequentemente, os alunos podem enfrentar essas crises novamente. Os professores devem se sentir à vontade para conversar abertamente com os jovens, caso estejam preocupados com a possibilidade de piora. Evitar discutir ou dar conselhos precipitados, mas falar sobre o tratamento médico.
- Estratégias gerais em caso de crise suicida podem incluir:
 - Não deixar o estudante suicida sozinho, mesmo que por pouco tempo; conduzi-lo para longe de outros estudantes até um local seguro
 - Perguntar se eles estão em posse de objetos potencialmente perigosos ou medicamentos. Se os alunos tiverem itens perigosos, tentar persuadi-los a entregar a você, mas não se envolver em luta física
 - Se um aluno portar itens perigosos, declarar claramente o desejo suicida ou estiver agitado, chamar uma ambulância, a polícia e os pais do aluno
 - Se os alunos cooperarem, entrar em contato com os pais e pedir que eles venham buscar o filho
 - Dizer aos alunos e aos pais que você gostaria de entrar em contato o serviço de saúde mental do paciente para informá-lo da situação
- Os funcionários da escola devem documentar todas as ações tomadas.

Admissão hospitalar ou não

Nem todas as pessoas em risco de suicídio podem ou deveriam ser admitidas no hospital. A hospitalização pode ter pouco benefício e até aumentar o risco para algumas pessoas. Muitas questões estão envolvidas na decisão de hospitalização - disponibilidade de recursos, leitos hospitalares, redes informais de apoio e tradições culturais podem desempenhar um papel - e não existem regras rígidas, mas essa decisão deve ser tomada por motivos clínicos e envolvendo o paciente e a família. Em caso de dúvida, outro colega deve ser consultado. Em geral, a hospitalização pode ser necessária se:

- O risco de suicídio é alto, particularmente se as alternativas para garantir a segurança do paciente não estiverem disponíveis
- Houve uma recente tentativa de suicídio que requer cuidado médico intensivo
- Não é possível estimar com segurança o risco de suicídio.

Se for necessária hospitalização, o tratamento deve idealmente ocorrer em local seguro numa enfermaria de psiquiatria infantil. Se isso não for possível - por exemplo, cuidados cirúrgicos ou médicos são necessários - deve-se assegurar uma supervisão cuidadosa do paciente. Quando a suicidalidade aguda ocorre juntamente com intensa agitação, medicamentos de curto prazo podem ser considerados (por exemplo, benzodiazepínicos, neurolépticos). O tratamento hospitalar pode salvar vidas, proporciona alívio de estressores agudos e de demandas opressoras, além de que pode permitir a recuperação gradual do controle de suas vidas, bem como iniciar o tratamento de doenças psiquiátricas concomitantes.

As unidades de internação que tratam pacientes suicidas devem estabelecer protocolos para maximizar a segurança. Isso inclui pesquisa de rotina na admissão e pesquisas adicionais quando houver suspeitas. Atenção especial deve ser dada ao ambiente físico (por exemplo, pontos de enforcamento, pontos cegos, saídas, design de janelas, armazenamento de substâncias tóxicas). Uma “Lista de Verificação do Acesso a Meios de Suicídio/Autoagressão” (“*Access to Means of Suicide and Deliberate Self-Harm Facility Checklist*”) pode ser encontrada no Serviço de Saúde Mental do NSW (2004b).

Princípios Gerais para o Manejo da Suicidalidade

O manejo deve ser personalizado para atingir os fatores de risco de um paciente específico. As intervenções não devem se restringir a intervenções psicofarmacológicas ou psicoterapêuticas específicas, mas envolver um plano de tratamento abrangente, incluindo outras estratégias para obter alívio dos estressores agudos. Isso dependerá, em grande parte, dos serviços disponíveis. Em países de baixa renda, esse manejo ampliado pode não ser realista. No entanto, em muitos locais pode ser organizado um apoio informal para garantir

a segurança dos pacientes, recrutando-se o apoio da família de forma estendida, idosos da comunidade e figuras religiosas. Estes princípios podem incluir:

- Estratégias para melhorar a adesão ao tratamento (por exemplo, oferecendo intervenções breves que sejam aceitáveis para os jovens; às vezes focar no suporte é mais eficaz que a psicoterapia orientada para o insight)
- Envolvimento ativo do(a) paciente e dos pais no planejamento e implementação de intervenções
- Proteger o(a) paciente em caso de presença de grandes adversidades que possa ameaçar sua saúde mental e física
- Oferecer apoio à família (por exemplo, em caso de conflitos conjugais, problemas decorrentes de divórcio, doença mental dos pais, má conduta parental, abuso de substâncias pelos pais)
- Obter apoio de setores de assistência à infância, se indicado
- Organizar demandas excessivas para alívio da sobrecarga (por exemplo, demandas da escola que excedam a capacidade atual dos pacientes)
- Tratamento de transtornos psiquiátricos subjacentes
- Monitoramento regular para recorrência de comportamento suicida
- Um plano de emergência para crises suicidas agudas
- Oferecer sessões de tratamento flexíveis, tempo e frequência adaptados às necessidades do paciente
- Estabelecer uma comunicação eficaz entre todos os profissionais envolvidos (assistente social, psicoterapeuta, psiquiatra infantil, pediatra).

Intervenções psicossociais

As intervenções psicossociais compreendem:

- *Intervenções para fomentar o comportamento de busca de ajuda e melhorar o acompanhamento* são importantes uma vez que a baixa adesão ao tratamento é repetidamente descrita para jovens que tentaram suicídio: motivar jovens e pais, fornecendo psicoeducação durante o atendimento no serviço de emergência. Além disso, o monitoramento é promovido ativamente através de contato com as famílias imediatamente após a alta da emergência (revisão de Luxton *et al*, 2013).
- *Organização de apoio para jovens suicidas* - por exemplo, assistentes sociais que prestam cuidados de monitoramento na juventude. Outras abordagens envolvem a identificação e treinamento de apoiadores no ambiente do paciente (pais, membros da família estendida, indivíduos na escola ou na comunidade religiosa).

- *Estratégias para melhorar as relações entre pais e filhos*. Isso inclui melhorar resolução de problemas dentro da família, a parentalidade e as habilidades de comunicação.
- *Terapia cognitivo-comportamental (TCC)*
- *Terapia multissistêmica (TMS)*
- *Terapia comportamental dialética (DBT)* (consulte o capítulo H.4). Originalmente desenvolvida para o tratamento de Transtorno de Personalidade Borderline, a DBT envolve treinamento em atenção plena, habilidades interpessoais, regulação emocional e tolerância ao estresse, e foi adaptada para adolescentes com comportamento suicida.

Os tratamentos mais eficazes para o comportamento suicida compartilham uma série de elementos: uso de intervenções exploratórias para entender o comportamento suicida e intervenções orientadas para mudanças, a fim de encorajar mudanças positivas e desencorajar comportamentos negativos.

Os dados empíricos sobre a eficácia das intervenções são escassos e, atualmente, nenhuma intervenção pode ser recomendada em detrimento de outra (Robinson *et al*, 2011; Turecki & Brent 2016). Em relação ao envolvimento na terapia, tratamentos psicológicos específicos parecem não ser superiores ao tratamento habitual (Ougrin & Latif, 2011). DBT é provavelmente a psicoterapia mais comumente investigada para comportamento suicida recorrente. A DBT, por repetidas vezes, tem demonstrado reduzir a recorrência de comportamento suicida em relação ao tratamento habitual, com diferenças mais modestas em relação aos cuidados comunitários especializados (revisão Cochrane de Stoffers *et al*, 2013). No entanto, com relação à redução da recorrência do comportamento suicida, efeitos maiores são encontrados em adultos e em tratamento individual se comparados com adolescentes e abordagem em grupo, nos casos em que a suicidalidade é o foco explícito do tratamento (Turecki & Brent 2016). Para adolescentes, uma metanálise de estudos que abordam a automutilação encontrou eficácia usual de tratamento versus terapia, com algumas das intervenções mais promissoras sendo TCC, DBT e terapia familiar. Intervenções bem-sucedidas eram mais prováveis quando havia um componente familiar e eram oferecidas no formato de múltiplas sessões (Ougrin *et al*, 2015).

Tratamento Psicofarmacológico

Não há medicamentos específicos para o suicídio. No entanto, a medicação pode ser necessária para tratar transtornos psiquiátricos subjacentes. Risco de suicídio com o uso de ISRS tem sido amplamente discutido (consulte os Capítulos A.8 e E.1). A complicação é que adolescentes deprimidos tratados com medicação, e também as suas famílias, precisam saber sobre esse risco e sobre o que fazer se surgir um comportamento suicida. Eles exigem acompanhamento cuidadoso. Para mais detalhes sobre o tratamento suicida, consulte também Wasserman *et al*, (2012).



World Health Organization

A Organização Mundial de Saúde tem guias úteis para prevenção de suicídio para uso por:

- [Médicos](#)
- [Professores e equipe escolar](#)
- [Profissionais da mídia](#)

Problemas e riscos no tratamento

Armadilhas e lapsos no manejo do jovem suicida podem ocorrer se:

- Não existe cooperação ou comunicação suficiente entre os setores e as pessoas envolvidas
- Informações adicionais não são obtidas
- Condições comórbidas não são detectadas e tratadas
- Demandas e estressores são negligenciados
- O comportamento suicida é rotulado como manipulador ou não grave
- Minimizações por parte do paciente são aceitas sem crítica (por exemplo, "estou bem", "não há nada errado comigo")
- Há muito foco na terapia, sobrecarregando o paciente
- Estratégias de confrontação são muito duras
- Não há validação suficiente do dilema do paciente
- Há muito uso de clichês
- O término do tratamento ou a não adesão são aceitos sem escrutínio
- Sinais de risco de suicídio são negligenciados
- A suicidalidade não é monitorada durante o curso do tratamento
- A dependência do terapeuta é negligenciada no final do tratamento
- Os terapeutas negligenciam sua própria supervisão.

PREVENÇÃO

O programa de Prevenção de Suicídio da Organização Mundial da Saúde (SUPRE) enfatiza a redução de mortalidade, morbidade e outras consequências do comportamento suicida através de:

- Minimizar o acesso a meios de suicídio (por exemplo, substâncias tóxicas, armas de fogo)
- Detecção e tratamento precoces de transtornos mentais, e
- Responsabilidade da mídia nas publicações sobre suicídio.

Tabela E.4.13 Prevenção do suicídio: recomendações para os professores e funcionários da escola (WHO, 2000; p16)

O suicídio não é uma peça incompreensível da tristeza: estudantes suicidas dão às pessoas ao seu redor advertências e espaço suficientes para intervenção. Em trabalho de prevenção do suicídio, professores e outros funcionários da escola enfrentam um desafio de grande importância estratégica, em que é fundamental:

- Identificar os alunos com distúrbios de personalidade e oferecer-lhes apoio psicológico;
- Forjar laços mais estreitos com os jovens, conversando com eles e tentando compreender e ajudar;
- Aliviar o sofrimento mental;
- Estar atento e treinado para o reconhecimento precoce da comunicação suicida seja por meio de declarações verbais e / ou mudanças de comportamento;
- Ajudar os estudantes menos habilidosos com seus trabalhos escolares, para ser observador da evasão escolar;
- Reduzir a estigmatização da doença mental e ajudar a eliminar o abuso de álcool e drogas para encaminhar os estudantes ao tratamento de transtornos psiquiátricos e de abuso dessas substâncias;
- Restringir o acesso dos alunos aos meios de suicídio - drogas tóxicas e letais, pesticidas, armas de fogo e outras armas, etc;
- Dar aos professores e aos demais profissionais da escola acesso aos meios de aliviar o seu stress no trabalho.

Tabela E.4.14 Prevenção do suicídio: recomendações para profissionais da mídia (WHO, 2008; P3)

- . Aproveite a oportunidade para educar o público sobre o suicídio;
- . Evite linguagem que sensacionalize ou torne normal a prática do suicídio, ou o apresente como uma solução para os problemas;
- . Evite colocação de destaque e repetição indevida de histórias sobre suicídio;
- . Evite descrição explícita do método utilizado em um suicídio consumado ou tentado;
- . Evite fornecer informações detalhadas sobre o local de um suicídio consumado ou tentado;
- . Escreva as palavras das manchetes com cuidado;
- . Seja cauteloso no uso de fotografias ou imagens de vídeo;
- . Tome cuidado especial ao relatar suicídios de celebridades;
- . Reconheça que os profissionais de mídia em si podem ser afetados por histórias sobre suicídio;
- . Mostre a devida consideração para as pessoas em luto por suicídio;
- . Forneça informações sobre onde procurar ajuda

Os fatores de risco são universais, mas a natureza e a importância relativa deles diferem de região para região. A OMS está executando [Programas de Prevenção de Suicídio](#), levando em consideração questões culturais específicas. Por exemplo, aprimorar o reconhecimento precoce e o tratamento de transtornos mentais pode ser mais importante em países de renda baixa que alta; controlar o acesso a armas de fogo é mais importante nos EUA que na Europa Ocidental, onde a construção de barreiras físicas (por exemplo, em pontes, ferrovias) para dificultar a projeção de altura é mais relevante. Restringir o acesso a pesticidas e a educação sobre seus efeitos é especialmente importante em áreas rurais dos países de baixa e média renda. Reduzir o consumo nocivo de álcool é uma das principais preocupações na Europa Ocidental e Oriental, mas de menor importância no Oriente Médio. Programas que abordam as desvantagens dos povos indígenas minoritários são também necessárias (por exemplo, indígenas australianos, maoris na Nova Zelândia, indoamericanos e inuit no Canadá e na Groenlândia).

As recomendações para escolas e profissionais da mídia estão resumidas em Quadros E.4.13 e E.4.14. Para uma visão geral das estratégias preventivas, consulte a figura E. 4.6.

Evidência empírica para a eficácia de intervenções preventivas ao suicídio na redução do comportamento suicida ainda é bastante pobre, mas tem se fortalecido durante a última década (Katz *et al*, 2013; Zalsman *et al*, 2016; AACAP, 2001). As seguintes estratégias foram investigadas em estudos de intervenção:

- Restringir o acesso a meios letais, por exemplo, armas de fogo, analgésicos ou locais de risco para suicídio por precipitação (eficaz e recomendado)
- Tratamentos farmacológicos e psicológicos da depressão (eficazes e recomendado; efeitos antissuicidas da clozapina e lítio têm sido demonstrados em adultos)
- Busca ativa de casos entre estudantes ou entre pacientes do cuidado primário de saúde, através de triagem com foco nas condições que

colocam os adolescentes em risco por suicídio (dados inconsistentes sobre a eficácia, mas recomendados)

- Aconselhamento da mídia para minimizar o suicídio por imitação (dados inconsistentes sobre eficácia, mas recomendado)
- Programas de conscientização nas escolas (foram apresentados para reduzir tentativas de suicídio; no entanto, também existem dados mostrando que a busca indireta de casos através da educação do público, por exemplo, professores, pais, colegas, a identificar sinais de alerta também podem aumentar os suicídios)
- Treinamento de porteiros, educação de médicos e suporte telefônico de apoio a crises (dados inconsistentes sobre a eficácia, mas recomendados).

AUTOLESÃO NÃO SUICIDA

Esta seção trata do comportamento autolesivo sem intenção suicida (NSSI) em pacientes emocionalmente instáveis agindo contra a sua própria angústia interior. No entanto, o comportamento autolesivo também pode ocorrer em outras condições psiquiátricas, como psicose, retardo mental, transtornos do neurodesenvolvimento e privações graves. Para o manejo da lesão autoprovocada nesses quadros, consulte os respectivos capítulos deste livro. Além de perigoso por si só, o comportamento autolesivo sem intenção suicida pode ser um fator de risco para futuro comportamento suicida.

O comportamento autolesivo sem intenção suicida envolve principalmente lesões na pele (por exemplo, cortar ou perfurar a pele; cutucar uma ferida; raspar, retirar ou arrancar a pele até sangrar; morder-se; inserir objetos sob a pele; auto-tatuagem; queimar ou congelar a pele; arrancar os cabelos; bater em si mesmo). Engolir objetos pontiagudos ou não comestíveis e também próprio envenenamento sem intenção suicida podem ocorrer. Recusa em tomar medicação prescrita em caso de doença grave ou comportamentos de risco como sintoma de uma doença psiquiátrica específica geralmente não são incluídos no conceito de NSSI (por exemplo, recusar-se a comer no caso da anorexia nervosa, automutilação no contexto da psicose, comportamento autoagressivo no retardo mental). A relação entre automutilação culturalmente sancionada (por exemplo, na cena gótica em algumas sociedades ocidentais, rituais de iniciação) e o NSSI não é bem conhecida.

Epidemiologia

A automutilação deliberada e sem intenção suicida é muito frequente em países de alta renda. A prevalência ao longo da vida desses comportamentos varia de 5,5 a 17% em amostras comunitárias (entre adolescentes e adultos, respectivamente) e 50% em amostras clínicas (metanálise de Fox *et al*, 2015). Embora haja pouco conhecimento sobre a prevalência do NSSI antes do início dos anos 2000, as taxas de prevalência têm sido bastante estáveis em publicações de diferentes países nos últimos 15 anos quando são controladas as

O suicídio é previsível?

Duas metanálises podem ajudar a clarificar isso. [Large et al](#) (2016) revisaram estudos de coorte com pacientes psiquiátricos ou indivíduos que tentaram suicídio, estratificados em grupos de maior e menor risco de suicídio. Após uma média de seguimento de seis anos, 5,5% dos indivíduos no grupo de alto risco e 1% dos de baixo risco cometeram suicídio. Entretanto, a acurácia da previsão foi baixa e a combinação de múltiplos fatores de risco para suicídio não excedeu substancialmente o poder de previsão dos fatores individuais. [Chan et al](#) (2016) examinaram estudos prospectivos sobre fatores de risco e escalas de avaliação para prevenir o suicídio após autoagressões. Mais uma vez, a acurácia da previsão foi baixa e os fatores de risco estatisticamente significativos (autoagressão recorrente, intenção suicida, gênero masculino, problemas de saúde física) são comuns em populações clínicas e não são específicos para suicidalidade. Pode-se concluir que não há estratégia estatísticas disponíveis que permitam a previsão acurada do suicídio. Na prática clínica, a categorização em baixo ou alto risco baseada em escalas objetivas pode levar a erros e não pode ser recomendada. Uma ampla avaliação clínica do(a) paciente, cobrindo os fatores de risco e necessidade individuais, é indispensável.

diferenças metodológicas (revisão de Brown & Plener, 2017). Prevalência é maior no final da adolescência que no início da adolescência ou na infância. A idade de pico do início é no início da adolescência, entre 12 e 14 anos de idade.

Fatores de risco

O comportamento autolesivo em adolescentes está associado à alta morbidade psiquiátrica, especialmente transtornos do humor, transtornos por uso de substâncias e transtornos externalizantes (Nitkowski & Petermann, 2011). Entretanto, dados sobre morbidade psiquiátrica em indivíduos automutiladores são limitados porque se referem principalmente a amostras clínicas. De acordo com uma metanálise recente sobre fatores de risco específicos do NSSI, histórico prévio de automutilação sem intenção suicida, transtorno de personalidade do grupo B, e a desesperança percebida rendeu os mais fortes valores preditivos (razão de chances ou OR > 3) (Fox *et al*, 2015). No entanto, esses resultados têm que ser interpretados com cuidado, pois medição padronizada do NSSI ainda não está disponível.

Tabela E.4.15 Hipóteses funcionais de automutilação não-suicida apoiadas por evidências empíricas. *

Função	Descrição	Evidência
Regulação do afeto	Para diminuir a sensação aguda de ausência de afeto ou excitação afetiva aversiva	Forte
Antidissociação	Para colocar fim a sentimentos de despersonalização ou outros estados dissociativos	Moderada
Antissuicídio	Para substituir, se comprometer com, ou evitar tentativas de suicídio	Moderada
Limites interpessoais	Para afirmar sua autonomia ou uma distinção entre si e os outros	Moderada
Influência interpessoal	Para procurar a ajuda ou manipular os outros	Moderada
Autopunição	Para punir a si mesmo ou expressar raiva em relação a si mesmo	Forte
Sensação de perseguição	Para gerar entusiasmo	Moderado

*Klonsky (2007)

Tabela E.4.16 Análise funcional das consequências da não- suicida autolesão *

	Intrapessoal	Interpessoal
Reforço positivo	- Para punir a si mesmo - Para se sentir relaxado	- Para chamar a atenção ou ajuda significativa dos outros - Para deixar os outros com raiva, punilos ou para exercer o controle
Reforço negativo	- Para distrair dos pensamentos e sentimentos negativos (regulação do afeto) - Para sentir alguma coisa, mesmo que seja a dor (antidissociação) - Ferimentos podem evitar o envolvimento em automutilação grave (antissuicídio)	Para evitar fazer algo desagradável (isso deve ser diferenciado da simulação)

*Nock e Prinstein (2004)

Além da psicopatologia, outros fatores de risco associados ao comportamento autolesivo sem intenção suicida são a adolescência, sexo feminino, intimidação, eventos negativos de vida e sintomas frequentemente associados à morbidade psiquiátrica (por exemplo, depressão, dissociação, ansiedade, autoestima frágil, dificuldades na regulação emocional) (para uma revisão, ver Bresin & Schoenleber, 2015; Brunstein Klomek *et al*, 2016; Rasmussen *et al*, 2016; Jacobson & Gould, 2007). Eventos estressantes da vida geralmente envolvem conflitos interpessoais, perdas, desavenças familiares, dificuldades com os amigos, problemas nos relacionamentos amorosos e problemas escolares (de Kloet *et al*, 2011).

Uma revisão de prontuários (Jacobson *et al*, 2008) comparou quatro grupos de pacientes adolescentes ambulatoriais: (1) sem comportamento autolesivo ou suicida, (2) com comportamento autolesivo, (3) com tentativa de suicídio e (4) com tentativa de suicídio e comportamento autolesivo. Eles descobriram que pacientes com comportamento autolesivo sem intenção suicida tinham taxas semelhantes de ideação suicida às daqueles sem automutilação deliberada, apoiando a validade de distinção entre tentativas de suicídio e comportamento autolesivo. Outros resultados apontam para as seguintes conclusões adicionais (Jacobson & Gould, 2007):

- A depressão parece não ser um fator de risco específico para NSSI (em comparação com a tentativa de suicídio)
- A co-ocorrência de NSSI e tentativas de suicídio aponta para uma maior gravidade na psicopatologia
- Todos os fatores de risco encontrados empiricamente para o NSSI não são específicos e também são fatores de risco para comportamento suicida
- Comportamento suicida e comportamento autolesivo estão relacionados: envolver-se em um comportamento aumenta a probabilidade de se envolver no outro (Lofthouse & Yager-Schweller, 2009).

A Tabela E.4.15 resume as diferentes funções psicológicas que podem estar presentes nos sujeitos com NSSI. De acordo com uma revisão de Klonsky (2007), todos esses modelos estão pelo menos moderadamente apoiados por evidências empíricas. Uma estrutura para analisar o comportamento autolesivo sem intenção suicida é fornecida pela teoria da aprendizagem operante e resumida na Tabela E.4.16 (Nock & Prinstein, 2004; ver também Brown & Plener, 2017). O comportamento autolesivo possui aspectos reforçadores positivos e negativos e se direciona para os funcionamentos intrapessoais e interpessoais (sociais).

Curso clínico

A maioria dos casos de automutilação em adolescentes se resolve espontaneamente quando se tornam jovens adultos. Uma série de pesquisas que acompanhou 1800 adolescentes a partir dos 14-15 anos descobriu que cerca de um em cada dez são automutiladores (Moran *et al*, 2011). A automutilação foi

mais frequente em meninas e o método mais comum foi cortar ou queimar. No entanto, a automutilação diminuiu significativamente por volta dos 17 anos. Nove em dez dos que inicialmente relataram autolesão já não reportaram automutilação na idade adulta jovem. A automutilação tinha maior probabilidade de persistir no sexo feminino e estava associada à depressão e à ansiedade, comportamento antissocial, uso de álcool de alto risco, uso de maconha e tabagismo.



Avaliação

Toda criança ou adolescente que tem se machucado deve ser avaliada quanto ao risco de repetição e de suicídio. De acordo com a diretriz do NICE (2011), a avaliação deve levar em conta:

- Métodos e frequência de automutilação atual e passada
- Intenção suicida atual e passada
- Sintomas depressivos e sua relação com a autoagressão
- Doença psiquiátrica e sua relação com a automutilação
- Os contextos pessoal e social, e quaisquer outros fatores específicos que precederam a automutilação, como emoções ou estados afetivos específicos desagradáveis e mudanças nos relacionamentos
- Fatores de risco e fatores de proteção específicos (sociais, psicológicos, farmacológicos e motivacionais) que podem aumentar ou diminuir os riscos associados à automutilação
- Estratégias de enfrentamento que a pessoa tenha usado com sucesso para limitar ou evitar danos pessoais ou conter o impacto pessoal, social ou outros fatores que precederam a lesão autoprovocada
- Relacionamentos significativos que podem ser um suporte ou representar uma ameaça (como abuso ou negligência), podendo levar a mudanças no nível de risco
- Riscos imediatos e de longo prazo.

Os pais e outros cuidadores importantes devem ser incluídos na avaliação. A avaliação individual é essencial e deve levar em consideração as necessidades psicológicas encontradas no comportamento autolesivo descrito

Uma menina de 16 anos recebeu uma ligação do namorado, cancelando um encontro previsto para aquela noite porque seus colegas do futebol estavam se reunindo e ele preferiu ir se encontrar com eles (antecedente). Ela concordou durante o telefonema, mas depois, sentiu-se magoada e pensamentos negativos proliferaram ("Ele não me ama", "Eu vou perdê-lo", "Eu não sou atraente para ele ou para qualquer outra pessoa"). A menina sentiu-se cada vez mais desesperada, irritada com si mesma; impulsos de se ferir logo começaram a surgir. Finalmente, ela começou a cortar os braços, superficialmente, com uma navalha, vendo o sangue escorrer das feridas (reações cognitivas, emocionais e comportamentais). Enquanto via os braços sangrarem sentiu-se aliviada (reforçando consequência). Quando seu namorado descobriu o que tinha acontecido, pediu desculpas e a confortou (reforço das consequências) e prometeu nunca fazer algo semelhante novamente (reforçando consequência). Junto com seu terapeuta, ela explorou formas alternativas de lidar com esta situação: planejando datas mais cuidadosamente; expressando sua decepção e sua vontade, ao invés de aceitar silenciosamente; examinando interpretações alternativas do comportamento de seu namorado, no lugar da desvalorização de si mesma; encontrando atividades alternativas para a noite; considerando a longo prazo as consequências da automutilação (por exemplo, formação de cicatrizes); recompensando-se por comportamentos alternativos.

na Tabela E.4.15; em cada paciente individual um ou mais deles podem predominar (veja também Bresin & Gordon, 2013). O uso de ferramentas e escalas de avaliação de risco para prever suicídio futuro ou repetição de comportamento autolesivo não é recomendado pelas diretrizes da NICE.

Tratamento

Para informações detalhadas consulte a diretriz clínica do NICE (NICE, 2013). Esse padrão de qualidade abrange o manejo inicial da automutilação e o fornecimento de apoio de longo prazo para crianças e jovens (de 8 a 18 anos) que se ferem. Ela descreve cuidados de alta qualidade em áreas prioritárias para melhoramento.

A hospitalização é necessária se:

- Coexistência de comportamento autolesivo e alto risco suicida
- Comportamento autolesivo coexiste com transtornos graves comórbidos que requerem internação para tratamento
- O comportamento autolesivo põe em risco a saúde física ou o funcionamento social do paciente (por exemplo, cirurgia repetida é necessária, comportamento autodestrutivo na escola)
- O tratamento ambulatorial não foi bem-sucedido,
- Uma avaliação confiável não é possível em ambiente ambulatorial.

Os pacientes que se feriram gravemente podem precisar da mesma supervisão estreita indicada para pacientes com risco alto ou moderado de suicídio. Seguindo a diretriz do NICE (2011), o tratamento de longo prazo da automutilação envolve a *psicoeducação* dos pacientes e seus familiares. Os objetivos do tratamento podem incluir:

- Prevenir a escalada de automutilação
- Reduzir danos decorrentes da automutilação
- Reduzir ou cessar a automutilação
- Reduzir ou interromper outros comportamentos de risco
- Melhorar o funcionamento social ou ocupacional
- Melhorar a qualidade de vida
- Melhorar qualquer condição de saúde mental associada.

Um plano de gerenciamento de riscos deve ser desenvolvido, englobando estratégias para lidar com os riscos identificados (psicológico, farmacológico, social e relacional). Esse plano deve incluir estratégias de autogestão e formas de acessar serviços e receber apoio durante uma crise em que as estratégias de autogestão falham.

A diretriz do NICE também recomenda a consideração de *intervenções psicológicas de curto prazo* que visem especificamente à automutilação. As intervenções podem incluir elementos cognitivo-comportamentais, psicodinâmicos ou de resolução de problemas – terapeutas devem ser treinados especificamente no tratamento que utilizam para o manejo da automutilação. As

estratégias podem envolver intervenções já descritas anteriormente na seção sobre manejo do comportamento suicida. O tratamento individual deve ser baseado em uma análise funcional do comportamento autodestrutivo que leva em consideração (1) antecedentes, (2) tipo de comportamento autolesivo e cognições associadas, emoções e sensações, e (3) as consequências da automutilação, principalmente em termos de necessidades psicológicas encontradas no comportamento autolesivo, descritas na Tabela E.4.15.

Comportamentos alternativos que podem ser úteis, ao invés de se automutilarem, incluem:

- *Desejo baixo de se automutilar: atividades de distração*, como brincar com um animal de estimação, ouvir música e cantar, ler, escrever, pintar, chamar um amigo, contar respirações, tomar um banho quente, dar um passeio para estar perto outras pessoas, usar técnicas de meditação ou relaxamento, ouvir uma fita ou vídeo de comédia, repetir 5 coisas que se vê, cheira, toca, ou saboreia no ambiente atual
- *Desejo médio de se automutilar: comportamento altamente ativador, estimulação sensorial intensa ou dolorosa fraca sem lesão física*, como comer limão, amarrar um elástico no pulso, correr, andar de bicicleta, fazer abdominais, bater em travesseiros, dançar, usar uma caneta de ponta de feltro vermelha para marcar regiões da pele onde o corte geralmente ocorre, apertar uma bola anti-estresse, fazer barulho, gritar em um travesseiro, rasgar papel (listas telefônicas antigas, jornais)
- *Desejo alto de se automutilar: estimulação dolorosa moderada sem lesão física*, por exemplo mastigar uma pimenta-jalapeño, tomar um banho muito frio, mergulhar as mãos em água gelada, andar com ervilhas secas nos sapatos, esfregar gelo na pele onde geralmente ocorre o corte

Em casos severos deve-se dar conselhos sobre técnicas de *redução de danos* (usando uma lâmina limpa e afiada, evitando áreas de corte próximas a grandes veias e artérias, não compartilhar os instrumentos utilizados para a automutilação, garantir a proteção do tétano, ter acesso a primeiros socorros e conhecimentos básicos de assistência médica, evitar o uso de álcool/drogas em associação com automutilação)

Apesar dos resultados encorajadores de estudos-piloto, a evidência empírica da eficácia de intervenções psicossociais, incluindo a terapia comportamental dialética, no tratamento do comportamento autolesivo em adolescentes ainda é limitada (Wilkinson & Goodyer, 2011; Plener *et al*, 2016). Também não há evidências que apoiem o uso da medicação para reduzir a automutilação, embora possa ser indicada medicação para tratar transtornos comórbidos.



Ofélia (detalhe), Sir John Everett Millais, 1851-52 (Tate Britain, Londres)

REFERÊNCIAS

- AACAP, American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2001). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40 (sup): 24S-51S.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th edition; DSM- 5)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Bannink R, Broeren S, van de Looij-Jansen PM (2014). Cyber and traditional bullying victimization as a risk factor for mental health problems and suicidal ideation in adolescents. *PLoS One*, 9(4): e94026.
- Bertolote JM, Fleischman A (2009). A global perspective on the magnitude of suicide mortality. In D Wasserman & C Wasserman (eds) *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention. A Global Perspective*, New York: Oxford University Press, pp91–98.
- Björkenstam C, Kosidou K, Björkenstam E (2017). Childhood adversity and risk of suicide: cohort study of 548 721 adolescents and young adults in Sweden. *British Medical Journal*, 357:j1334 <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.j1334>.
- Bresin K, Schoenleber M (2015). Gender differences in the prevalence of nonsuicidal self-injury: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 38:55–64.
- Bresin K, Gordon KH (2013). Changes in negative affect following pain (vs. nonpainful) stimulation in individuals with and without a history of nonsuicidal self-injury. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 4:62–66.
- Brezo J, Paris J, Vitaro F et al (2008). Predicting suicide attempts in young adults with histories of childhood abuse. *The British Journal of Psychiatry*, 193:134–139.
- Bridge J, Greenhouse J, Weldon A et al (2008). Suicide trends among youths aged 10 to 19 years in the United States, 1996-2005. *Journal of the American Medical Association*, 300:1025–1026.
- Bronisch T, Hegerl U (2011). *Suizidalität*. In H Möller, G Laux & H Kapfhammer (eds) *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie. Band 1: Allgemeine Psychiatrie*. Berlin: Springer Medizin, pp1469–1501.
- [Brown RC, Plener PL \(2017\). Non-suicidal Self-Injury in Adolescence. Current Psychiatry Report, 19\(3\):20.](#)
- Brunstein Klomek A, Snir A, Apter A et al (2016). Association between victimization by bullying and direct self-injurious behavior among adolescence in Europe: a ten-country study. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 25:1183-1193.
- Cash S, Bridge J (2009). Epidemiology of youth suicide and suicidal behaviour. *Current Opinion in Pediatrics*, 21:613–619.
- [Chan MKY, Bhatti H, Meader N et al \(2016\). Predicting suicide following self-harm: systematic review of risk factors and risk scales. British Journal of Psychiatry 209: 277–283.](#)
- Crawford M, Thomas O, Khan N et al (2007). Psychosocial interventions following self-harm: systematic review of their efficacy in preventing suicide. *The British Journal of Psychiatry*, 190:11–17.

- Centers for Disease Control and Prevention, National Centers for Injury Prevention and Control (2013). Web-based Injury Statistics Query and Reporting System (WISQARS). *Leading Causes of Death, United States 2013*.
- Curtin SC, Warner M, Hedegaard H (2016). Increase in Suicide in the United States, 1999-2014. *NCHS Data Brief*, 241:1-8.
- Dilillo D, Mauri S, Mantegazza C et al (2015). Suicide in pediatrics: epidemiology, risk factors, warning signs and the role of the pediatrician in detecting them. *Italian Journal of Pediatrics*, 7:41-49.
- Elsässer G (2010). [Unfälle, Gewalt, Selbstverletzungen bei Kindern und Jugendlichen - Ergebnisse der amtlichen Statistik zum Verletzungsgeschehen 2008].
- Fergusson DM, Horwood LJ, Beautrais AL (1999). Is sexual orientation related to mental health problems and suicidality in young people? *Archives of General Psychiatry*, 56:876-880.
- Foley D, Goldston D, Costello E et al (2006). Proximal psychiatric risk factors for suicidality in youth: the The Great Smoky Mountains Study. *Archives of General Psychiatry*, 63:1017-1024.
- Fox KR, Franklin JC, Ribeiro JD, Kleiman EM, Bentley KH, Nock MK (2015). Meta-analysis of risk factors for nonsuicidal self-injury. *Clinical Psychology Review*, 42:156-167.
- Goldston DB, Erkanli A, Daniel SS et al (2016). Developmental trajectories of suicidal thoughts and behaviors from adolescence through adulthood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 55:400-407.
- Haas AP, Eliason M, Mays VM et al. (2011). Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: review and recommendations. *Journal of Homosexuality*, 58:10-51.
- Hawton K, Harris L (2008). Deliberate self-harm by under-15- year-olds: characteristics, trends and outcome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49:441-448.
- Hazell P, Lewin T (1993). Friends of adolescent suicide attempters and completers. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32:76-81.
- Hoertel N, Franco S, Wall MM et al. (2015). Mental disorders and risk of suicide attempt: a national prospective study. *Molecular Psychiatry*, 20:718-726.
- Horowitz LM, Ballard ED, Pao M (2009). Suicide screening in schools, primary care and emergency departments. *Current Opinion in Pediatrics*, 21:620-627.
- Jacobsen LK, Rabinowitz I, Popper MS et al (1994). Interviewing prepubertal children about suicidal ideation and behavior. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 33:439-452.
- Jacobson C, Gould M (2007). The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: a critical review of the literature. *Archives of Suicide Research*, 11:129-147.
- Jacobson C, Muehlenkamp J, Miller A et al (2008). Psychiatric impairment among adolescents engaging in different types of deliberate self-harm. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37:363-375.
- Jeon SY, Reither EN, Masters RK (2016). A population-based analysis of increasing rates of suicide mortality in Japan and South Korea, 1985-2010. *BMC Public Health*, 23:16:356.
- Kanchan T, Menon A, Menezes R (2009). Methods of choice in completed suicides: gender differences and review of literature. *Journal of Forensic Sciences*, 54:938-942.
- Katz C, Bolton SL, Katz LY, Isaak C, Tilston-Jones T, Sareen J (2013). Swampy Cree Suicide Prevention Team. A systematic review of school-based suicide prevention programs. *Depression and Anxiety*, 30:1030-1045.
- Kloet L de, Starling J, Hainsworth C et al (2011). Risk factors for self-harm in children and adolescents admitted to a mental health inpatient unit. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45:749-755.
- Klomek A, Sourander A, Niemela S et al (2009). Childhood bullying behaviors as a risk for suicide attempts and completed suicides: a population-based birth cohort study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48:254-261.
- Klonsky E (2007). The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27:226-239.
- Kloos A, Collins R, Weller R et al (2007). Suicide in preadolescents: who is at risk? *Current Psychiatry Reports*, 9:89-93.
- Kölves K, De Leo D (2014). Suicide rates in children aged 10-14 years worldwide: changes in the past two decades. *The British Journal of Psychiatry*, 205:283-285.
- Laido Z, Voracek M, Till B, Pietschnig J, Eisenwort B, Dervic K, Sonneck G, Niederkrotenthaler T et al (2017). Epidemiology of suicide among children and adolescents in Austria, 2001-2014. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 129:121-128.
- Large M, Kaneson M, Myles N et al (2016). Meta-analysis of longitudinal cohort studies of suicide risk assessment among psychiatric patients: heterogeneity in results and lack of improvement over time. *PLoS one*, 11(6), e0156322.
- Lofthouse N, Yager-Schweller J (2009). Nonsuicidal self-injury and suicide risk among adolescents. *Current Opinion in Pediatrics*, 21:641-645.

- Luxton DD, June JD, Comtois KA (2013). Can postdischarge follow-up contacts prevent suicide and suicidal behavior? A review of the evidence. *Crisis*, 34:32–41.
- Marchant A, Hawton K, Stewart A, Montgomery P, Singaravelu V, Lloyd K, Purdy N, Daine K, John A et al (2017). A systematic review of the relationship between internet use, self-harm and suicidal behaviour in young people: The good, the bad and the unknown
- Moran P, Coffey C, Romaniuk H et al (2012). The natural history of self-harm from adolescence to young adulthood: a population-based cohort study. *Lancet* 379(9812):236-243
- Nitkowski D, Petermann F (2011). [Selbstverletzendes Verhalten und komorbide psychische Störungen: ein Überblick]. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 79:9–20.
- Nock MK, Prinstein MJ (2004). A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72:885–890.
- Nock MK, Green JG, Hwang I, McLaughlin KA, Sampson NA, Zaslavsky AM, Kessler RC et al (2013). Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supple
- NSW Department of Health (2004). *Framework for Suicide Risk Assessment and Management for NSW Health Staff*.
- NSW Department of Health (2004). *Suicide Risk Assessment and Management Protocols - Mental Health In-Patient Unit*.
- Ougrin D, Latif S (2011). Specific psychological treatment versus treatment as usual in adolescents with self-harm: systematic review and meta-analysis. *Crisis*, 32:74–80.
- Ougrin D, Tranah T, Stahl D et al (2015). 'Therapeutic interventions for suicide attempts and self-harm in adolescents: systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 54:97-107.
- Owens D (2002). Fatal and non-fatal repetition of self-harm: Systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 181:193–199.
- Plener PL, Brunner R, Fegert JM, et al. Treating nonsuicidal self-injury (NSSI) in adolescents: consensus based German guidelines. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. 2016;10:46.
- Posner K, Brown G, Stanley B et al (2011). The Columbia- Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *American Journal of Psychiatry*, 168:1266–1277.
- Posner K, Oquendo M, Gould M et al (2007). Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): classification of suicidal events in the FDA's pediatric suicidal risk analysis of antidepressants. *American Journal of Psychiatry*, 164:1035–1043.
- Qin P, Mortensen P, Pedersen C (2009). Frequent change of residence and risk of attempted and completed suicide among children and adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 66:628–632.
- Rasmussen S, Hawton K, Philpott-Morgan S et al (2016). Why do adolescents self-harm? *Crisis*, 37:176–183.
- Redmore J, Kipping R, Trickey A et al (2016). Analysis of trends in adolescent suicides and accidental deaths in England and Wales, 1972-2011. *The British Journal of Psychiatry*, 209:327-333.
- Runeson B, Odeberg J, Pettersson A et al (2017). Instruments for the assessment of suicide risk: A systematic review evaluating the certainty of the evidence. *PLoS One*, 12(7):e0180292.
- Ringel E (1976). The presuicidal syndrome. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 6:131–149.
- Robinson J, Hetrick S, Martin C (2011). Preventing suicide in young people: systematic review. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45:3–26.
- Russell ST, Joyner K (2001). Adolescent sexual orientation and suicide risk: evidence from a national study. *American Journal of Public Health*, 91:1276–1281.
- Ryan C, Huebner D, Diaz R et al (2009). Family rejection as a predictor of negative health outcomes in white and Latino lesbian, gay, and bisexual young adults. *Pediatrics*, 123:346–352.
- Schmidtke A, Hafner H (1988). The Werther effect after television films: new evidence for an old hypothesis. *Psychological Medicine*, 18:665–676.
- Seguin M, Beauchamp G, Robert M et al (2014). Developmental model of suicide trajectories. *The British Journal of Psychiatry*, 205:120–126.
- Sheehan DV, Alphas LD, Mao L et al. (2014). Comparative validation of the S-STS, the ISST-Plus, and the C-SSRS for assessing the Suicidal Thinking and Behavior FDA 2012 Suicidality Categories. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 11:32-46.
- Spirito A, Esposito-Smythers C (2006). Attempted and completed suicide in adolescence. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2:237–266.
- Steele M, Doey T (2007). Suicidal behavior in children and adolescents. Part 2: treatment and prevention. *Canadian Journal of Psychiatry*, 52(sup6):35S-45S.
- Stoffers JM, Vollm BA, Rucker G et al (2012). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Systematic Review*, 8:CD005652, Issue 8. Art. No.: CD005652. DOI: 10.1002/14651858.CD005652.pub2
- Thompson R, Briggs E, English D et al (2005). Suicidal ideation among 8-year-olds who are maltreated and at risk: findings from the LONGSCAN studies. *Child Maltreatment*, 10:26–36.

- Turecki G, Brent DA (2016). Suicide and suicidal behavior. *Lancet*, 387:1227-1239.
- Värnik P (2012). Suicide in the world. *International Journal of Environment of Environment Research and Public Health*, 9:760-771.
- Warnke A (2008). *Suizid und Suizidversuch – Suizidalität*. In B Herpertz-Dahlmann, F Resch, MJ Schulte- Markwort & A Warnke (eds) [*Entwicklungspsychiatrie. Biopsychologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen*]. Stuttgart: Schattauer, pp1006– 1023.
- Wasserman D, Carli V, Wasserman C et al (2010). Saving and empowering young lives in Europe (SEYLE): a randomized controlled trial. *BMC Public Health*, 10:192.
- Wasserman D1, Rihmer Z, Rujescu D et al (2012). The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention, *European Psychiatry*, 27:129-141.
- Wilkinson P, Goodyer I (2011). Non-suicidal self-injury. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 20:103–108.
- Wong MM, Brower KJ, Craun EA (2016). Insomnia symptoms and suicidality in the National Comorbidity Survey - Adolescent Supplement. *Journal of Psychiatry Research*, 81:1-8.
- World Health Organization 1996, *Multiaxial classification of child and adolescent psychiatric disorders. The ICD- 10 classification of mental and behavioral disorders in children and adolescents*, Cambridge University Press, Cambridge, New York.
- World Health Organization (2008). *Preventing Suicide: A Resource for Media Professionals*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2014). *Preventing Suicide: A Global Imperative*. Geneva, WHO Press.
- Zalsman G, Hawton K, Wasserman D et al (2016). Suicide prevention strategies revisited. 10-year systematic review. *The Lancet Psychiatry*, 3:646–659.
-

Apêndice A.4.1

EXERCÍCIOS DE AUTOAVALIAÇÃO

A.4.1 *Esses fatores são indicativos de risco de suicídio pela história familiar, exceto:*

- A) Suicídios e tentativas de suicídio entre parentes
- B) Psicopatologia parental
- C) História familiar de violência
- D) Relações familiares instáveis e conflitos familiares mal resolvidos
- E) Muitos irmãos

A.4.2 *O efeito da divulgação midiática de atos suicidas*

- A) É chamado de efeito “Papageno”
- B) É chamado de efeito “Werther”
- C) Não ocorre na adolescência
- D) Não é influenciado pelo relato adaptado
- E) Somente ocorre entre adultos

A.4.3 *Essas são características de uma “síndrome pré-suicídio” exceto:*

- A) Sentimentos de desesperança, culpa, solidão e de ser incompreendido(a)
- B) Ruminações negativas, pensamento vitimista
- C) Isolamento ou inatividade social
- D) Obsessões
- E) Fantasias ou planejamentos suicidas

A.4.4 *São fatores de risco maiores na psicopatologia de adolescentes, exceto:*

- A) Transtorno depressivo maior grave
- B) A combinação de transtornos de humor, disruptivos e uso de substâncias
- C) Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade
- D) Sentimentos de desvalia e desesperança
- E) Agressão impulsiva

A.4.5 *Constam como sentimentos ou comorbidades que possam indicar risco agudo de suicídio exceto:*

- A) Transtorno de Tourette
- B) Desesperança marcante
- C) Isolamento social recente
- D) Intoxicação (álcool e drogas)
- E) Sintomas de depressão grave

A.4.6 *O risco agudo de suicídio é alto se:*

- A) Não há transtorno depressivo maior
- B) O(A) paciente pode formar uma aliança terapêutica adequada com o(a) clínico(a)
- C) Paciente esperançoso(a) sobre o futuro
- D) Há disponibilidade de suporte familiar e social estáveis
- E) O(A) paciente tem histórico de tentativas de suicídio prévias

A.4.7 *Constam como mensagens construtivas para um(a) adolescente suicida exceto:*

- A) “Minha maior preocupação é com sua segurança, e farei o meu melhor para garanti-la”
- B) “Muitos jovens pensam sobre suicídio, e alguns de fato até chegam a tentar se matar eventualmente”
- C) “Eu não posso te ajudar”
- D) “Praticamente todas as decisões podem ser modificadas. Entretanto, a morte é final e imutável. Vale a pena tomar mais tempo para considerar os prós e contras”
- E) “Eu gostaria de te conhecer mais. Talvez nós possamos, juntos, entender as circunstâncias que te puseram nessa situação”

A.4.8 São todas mensagens construtivas para um(a) jovem suicida, pais ou cuidadores, exceto:

- A) “Pensamentos e tentativas de suicídio não são incomuns entre jovens. Na maioria dos casos, é uma crise pontual, que se reverterá em pouco tempo”
- B) “Nós somos familiarizados com o manejo de crises suicidas, e vamos discutir com franqueza cada passo com você”
- C) “Como primeiro passo, vamos formular um plano de contingência para o(a) jovem, para vocês e para nós”
- D) “Não é importante vigiar seu(sua) filho(a) de perto”
- E) “Lidar com o comportamento suicida só tem efetividade se houver cooperação entre você, o(a) jovem e a equipe de tratamento”

A.4.9 Qual o tratamento psicofarmacológico específico para jovens suicidas?

- A) Neurolépticos
- B) ISRSs
- C) Estimulantes
- D) Não há medicações específicas para suicidalidade
- E) Benzodiazepínicos

A.4.10 A autolesão não-suicida difere da tentativa de suicídio, uma vez que a primeira:

- A) Ocorre predominantemente em pré-púberes
- B) Não tem intenção suicida
- C) É executava impulsivamente
- D) Geralmente acontece em contextos de grupos
- E) É mais comum em meninos e rapazes

RESPOSTAS

- A.4.1: E. Consulta a página 22, Tabela E.4.8
- A.4.2: B. Página 15
- A.4.3: D. Página 16
- A.4.4: C. Página 13, Tabela E.4.5
- A.4.5: A. Página 21, Tabela E.4.7
- A.4.6: E. Páginas 23, 25
- A.4.7: C. Página 26
- A.4.8: D. Página 27, 28
- A.4.9: D. Página 32
- A.4.10: B. Página 36,37