



Mariana Medeiros Reis

TRABALHO FINAL DE GRADUAÇÃO
PROTOCOLO ASSISTENCIAL PARA AVALIAÇÃO E MANEJO DE
PACIENTES COM RISCO DE SUICÍDIO

Santa Maria, RS

2021

MARIANA MEDEIROS REIS

**PROTOCOLO ASSISTENCIAL PARA AVALIAÇÃO E MANEJO DE PACIENTES
COM RISCO DE SUICÍDIO**

Trabalho Final de Graduação apresentado ao curso de Medicina, Área de Ciências da Saúde, da Universidade Franciscana, como requisito parcial para aprovação na disciplina de TFG 2.

Orientador: Fábio Pereira.

Santa Maria, RS

2021

RESUMO

Estatísticas apontam tendência de crescimento de números de casos de suicídios consumados e de tentativas. Nesse cenário, é possível compreender que, por mais que ainda seja considerado um tabu, é necessário falar sobre suicídio e abordar esse tema em diversos contextos, principalmente nos serviços de saúde. Dessa forma, esse estudo busca revisar os principais conceitos e determinantes deste fenômeno. Além disso, visa indicar aos médicos generalistas como identificar os pacientes em risco de suicídio, e como proceder a assistência e o cuidado destes, abordando principalmente tópicos referentes a avaliação de risco e o manejo. Destaca-se que a discussão destes temas e a aplicação na prática clínica podem constituir-se como ferramentas de prevenção de suicídios. Foram realizadas revisões narrativa e sistemática da literatura, que serviram como base para a formulação dos principais tópicos envolvendo a identificação, as condutas e o acompanhamento destes pacientes. Ao final deste estudo, é proposto um fluxograma resumando estes assuntos.

Palavras-chave: Risco de suicídio; comportamento suicida; serviços de saúde; prevenção.

ABSTRACT

Statistics data show growth tendency on the numbers of cases of consummated suicides and attempts. In that scenery, its possible to understand that, although it's still a taboo, it's necessary to talk about suicide and approach this theme in several contexts, mainly in the health services. In this way, this study aim to review leading concepts and determinants of this phenomenon. Furthermore, intends to indicate, for general practitioners, how to identify patients at risk of suicide, and how to proceed the medical assistance and care of them, approaching mostly the topics about risk evaluation and management. Stands out that the discussion of this themes and the application in the clinical practice can be a tool for suicide prevention. Were made narrative and systematic reviews of the literature, that served as a base for the formulation of the main topics involving the identification, conducts and follow-up of these patients. At the end of this study, is proposed a flowchart summarizing these subjects.

Keywords: suicide risk; suicide behaviour; health services; prevention.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
1.1 Justificativa	6
1.2 Objetivos Gerais.....	6
1.3 Objetivos específicos	6
2. METODOLOGIA.....	7
3. CID 10	8
4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	8
5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	8
6. AVALIAÇÃO E MANEJO	9
6.1 Identificação e rastreio	10
6.2 Entrevista e avaliação clínica	14
6.3 Estratificação de risco	15
6.4 Manejo	17
6.5 Diagnóstico e tratamento de comorbidades psiquiátricas	19
6.6 Segurança do paciente.....	21
7. MONITORIZAÇÃO E ACOMPANHAMENTO.....	22
8. CONCLUSÃO	23
9. FLUXOGRAMA	24
REFERÊNCIAS.....	25

1. INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde, a prevenção de suicídios perpassa por 4 estratégias baseadas em evidências: restrição de acesso a meios letais, comunicação responsável sobre suicídio, desenvolvimento de habilidades socioemocionais em adolescentes e identificação, manejo e acompanhamento adequado aos indivíduos que apresentam risco suicida (WHO, 2021). O enfoque deste estudo é essa última estratégia.

O comportamento suicida envolve os atos pelos quais um indivíduo causa lesão a si mesmo, independentemente dos motivos e da intenção destes atos. O comportamento suicida pode ser entendido, então, como um *continuum* que envolve a ideação suicida, o planejamento, a tentativa e o suicídio consumado (BOTEGA, 2015).

Estima-se que um indivíduo comete suicídio a cada 40 segundos, e uma pessoa tenta suicídio a cada três segundos, a nível mundial (WHO, 2014, 2019). No Brasil, 106.376 óbitos por suicídio foram registrados entre 2007 e 2016. Neste período, o risco de suicídio entre homens foi de 8,6/100.000 habitantes, e entre mulheres, de 2,3/100.000 habitantes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). Observa-se que entre os anos de 2011 e 2017, houve aumento das notificações de lesões autoprovocadas, correspondendo a 209,5 % no sexo feminino e 194,7% no sexo masculino (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Esses dados apresentam concordância com a tendência mundial de aumento de casos de suicídio. Segundo a Organização Mundial de Saúde, o suicídio atualmente corresponde a quarta principal causa de morte na população entre 15 e 29 anos, além de ser a causa de morte de mais de 700.000 pessoas todos os anos, demonstrando que o suicídio é uma problemática de saúde pública (WHO, 2021). Quanto as diferenças entre os gêneros, entende-se que os homens são três vezes mais propensos a cometerem suicídio do que as mulheres, enquanto estas tendem a efetuar mais tentativas (JUNIOR *et al*, 2019). Além disso, sabe-se que, em todas as faixas etárias, os homens buscam menos ajuda profissional a despeito de desordens de saúde mental (CALEAR *et al*, 2017).

Como definido na política nacional de prevenção de automutilação e do suicídio, a intersetorialidade constitui-se como importante meio de articulação de diversos serviços em prol da prevenção de suicídios, tais quais as entidades de saúde e de educação, e os meios de comunicação e imprensa. Além disso, esta política destaca a importância da

educação permanente, tanto dos profissionais de saúde quanto dos gestores, como importante meio de prevenção destes agravos (BRASIL, 2019; SANTOS *et al.*, 2020).

Nesse contexto, é necessário entender o risco de suicídio como uma problemática de saúde pública, e uma urgência médica. Por isso, a avaliação clínica do risco de suicídio deve integrar a prática rotineira dos profissionais de saúde. Assim, se faz necessário que esses profissionais estejam aptos a intervir de forma efetiva nestes casos (CFM, 2014). Os profissionais considerados como público-alvo deste estudo são os médicos generalistas.

1.1 JUSTIFICATIVA

Num cenário onde os números de casos de suicídio e de tentativas apresentam tendência de crescimento, é essencial que os profissionais de saúde estejam preparados para identificar e manejar situações que envolvam o comportamento suicida. O contato com o serviço de saúde, pode se estabelecer como uma oportunidade para aqueles pacientes que enfrentam grave dor e sofrimento psíquicos buscarem e receberem ajuda. Por isso, é imprescindível que os profissionais de saúde estejam familiarizados com a abordagem e o manejo destes pacientes.

1.2 OBJETIVOS GERAIS

Esse protocolo tem como objetivo o rastreio e a sistematização do cuidado ao paciente que apresenta risco de cometer suicídio, que buscam os serviços de saúde da cidade de Santa Maria, incluindo a atenção primária (como Unidades Básicas de Saúde e Estratégias Saúde da Família) e atenção secundária (como Unidade de Pronto Atendimento, hospitais e ambulatórios de especialidades). Além disso, visa a orientação para atuação assertiva e eficiente do médico generalista, estabelecendo os principais tópicos a serem abordados neste tipo de atendimento.

1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Dentre os objetivos específicos deste estudo, cita-se: (1) informar e atualizar profissionais de saúde, visando fornecer material que auxilie no cuidado de pacientes apresentando comportamento suicida, e como consequência, (2) melhorar a assistência prestada a pacientes com risco de suicídio, que acessam a atenção primária e secundária em Santa Maria.

2. METODOLOGIA

Este estudo é um projeto de protocolo assistencial, resultante de revisões sistemática e narrativa sobre o manejo de pacientes com comportamento suicida.

A priori, foi estipulada a pergunta norteadora, que foi a seguinte: “como um médico generalista pode identificar e atuar de forma assertiva no cuidado de pacientes que apresentam comportamento suicida?”.

A posteriori, realizou-se revisão narrativa, com seleção manual de livros, artigos, manuais e *guidelines* publicados entre os anos de 2009 e 2021, prezando-se pelas publicações de profissionais especializados na temática do suicídio, bem como de organizações nacionais e internacionais, como a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), Ministério da Saúde, Conselho Federal de Medicina (CFM) e Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO).

Após a revisão narrativa, foi feita uma revisão sistemática da literatura, nas plataformas Scielo, Pubmed e Lilacs, utilizando-se os descritores: risco de suicídio, comportamento suicida e serviços de saúde. Os critérios de inclusão foram: artigos na íntegra, publicados entre 2016 e 2021, em inglês ou português, que pudessem trazer respostas à pergunta norteadora.

Em todas as plataformas, os descritores foram combinados com operadores booleanos, utilizando-se a seguinte equação de busca: (risco de suicídio) *OR* (comportamento suicida) *AND* (serviços de saúde). Foram encontradas 254 publicações, e após análise dos títulos e resumos, 40 publicações atenderam a todos os critérios supracitados.

Por fim, foi realizada síntese das principais informações em forma de fluxograma.

3. CID-10

Para casos de tentativa de suicídio, o CID-10 elenca os códigos X60 a X84, de acordo com o meio utilizado para autolesão.

Ademais, com frequência o comportamento suicida ocorre em contexto de um transtorno psiquiátrico. Dentre elas, destaca-se a depressão (CID-10 F32 e F33), o transtorno de uso de álcool (CID-10 F10), dentre outros.

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Todos os pacientes adultos que acessam o Sistema Único de Saúde através da atenção primária e secundária podem ser incluídos neste protocolo. Essa estratégia provém do entendimento de que o suicídio é evitável, e deve ser uma temática a ser abordada nas diversas esferas do cuidado, e com diversos perfis de pacientes.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Pacientes inconscientes, em coma ou sedados.

6. AVALIAÇÃO E MANEJO

Estudos apontam que não são infreqüentes os casos de pacientes que cometem suicídio tendo acessado algum serviço de saúde no ano ou até mesmo na semana precedente ao ato (BARCELÓ *et al*, 2020; ELZINGA *et al*, 2019; ELZINGA *et al*, 2021; JOHN *et al*, 2020; LINHARES *et al*, 2019; PEARSON *et al*, 2009; SANTOS, 2020; TUREKI *et al*, 2016). Adicionando-se a esse fato o entendimento de que o suicídio é prevenível, observa-se que é essencial que os trabalhadores da saúde estejam aptos a identificar pacientes em risco de cometerem suicídio (BROWN *et al*, 2020). É necessário, portanto, que estes profissionais detenham conhecimentos e habilidades para o adequado manejo desses pacientes (ELZINGA *et al*, 2019; LERCHENFELDT *et al*, 2020). Além disso, é de grande importância que os serviços de saúde, tais como pronto atendimentos, unidades básicas de saúde e hospitais funcionem de forma integrada, formando uma rede de atenção que promova um cuidado centrado na pessoa, além de propiciar a longitudinalidade nesta atenção (SANTOS, 2020).

É através das práticas integradas que se presta uma atenção continuada, adaptada às necessidades e à realidade dos usuários. Isso porque os pacientes que apresentam comportamento suicida apresentam uma vasta gama de necessidades, para além das demandas de saúde mental, incluindo fatores sociais, comunitários, relacionais e pessoais (BANTJES, 2017; BROWN *et al* 2020).

Assim, esse cuidado não inclui apenas a assistência prestada no momento de crise, pois deve ir além: diz respeito a capacitações de profissionais de saúde, como aqueles que trabalham em emergências, hospitais e atenção básica. Nesta última, a importância da familiaridade com a identificação e o manejo de pacientes com comportamento suicida se mostra ainda mais relevante, visto que, por essência, a atenção básica é a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde, e por isso, acolhe comumente demandas em saúde mental (COSTA *et al*, 2017; LINHARES *et al*, 2019). Logo, todos os profissionais de saúde, e em especial aqueles que atuam na atenção básica, devem estar capacitados para a identificação dos principais fatores de risco, bem como para oferecer o cuidado longitudinal ao usuário e familiares (BANTJES, 2017; JÚNIOR *et al*, 2021; SANTOS, 2020; TROYA *et al*, 2019).

Por fim, destaca-se a importância da articulação entre os diversos níveis de atenção: desde a atenção básica até os hospitais, visto que a prevenção do suicídio deve ser tema em todas as esferas (BRASIL, 2019; SANTOS *et al*, 2020).

Assim, tendo em vista a amplitude e complexidade do tema, o cuidado da pessoa que apresenta comportamento suicida foi subdividido em 6 eixos principais, que abordam a identificação e o rastreio, a entrevista e avaliação clínica, a estratificação de risco, o manejo de acordo com o risco, a abordagem a possíveis desordens psiquiátricas e as estratégias para manter o paciente seguro.

6.1 IDENTIFICAÇÃO E RASTREIO

A identificação de pessoas com comportamento suicida é a fundação que estrutura ações de prevenção de suicídio, incluindo o conhecimento dos fatores de risco. A maioria das ações de autoextermínio apresentam sinais de alerta, expressos verbalmente ou através de comportamentos. O reconhecimento destes fatores opera como importante instrumento para a determinação do risco e o estabelecimento de medidas que visem reduzi-lo. De tal forma, possibilita o estabelecimento de ações coordenadas de diferentes entidades, visando um esforço conjunto para a prevenção de suicídio, bem como fornecer cuidados e suporte aos pacientes e familiares daqueles que efetuaram uma tentativa de suicídio (WHO, 2014). Por exemplo, algumas populações que possuem elevado risco incluem: pacientes que tentaram suicídio recentemente, aqueles que receberam algum tipo de diagnóstico recente ou estão sob sofrimento de doença crônica, além daqueles que estão em vigência de *delirium*, e/ou apresentando comportamento impulsivo e agitação (BOTEGA, 2012).

De forma geral, os dois principais fatores de risco são: a presença de uma tentativa de suicídio prévia, e a presença de doença psiquiátrica (BERTOLOTE, 2010; CFM 2014). A presença de desordens psiquiátricas é importante fator de risco para suicídio, visto que em torno de 90% das pessoas que cometem suicídio estavam em vigência de algum transtorno psíquico no momento do ato (WHO, 2014). Os transtornos de humor são as principais doenças psiquiátricas associadas ao comportamento suicida, seguido de abuso de substâncias, transtornos de personalidade e transtornos psicóticos (BALDAÇARA *et al*, 2020). Daí percebe-se que tratar e diagnosticar comorbidades psiquiátricas pode constituir-se como importante estratégia de prevenção de suicídios.

O rastreio de pacientes com comportamento suicida deve incluir a identificação de *delirium*, de doenças psiquiátricas, como depressão e abuso de substâncias, e de manifestações de estados afetivos como desesperança, desespero e desamparo (BERTOLOTE, 2010; BOTEGA, 2012). Outro fator a ser observado é o comportamento impulsivo, principalmente quando combinado aos demais fatores de risco, como abuso de substâncias e depressão (CFM, 2014; BOTEGA, 2012; BREET *et al*, 2018).

O psiquiatra e pesquisador José Neury Botega, propõe didaticamente a regra dos “Ds”, como estratégia para fixação dos principais estados afetivos e transtornos que implicam em maior risco de suicídio (BOTEGA, 2015).

Quadro 1: “Regra dos Ds”, apontando os principais estados afetivos e transtornos que representam risco de suicídio.

Ds	Depressão
	Desamparo
	Desesperança
	Desespero
	<i>Delirium</i>
	Dependência Química

Fonte: Botega, 2015.

Pacientes que apresentam doenças clínicas, como desordens de sistema nervoso central, dor, limitação física ou desordens médicas no geral, apresentam maior incidência de ideação suicida. Uma doença física é, pois, um importante fator de risco para suicídio (BALLARD *et al*, 2009; BOTEGA, 2012; STEFANELLO *et al*, 2012; TARON *et al*, 2020). Além disso, pacientes com câncer apresentam taxas de suicídio maiores do que a população geral, especialmente no primeiro ano do diagnóstico. A incidência de suicídio é variável nesta população, em especial de acordo com o prognóstico e o tipo de câncer (SAAD *et al*, 2019; SANTOS, 2017).

Percebe-se ainda, que o comportamento suicida se relaciona com condições como: ausência de rede de apoio, solidão, reprovação social, história de abuso (físico ou sexual), perdas (afetivas, físicas ou morais), dificuldades financeiras ou legais, e experiências de fracasso, humilhação ou vergonha (BERTOLOTE, 2012; BOTTI *et al*, 2018; TURECKI *et al*, 2016). Cabe ainda destacar que existem taxas aumentadas de suicídios entre minorias sociais, como a população LGBTQIA+, negros e indígenas (CORREA, 2020; HOTTES *et al*, 2016; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018; SOUZA *et al*, 2020).

Outros fatores de risco para suicídio, referentes a condições de saúde, aspectos sociais e psicológicos são descritos no quadro abaixo.

Quadro 2: Fatores de risco para suicídio.

Fatores predisponentes		Fatores precipitantes
Sociodemográficos	Sexo masculino	Acesso a meios
	Ser solteiro (a) ou viúvo (a)	Conflitos relacionais
	Desemprego	Término de relacionamentos
	Idade entre 19 e 49 anos ou maior que 65 anos	Uso de álcool
	Extremos de riqueza e pobreza	Perdas recentes
	Isolamento social	
	Pertencer a minorias étnicas	
	População LGBTQIA+	
Psicológicos e psiquiátricos	Tentativa de suicídio prévia	
	Comorbidade psiquiátrica	
	Dor física	
	Doença incapacitante ou incurável	
	Traumas na infância	
	Sentimentos de desesperança, desamparo e desespero	
	Comportamento impulsivo e agressivo	
	Uso crônico de <i>Cannabis</i>	
	Transtornos de personalidade	
	Desordens do sono	

Fonte: Adaptado de BALDAÇARA *et al*, 2020; BERTOLOTE, 2012; BOTEGA, 2012; BOTEGA, 2015
CORREA *et al*, 2020; TURECKI *et al*, 2019.

Existem ainda fatores protetores para o suicídio, como acesso à serviços de saúde, suporte social, habilidades de resolução de problemas e adaptação, resiliência, autoestima, fatores culturais, religiosos e pessoais que desencorajem o suicídio e restrição de acesso a meios letais (BERTOLOTE, 2012; SHER, 2019).

Percebe-se, contudo, que existem inúmeros fatores que dificultam a avaliação do risco de suicídio, como a autopercepção do profissional como incompetente para abordar o assunto, a falta de tempo, o excesso de trabalho e a dificuldade em falar sobre o tema. Assim, é muito provável que, ao se deparar com um paciente que apresenta risco de suicídio, o profissional vivencie certo desconforto, dificuldade e ansiedade, o que ressalta a importância de haver tanto treinamentos quanto assistência especializada aos profissionais (BROWN *et al*, 2020). Ademais, o estigma que permeia a temática do suicídio constitui-se também como importante problemática que dificulta inclusive a busca pelos serviços de saúde, em especial nos países de baixa e média renda (ELZINGA

et al, 2019; HEGERL *et al*, 2019; JORDANS *et al*, 2017; MAULIK *et al*, 2019; QUINLIVAN *et al*, 2019; TEWARI *et al*, 2017; TROYA *et al*, 2019).

Desta forma, entende-se a importância de investir em intervenções educativas, como treinamentos voltados para os profissionais de saúde, e em especial, para os médicos que atendem na atenção básica. Através do conhecimento e do treinamento, estes profissionais estarão mais capacitados para identificar e manejar pacientes com risco de suicídio, atuando, portanto, na prevenção de suicídios (ATKINSON *et al*, 2019; BROWN *et al*, 2020; ELZINGA, 2019; ELZINGA, 2020; KOHRT *et al*, 2020; LINHARES *et al*, 2019; PISTONE *et al*, 2019; VAN LANDSCHOOT *et al*, 2017).

Outro ponto a ser observado pelo médico generalista diz respeito à importância da escuta empática e sem julgamentos. Neste momento de vulnerabilidade, a postura do profissional e da equipe é de grande importância para que o paciente se sinta acolhido e cuidado. Por isso, se faz importante também que, ao se deparar com uma demanda relacionada ao comportamento suicida, o profissional conduza a avaliação em um local quieto, seguro e com privacidade (HILL *et al*, 2019). Aqui, cabe ressaltar dois pontos: a dificuldade de se abordar temas relacionados ao sofrimento psíquico e a importância da contratransferência, que pode influenciar a atuação do médico. Por vezes, há a percepção de que questões emocionais atrapalham o raciocínio clínico, e por isso, alguns profissionais podem distanciar-se do paciente, focando apenas em aspectos técnicos e perdendo a oportunidade de utilizar a transferência e a contratransferência como instrumentos terapêuticos (BOTEGA, 2006, 2012). A percepção destes fenômenos e dos seus efeitos conscientes e inconscientes no médico é, sem dúvida, uma fonte valiosa de informações sobre o paciente e, portanto, têm valor semiológico. Como Botega (2006) ressalta,

(...) Temos uma expectativa a respeito de como agem e reagem pacientes, familiares e profissionais diante de certas situações. Temos, da mesma forma, uma expectativa de como nós mesmos reagimos. Variações dessa norma, quando observadas no outro ou em nós mesmo, precisam ser compreendidas. Essa compreensão proporciona recursos para o diagnóstico e o manejo da situação clínica como um todo (2006, pág. 110).

Por fim, com a pandemia do novo Coronavírus, observou-se que indivíduos que trabalham na linha de frente da assistência em saúde, aqueles que se infectaram com o vírus, pessoas que já possuem alguma comorbidade psiquiátrica, as crianças, os

adolescentes e os idosos podem constituir-se como populações de risco para suicídio neste período. Tal fato relaciona-se com o acúmulo de estressores, resultantes dos impactos sociais, emocionais e econômicos advindos desta crise (QUE *et al*, 2020). Destaca-se então a importância da implementação de medidas de prevenção de suicídios, tendo em vista o possível aumento na ocorrência de comportamento suicida neste cenário (HAWTON *et al*, 2020).

6.2 ENTREVISTA E AVALIAÇÃO CLÍNICA

A entrevista inicial objetiva a coleta de informações (ocupação, estado civil, antecedentes pessoais, rede de apoio etc.) e a criação de um vínculo terapêutico (BERTOLOTE, 2010). Como afirma o psiquiatra e psicanalista Michael Balint em sua obra “O médico, seu paciente e a doença”, o médico constitui-se como a droga de maior utilização da clínica médica, tendo a relação médico-paciente, portanto, potenciais tóxicos e terapêuticos, tal qual uma medicação (BALINT, 1975). Dessa forma, no cuidado ao paciente com comportamento suicida, o médico deve potencializar os efeitos terapêuticos desta relação, propiciando um ambiente em que a pessoa se sinta acolhida, aliviada e valorizada enquanto exprime seus sentimentos e ideias (BOTEGA, 2012; CFM 2014). Uma das principais ferramentas para esses atendimentos é a escuta, uma tecnologia leve de cuidado (SANTOS *et al*, 2020).

Assim, é importante que os médicos generalistas saibam como abordar o comportamento suicida, com cautela e de forma gradual (CFM, 2014). São realizadas perguntas sequenciais, seguindo-se a cada resposta afirmativa (BOTEGA, 2012).

Quadro 3. Perguntas sequenciais para avaliação de risco de suicídio.

Você está desanimado com seu estado de saúde? Nos momentos mais difíceis, o que passa pela sua cabeça? Você tem sentido que a vida não vale mais a pena? Você tem pensado em pôr fim à sua vida? Chegou a pensar em um modo de pôr fim à vida? Você tem acesso aos meios de se matar? Você já tomou providências antes de fazer isso?

Fonte: BOTEGA, 2012.

Vale ressaltar que estudos comprovam o fato de que falar sobre suicídio não reflete em aumento do risco. Pelo contrário, abordar essa temática pode ser uma oportunidade de alívio da tensão e da angústia (CFM 2014; WARD-CIESIELSKI *et al*, 2020). Além disso, a entrevista clínica constitui-se como um momento oportuno para realizar

intervenções no sentido de auxiliar o paciente reconhecer e lidar com os pensamentos e comportamentos suicidas, bem como a identificar possíveis pontos de apoio, como amigos ou familiares de confiança (BAKER *et al*, 2020). Deste modo, a falha no desenvolvimento de uma relação forte, segura e em tempo oportuno pode ter consequências graves para a segurança do paciente, como o próprio suicídio (LITTLEWOOD *et al*, 2019).

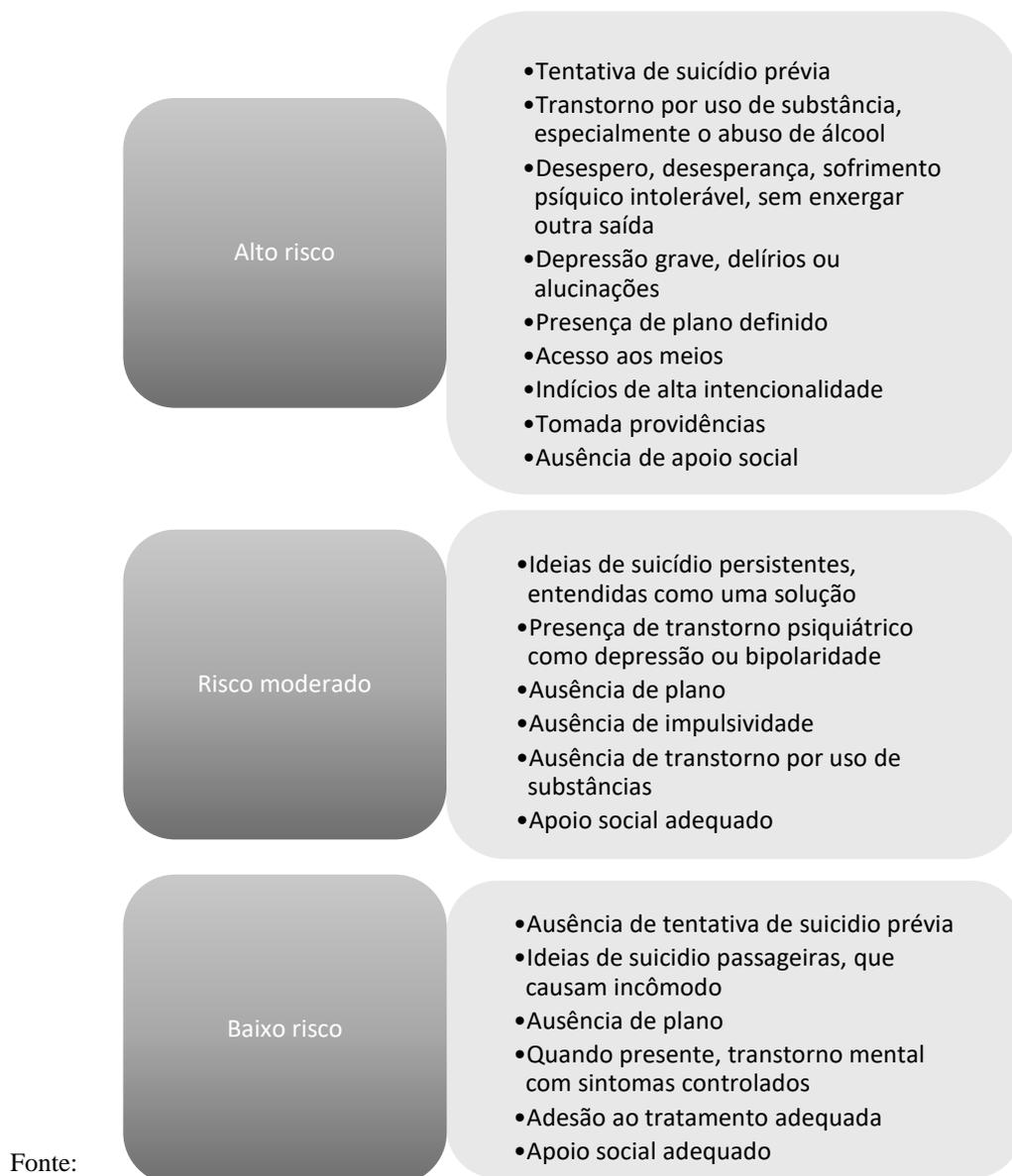
Por fim, de forma geral, todos os pacientes devem ser abordados de maneira gentil, com uma postura calma e de não-julgamento. É necessário então: ouvir com cordialidade, tratar o paciente com respeito, demonstrar empatia com as emoções e preservar o sigilo. Contudo, o sigilo pode ser quebrado nas situações em que se verifica risco iminente à vida. Deve-se evitar interrupções frequentes, expressão exagerada de emoções, doutrinações, e simplificações do tipo “vai ficar tudo bem” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

6.3 ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

A estratificação de risco constitui-se a partir de um conjunto de fatores analisados durante a entrevista, juntamente com o julgamento clínico. Didaticamente, o risco de suicídio é classificado em três categorias, mas deve-se ter em mente alguns aspectos importantes dessa abordagem. Primeiramente, o risco de suicídio é mutável, visto que são inúmeros os fatores de risco e de proteção, e estes interagem de maneiras particulares em momentos diversos da vida. Outrossim, ressalta-se que a formulação do risco de suicídio não é uma estratégia para predizer quem irá ou não cometer suicídio, mas sim, para permitir que ações específicas sejam tomadas para cada caso (BOTEGA, 2012).

No quadro abaixo, são propostas as principais características clínicas de cada uma dessas categorias.

Quadro 4: Principais circunstâncias presentes em cada estratificação de risco de suicídio



BOTEGA, 2015.

Os pacientes que apresentam baixo risco de suicídio têm um risco significativo para tal, mas não existem evidências de planos definidos ou intenção letal. Já nos pacientes com alto risco, a prevenção do suicídio é prioridade no manejo. Vale ressaltar que, aqueles que apresentam indicativos de alta intencionalidade, são classificados como pacientes com alto risco de cometerem suicídio (SALL *et al*, 2019). Abaixo, são explícitas algumas características que apontam intencionalidade suicida alta.

Quadro 5: Circunstâncias que sugerem alta intencionalidade.

Tomada de providências finais precedentes ao ato
Cuidados para o ato não ser descoberto
Uso de método violento ou letal
Planejamento detalhado
Mensagens ou cartas de despedida
Ausência de socorro

Fonte: BOTEGA, 2012.

6.4 MANEJO

6.4.1- PACIENTES DE BAIXO RISCO

O profissional deve oferecer apoio emocional a esses indivíduos, trabalhando os sentimentos que envolvem o comportamento suicida, conversando também sobre habilidades de resolução de problemas. Pacientes que apresentam baixo risco de suicídio podem ser manejados na atenção primária. Outros serviços, como CAPS, ambulatórios de psicologia e psiquiatria podem ser acionados. A abordagem destes pacientes é focada na redução de fatores de risco modificáveis e o fortalecimento dos fatores protetores. Se identificado um transtorno mental, deve-se iniciar o tratamento deste. Rotineiramente, o risco deve ser reavaliado, e para isso, recomenda-se marcar uma nova consulta em breve (CFM, 2014; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006; OMS, 2000; SALL *et al*, 2019).

6.4.2- PACIENTES DE RISCO INTERMEDIÁRIO

Deve-se oferecer apoio emocional, trabalhar os sentimentos de ambivalência, abordar alternativas ao suicídio, encaminhar para atendimento em ambulatório de psiquiatria e pedir autorização para entrar em contato com familiares, amigos ou colegas. A essas pessoas, o profissional pode orientar medidas de prevenção do suicídio, como restringir o acesso do paciente a meios potencialmente letais e informações acerca de serviços que pode ser acessado em momentos de crise. Novamente, é importante marcar uma consulta em breve (CFM, 2014; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006; OMS, 2000). Ademais, aqueles que apresentam risco intermediário, devem ser avaliados quanto à possível incapacidade do paciente em manter sua segurança, e se há maiores benefícios

em uma internação. Nestes casos, o paciente deve então ser encaminhado para esse serviço (SAAL *et al*, 2019).

6.4.3 – PACIENTES DE ALTO RISCO

Nestes casos, é necessário acionar a família ou demais indivíduos que fazem parte da rede de apoio do paciente. É importante não deixar o paciente sozinho e afastar objetos e medicações potencialmente tóxicas. Além disso, é importante que o paciente seja urgentemente encaminhado a um atendimento psiquiátrico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006; OMS, 2000). Assim, os pacientes em alto risco de suicídio necessitam observação direta, mantendo o ambiente seguro, livre de potenciais meios de suicídio (cordas, lâminas, substâncias tóxicas). Tipicamente necessitarão internação em unidade psiquiátrica, dado o risco iminente à vida (SALL *et al*, 2019). O Serviço Móvel de Urgência (SAMU-192) pode ser acionado quando se identifica um paciente de alto risco.

A internação psiquiátrica, quando disponível, pode ser necessária em casos de risco iminente a vida, estado mental crítico que impeça condução ambulatorial satisfatória, para obtenção de mais informações sobre o quadro do paciente, ausência de rede de apoio, famílias disfuncionais e reavaliação do tratamento psiquiátrico (BOTEGA, 2012). Existem, entretanto, fatores que favorecem o tratamento ambulatorial, como: intencionalidade relativamente baixa, presença de rede de apoio, ausência de plano e meios para executá-lo, comprometimento e aderência do paciente ao tratamento, estabelecimento de boa relação terapêutica, ausência de aparente comportamento impulsivo, psicose, transtorno por uso de substância, tentativa prévia, graves fatores estressores em casa ou complicações clínicas graves (BOTEGA, 2015).

A internação domiciliar pode ser considerada quando há indisponibilidade de internação psiquiátrica, ou quando a família se compromete com o cuidado do paciente. Deve-se ter em mente, entretanto, que é preciso entender a dinâmica da família antes de considerar a internação domiciliar. Há o risco de sobrecarregar os cuidadores, além da possibilidade de a família não ter capacidade de contenção e cuidado. Entretanto, naqueles casos em que se opta pela internação domiciliar, cuidados devem ser tomados, como: manter objetos potencialmente letais (como cordas, facas, armas) fora do alcance do paciente, responsabilizar um cuidador para administrar e armazenar as medicações e manter portas destrancadas (BOTEGA, 2015).

Novamente, destaca-se a importância do cuidado intersetorial dos pacientes com comportamento suicida, tendo em vista que esta estratégia provê ao indivíduo uma abordagem multifocal, multidisciplinar e mais abrangente, incluindo além da farmacoterapia, a psicoterapia (BANTJES, 2017). Nesse sentido, se faz importante garantir o acesso destes pacientes aos serviços de saúde mental que se fazem necessário, sem perder o vínculo com a atenção básica. Por isso, é importante manter o agendamento de consultas em breve, bem como recorrer à busca ativa quando esses pacientes não comparecem às consultas. Além disso, o risco de suicídio é uma situação em que o sigilo médico pode ser quebrado, visto que em pacientes com risco intermediário ou alto, os familiares devem ser contatados. Assim, o risco de suicídio se enquadra no “motivo justo” proposto pelo Código de Ética Médica, no artigo 73: “É vedado ao médico: Revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por motivo justo, dever legal ou consentimento, por escrito, do paciente” (CFM, 2019, p. 35).

6.5 DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE COMORBIDADES PSIQUIÁTRICAS

Em estudo realizado por Bantjes (2017), onde foram entrevistados 80 pacientes internados em um hospital após tentativa de suicídio, identificou-se o alívio de sintomas somáticos e psiquiátricos como uma das principais necessidades destes pacientes. Em coerência com este dado, pesquisadores apontam que o diagnóstico e o tratamento de condições psicopatológicas é intervenção essencial para a prevenção do comportamento suicida. Nesse sentido, é importante que o clínico saiba não só identificar, mas também iniciar o tratamento de diversas condições, especialmente a depressão, mas também a ansiedade, os transtornos psicóticos e a dor (BANTJES, 2017). Portanto, a abordagem do paciente com comportamento suicida requer não só o próprio reconhecimento deste comportamento, mas também a atuação do médico para buscar minimizar os riscos de o paciente vir a cometer suicídio. Para isso, existem estratégias farmacológicas e não farmacológicas.

Dentre as estratégias para manejo não farmacológico, está a intervenção psicossocial breve. Este tipo de intervenção tem diversas vantagens, como a facilidade de implementação, ausência de custos e recursos limitados. Baseia-se na comunicação, focada em aspectos comportamentais, e não exclusivamente nos sintomas vivenciados. Inclui informar o indivíduo sobre o comportamento suicida, buscando auxiliar no processo de conscientização do problema, dos eventos envolvidos e as vulnerabilidades

relacionada a esse comportamento. Além disso, visa motivar a pessoa para continuar a buscar ajuda quando necessário, elaborando estratégias práticas para resolução de problemas, para o manejo de futuras crises, melhorando o suporte social e profissional. Ademais, também é possível elaborar conjuntamente com o paciente um plano de segurança, bem como encaminhá-lo para intervenções psicossociais, como a terapia cognitiva comportamental (TURECKI *et al*, 2019).

Outra importante estratégia na prevenção de suicídios é o manejo farmacológico das comorbidades psiquiátricas. Nesse sentido, destaca-se o papel do lítio como importante fármaco que auxilia no manejo de comportamento suicida, demonstrado em diversos estudos como terapia que pode reduzir mortes por suicídio (TURECKI *et al*, 2016; TURECKI *et al*, 2019). Contudo, devido a sua estreita janela terapêutica, é preciso levar em conta a toxicidade e sobredosagem de lítio. Os benzodiazepínicos podem ser utilizados a fim de diminuir a ansiedade e a agitação, mas devem ser prescritos com cuidado em pacientes ambulatoriais, visto que podem ser utilizados em tentativas de suicídio (BALDAÇARA *et al*, 2020). Dentre os antidepressivos, estudos favorecem os inibidores seletivos da recaptção de serotonina (ISRS) para o manejo de pacientes com comportamento suicida. Em pacientes com transtornos psicóticos, a clozapina é apontada como potencial agente para diminuição de risco suicida, porém a necessidade de avaliação laboratorial frequente e o custo a tornam pouco utilizada para este fim (TURECKI *et al*, 2019). Nos casos de pacientes diagnosticados com esquizofrenia, condição em que se observam altas taxas de abandono de tratamento e de suicídio, estratégias como o uso de antipsicóticos injetáveis de longa duração, abordagem de integração psicossocial e manejo intensivo de cada caso mostram-se como estratégias efetivas na redução de comportamento suicida e abandono de tratamento (DÍAZ-FERNÁNDEZ *et al*, 2020).

Por fim, através da análise de escritos deixados por pessoas que cometeram suicídio, Furqan e colaboradores sumarizaram aspectos importantes de serem abordados no curso do tratamento de pacientes com comportamento suicida. Segundo este, é necessário que o clínico explore as crenças do paciente sobre sua doença e o tratamento, visto que muitas vezes, existem distorções, sentimento de culpa e estigma que alteram a percepção do próprio adoecimento psíquico. Ademais, o estímulo ao desenvolvimento de capacidades para resolução de problemas, bem como a participação em grupos de apoio contribui com a psicoeducação e empoderamento dos pacientes, principalmente aqueles

que apresentam com doenças mentais crônicas. O empoderamento, nesse caso, diz respeito a um entendimento integrativo sobre a própria doença mental, de maneira a ressignificar a percepção de que viver com a doença seja uma luta constante contra esta, o que pode diminuir sentimentos de exaustão, fraqueza e desesperança (FURQAN *et al*, 2018).

6.6 SEGURANÇA DO PACIENTE

Manter um paciente com comportamento suicida seguro exige a existência de um vínculo de confiança entre o paciente e o profissional. Existem diversas estratégias adaptativas que podem ser desenvolvidas pela equipe que atende a um paciente com comportamento suicida visando uma prática clínica segura e efetiva. Dentre elas, destaca-se o próprio conhecimento acerca do tema, que pode conferir a sensibilidade necessária para perceber e abordar a temática do suicídio, a formulação de planos terapêuticos individualizados e planos de segurança, bem como a abordagem em equipe das incertezas e desafios deste tipo de atendimento, destacando-se a importância da presença de redes de suporte aos profissionais (BERG *et al*, 2020).

Outras ações que podem ser tomadas pelos profissionais de saúde para aumentar a segurança de pacientes com comportamento suicida incluem: promover ambientes seguros (livres de meios com potencial lesivo, com observação apropriada), elaborar e fornecer planos de cuidado para o paciente e os demais indivíduos envolvidos na sua assistência, manejar o acesso à medicações (como delegar a um familiar a tarefa de fornecer os medicamentos) e promover o envolvimento dos cuidadores na atenção ao paciente (tranquilizando-os, fornecendo orientações e sanando suas dúvidas) (LITTLEWOOD *et al*, 2019).

Um paciente com comportamento suicida em ambiente intra-hospitalar demanda cuidados especiais da equipe, como a retirada de objetos perigosos (perfurocortantes, isqueiros, cintos e cordas, por exemplo). Outra medida importante é a localização do leito: esses pacientes devem estar em leitos em que haja fácil observação, no andar térreo ou com janelas gradeadas. Um acompanhante pode ser autorizado a permanecer com o paciente (BALDAÇARA *et al*, 2020; BOTEGA, 2015). Em casos de pacientes em *delirium* e agitados, é necessário que seja contenção química, a fim de manter o paciente seguro (BOTEGA, 2015).

7. MONITORIZAÇÃO E ACOMPANHAMENTO

Estudo brasileiro conduzido por Taron e colaboradores, concluiu que após internação em unidade de emergência psiquiátrica, a incidência de tentativas de suicídio foi maior nos primeiro seis meses, enquanto a ocorrência de suicídios consumados foi maior nos 24 meses subsequentes. Tal fato destaca a importância do acompanhamento clínico de pacientes que possuem risco de suicídio, particularmente aqueles que já tentaram suicídio, e aqueles em vigência de doença somática (TARON *et al*, 2020). Estratégias como a adequada avaliação e estratificação de risco, o referenciamento assertivo e o foco na continuidade da assistência após a alta são maneiras possíveis de se melhorar o cuidado aos pacientes que necessitaram internação psiquiátrica (MITCHELL *et al*, 2017).

Neste contexto, é evidente a importância da implementação de protocolos que norteiem os cuidados continuados em saúde mental, visando diminuir o risco de suicídio através da monitorização dos indivíduos que apresentam comportamento suicida (ALBUXECH-GARCÍA *et al*, 2020; PAGE *et al*, 2018).

Assim, um paciente que necessitou internação psiquiátrica em decorrência do alto risco de suicídio, deve receber alta com um plano de cuidado continuado na atenção básica e/ou centros de apoio psicossocial (CAPS). A comunicação entre os profissionais destes serviços por muitas vezes pode ser dificultosa, por isso, estratégias como a elaboração de um sumário do atendimento prestado pode facilitar a troca de informações entre os diversos serviços, e conseqüentemente, permitir uma monitorização destes pacientes e mais dados para um melhor *follow-up* (ALBUXECH-GARCÍA *et al*, 2020).

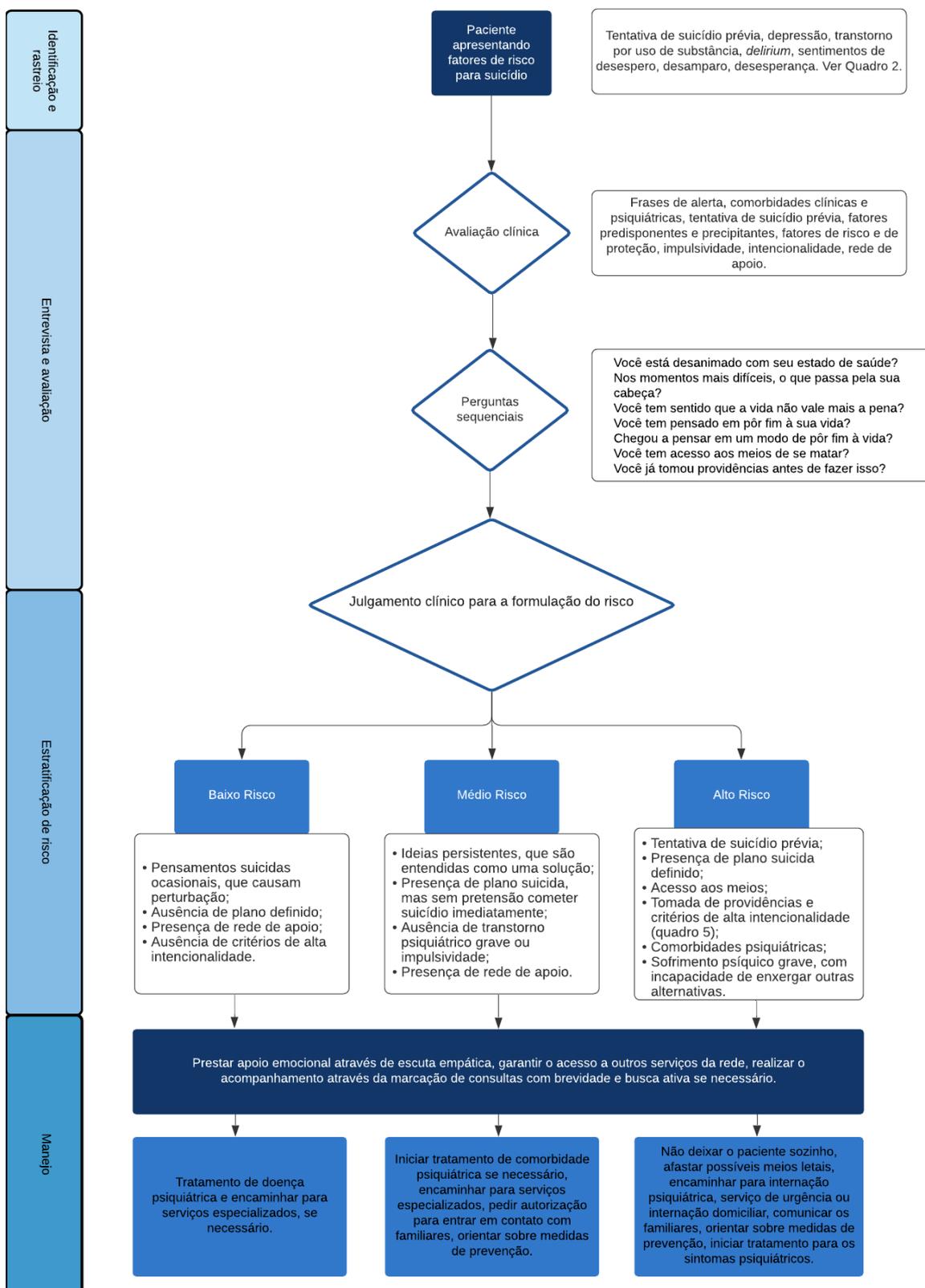
Por fim, destaca-se os componentes da rede de atenção psicossocial em Santa Maria, disponível no endereço: <https://www.santamaria.rs.gov.br/saude/noticias/15667-em-parceria-com-servicos-de-saude-do-municipio-prefeitura-promove-acoes-no-setembro-amarelo>). Ademais, Centro de Valorização da Vida (CVV) presta serviço de apoio emocional 24 horas, através de escuta empática e compreensiva. Pode ser acessado pelo telefone (188), e-mail (<https://www.cvv.org.br/e-mail/>) e chat (<https://www.cvv.org.br/chat/>).

8. CONCLUSÃO

No decorrer deste estudo, foram perceptíveis alguns aspectos sobre o estudo do comportamento suicida e os sistemas de saúde. *A priori*, foi notada uma escassez de protocolos baseados em evidências, para o manejo de pacientes com risco de suicídio. Dada a relevância e prevalência desse fenômeno, questiona-se por que não existem mais publicações embasadas para tratar do tema. Além disso, no decorrer da revisão sistemática, observou-se carência ou até ausência de materiais tratando do comportamento suicida em minorias sociais, como população LGBTQIA+, negros e indígenas. Sabe-se, entretanto, que justamente essas pessoas, que rotineiramente vivenciam inúmeras formas de violência – como desapropriação, discriminação e invisibilização – apresentam risco considerável de apresentarem sofrimento psíquico e comportamento suicida. Por fim, ressalta-se a importância de investir na formação dos profissionais de saúde neste tema, em especial aqueles que atuam na atenção básica, visto que essa é uma importante estratégia de prevenção de suicídios. Nesse sentido, esse protocolo visa contribuir com informações relevantes a esses profissionais.

9.FLUXOGRAMA

Fluxograma de avaliação e manejo de pacientes com de risco de suicídio



REFERÊNCIAS

1. ALBUIXECH-GARCÍA, Rocío *et al.* **Impact of the mental health care continuity-chain among individuals expressing suicidal behaviour in a Spanish sample.** Issues in Mental Health Nursing, 2020.
2. ATKINSON, Jo-An *et al.* **The impact of strengthening mental health services to prevent suicidal behaviour.** Australian & New Zealand Journal of Psychiatry. 2019.
3. BAKER, Debra *et al.* **Case manager perceptions of emergency department use by patients with non-fatal suicidal behaviour.** International journal of mental health nursing, 2021.
4. BALDAÇARA, Leonardo *et al.* **Brazilian Psychiatric Association guidelines for the management of suicidal behavior.** Part 1. Risk factors, protective factors, and assessment. Braz. J. Psychiatry, São Paulo, 2020.
5. BALDAÇARA, Leonardo *et al.* **Brazilian Psychiatric Association guidelines for the management of suicidal behavior.** Part 2. Screening, intervention, and prevention. Braz. J. Psychiatry, São Paulo, 2020.
6. BALLARD, Elizabeth *et al.* **Suicide in the Medical Setting.** Jt Comm J Qual Patient Saf, 2009.
7. BALINT, Michael. **O médico, seu paciente, e a doença.** Livraria Atheneu. Rio de Janeiro, 1975.
8. BANTJES, Jason. **‘Don’t push me aside, Doctor’:** Suicide attempters talk about their support needs, service delivery and suicide prevention in South Africa. Health Psychology Open. July 2017.
9. BARCELÓ, Soriano *et al.* **Health care contact prior to suicide attempts in older adults.** A field study in Galicia, Spain. Actas Esp Psiquiatr., 2020
10. BERG, Siv Hilde *et al.* **Adaptive capacities for safe clinical practice for patients hospitalised during a suicidal crisis: a qualitative study.** BMC Psychiatry, 2020.
11. BERTOLOTE, José Manoel *et al.* **Detecting suicide risk at psychiatric emergency services.** Rev. Bras. Psiquiatr., São Paulo, 2010.
12. BOTEGA, Neury José. **Crise Suicida: avaliação e manejo.** Porto Alegre: Artmed, 2015.
13. BOTEGA, Neury José. **Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência.** 2. ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2006.

14. BOTEGA Neury José *et al.* **Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência.** 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.
15. BOTTI, Nadja Cristiane Lappann *et al.* **Características e fatores de risco do comportamento suicida entre homens e mulheres com transtornos psiquiátricos.** Cogitare enferm., 2018.
16. BRASIL. Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019. Institui a **Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio**, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; e altera a Lei nº 9.656, de 3 de Junho de 1998. Diário Oficial da União. 26 Abr 2019.
17. BREET, Elsie *et al.* **Chronic substance use and self-harm in a primary health care setting.** African journal of primary health care & family medicine, 2018.
18. BROWN, Sophie *et al.* **Embedding an Evidence-Based Model for Suicide Prevention in the National Health Service: A Service Improvement Initiative.** International journal of environmental research and public health, 2020.
19. CALEAR, Alison *et al.* **Silence is deadly: a cluster-randomised controlled trial of a mental health help-seeking intervention for young men.** BMC public health, 2017.
20. CFM. **Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019 / Conselho Federal de Medicina, Brasília, 2019.**
21. CFM/ABP. **Suicídio: informando para prevenir / Associação Brasileira de Psiquiatria, Comissão de Estudos e Prevenção de Suicídio. – Brasília: CFM/ABP, 2014.**
22. CORRÊA, Fábio Henrique Mendonça *et al.* **Pensamento suicida entre a população transgênero: um estudo epidemiológico.** Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 2020.
23. COSTA, Renata Alves da *et al.* **Formação interprofissional em saúde e o acolhimento a situações limites: compreensão do fenômeno do suicídio.** Mental, Barbacena, 2017.
24. DÍAZ-FERNÁNDEZ Sylvia *et al.* **Suicide attempts in people with schizophrenia before and after participating in an intensive case managed community program: A 20-year follow-up.** Psychiatry Res., 2020.
25. ELZINGA, Elke *et al.* **Discussing suicidality with depressed patients: an observational study in Dutch sentinel general practices.** BMJ open, 2019.

26. ELZINGA, Elke *et al.* **Engaging primary care professionals in suicide prevention: A qualitative study.** PLOS ONE, 2020.
27. ELZINGA, Elke *et al.* **Who didn't consult the doctor?** Understanding sociodemographic factors in relation to health care uptake before suicide. *J Affect Disord.*, 2021.
28. FURQAN, Zainab *et al.* **I Can't Crack the Code": What Suicide Notes Teach Us about Experiences with Mental Illness and Mental Health Care.** *The Canadian Journal of Psychiatry.*, 2019.
29. HAWTON, Keith *et al.* **Self-harm during the early period of the COVID-19 pandemic in England: Comparative trend analysis of hospital presentations.** *Journal of Affective Disorders*, 2021.
30. HEGERL, Ulrich *et al.* **Prevention of suicidal behaviour: Results of a controlled community-based intervention study in four European countries.** PLoS ONE, 2019.
31. HILL, Nicole T M *et al.* **Development of best practice guidelines for suicide-related crisis response and aftercare in the emergency department or other acute settings: a Delphi expert consensus study.** *BMC psychiatry*, 2019.
32. HOTTES, Travis Salway *et al.* **Lifetime Prevalence of Suicide Attempts Among Sexual Minority Adults by Study Sampling Strategies: A Systematic Review and Meta-Analysis.** *American journal of public health*, 2016.
33. JOHN, Ann *et al.* **Contacts with primary and secondary healthcare prior to suicide: Case-control whole-population-based study using person-level linked routine data in Wales, UK, 2000–2017.** *The British Journal of Psychiatry*, 2020.
34. JORDANS, M *et al.* **Suicidal ideation and behaviour among community and health care seeking populations in five low- and middle-income countries: a cross-sectional study.** *Epidemiology and psychiatric sciences*, 2018.
35. JÚNIOR, Aurean D'Eça *et al.* **Mortalidade por suicídio na população brasileira, 1996-2015: qual é a tendência predominante?** *Cad. Saúde Colet.*, 2019.
36. JÚNIOR, Fernando José Guedes da Silva *et al.* **Pesquisa-ação sobre saberes e práticas de agentes comunitários de saúde acerca da prevenção do comportamento suicida.** *Interface (Botucatu)*. 2021.
37. KOHRT Brandon *et al.* **How competent are non-specialists trained to integrate mental health services in primary care? Global health perspectives from Uganda, Liberia, and Nepal.** *Int Rev Psychiatry*, 2018

38. LERCHENFELDT, Sarah *et al.* **Suicide Assessment and Management Team-Based Learning Module.** MedEdPORTAL, 2020.
39. LINHARES, Laura Maria Souza de *et al.* **Construção e validação de instrumento para avaliação da assistência ao comportamento suicida.** Rev Saude Publica, 2019.
40. LITTLEWOOD, Donna *et al.* **Learning from clinicians' views of good quality practice in mental healthcare services in the context of suicide prevention: a qualitative study.** BMC Psychiatry, 2019.
41. MAULIK, Pallab *et al.* **Longitudinal assessment of an anti-stigma campaign related to common mental disorders in rural India.** Br J Psychiatry, 2019.
42. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Óbitos por suicídio entre adolescentes e jovens negros 2012 a 2016.** Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. Universidade de Brasília, Observatório de Saúde de Populações em Vulnerabilidade – Brasília, 2018.
43. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Prevenção do Suicídio:** Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2006.
44. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Suicídio:** Saber, agir e prevenir. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico, Brasília, v. 48, ed. 30, p. 1-15, 2017.
45. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Suicídio:** tentativas e óbitos por intoxicação exógena no Brasil, 2007 a 2016. Boletim epidemiológico. Secretaria de vigilância em saúde, Ministério da saúde, volume 50, Nº 15, 2019.
46. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Viva:** instrutivo de notificação de violência interpessoal e autoprovocada/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
47. MITCHELL, Rebecca *et al.* **Self-harm hospitalised morbidity and mortality risk using a matched population-based cohort design.** The Australian and New Zealand journal of psychiatry, 2018.
48. OMS. **Prevenção do suicídio:** um manual para profissionais da saúde em atenção primária. Departamento de saúde mental. Organização Mundial da Saúde. Genebra, 2000.

49. PAGE, Andrew *et al.* **A decision support tool to inform local suicide prevention activity in Greater Western Sydney (Australia).** The Australian and New Zealand journal of psychiatry, 2018.
50. PEARSON, Anna *et al.* **Primary care contact prior to suicide in individuals with mental illness.** The British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners, 2009.
51. PISTONE, Isabella *et al.* **The effects of educational interventions on suicide: A systematic review and meta-analysis.** The International journal of social psychiatry, 2019.
52. QUE, Jianyu *et al.* **Raising awareness of suicide prevention during the COVID-19 pandemic.** Neuropsychopharmacol Rep., 2020.
53. QUINLIVAN, Leah *et al.* **Advance decisions to refuse treatment and suicidal behaviour in emergency care: 'it's very much a step into the unknown'.** BJPsych open, 2019.
54. RODRIGUES, Aline André; KAPCZINSKI, Flávio. Risco de suicídio. *In:* QUEVEDO, João; CARVALHO, André. **Emergências Psiquiátricas.** 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. cap. 8, p.165-174.
55. SAAD, Anas *et al.* **Suicidal death within a year of a cancer diagnosis: A population-based study.** Cancer, 2019.
56. SALL, James *et al.* **Assessment and Management of Patients at Risk for Suicide:** Synopsis of the 2019 U.S. Department of Veterans Affairs and U.S. Department of Defense Clinical Practice Guidelines. Annals of internal medicine, 2019.
57. SANTOS, Luciana Almeida *et al.* **Integralidade, intersetorialidade e cuidado em saúde: caminhos para se enfrentar o suicídio.** Interface (Botucatu), 2020.
58. SANTOS, Manoel Antônio dos. **Câncer e suicídio em idosos: determinantes psicossociais do risco, psicopatologia e oportunidades para prevenção.** Ciência & Saúde Coletiva, 2017.
59. SHER, Leo. **Resilience as a focus of suicide research and prevention.** Acta Psychiatrica Scandinavica, 2019.
60. SOUZA, Ronaldo Santhiago Bonfim de *et al.* **Suicídio e povos indígenas brasileiros: revisão sistemática.** Revista Panamericana de Salud Pública, 2020.

61. STEFANELLO, Bianca *et al.* **Ideação suicida em pacientes internados em enfermarias de clínica médica: prevalência e sintomas depressivos associados.** J Bras Psiquiatr., 2012.
62. TARON, Marisa *et al.* **Suicide and suicide attempts in adults: exploring suicide risk 24 months after a psychiatric emergency room visit.** Braz J Psychiatry., 2020.
63. TEWARI, Abha *et al.* **Process evaluation of the systematic medical appraisal, referral and treatment (SMART) mental health project in rural India.** BMC psychiatry, 2017.
64. TROYA, M Isabela *et al.* **Role of primary care in supporting older adults who self-harm: a qualitative study in England.** The British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners, 2019.
65. TURECKI, Gustavo *et al.* **Suicide and suicide risk.** Nature reviews. Disease primers, 2019.
66. TURECKI, Gustavo *et al.* **Suicide and suicidal behaviour.** Lancet (London, England), 2016.
67. WARD-CIESIELSKI, Erin *et al.* **Conducting Research with Individuals at Risk for Suicide: Protocol for Assessment and Risk Management.** Suicide & life-threatening behavior, 2020.
68. WHO. **Preventing suicide: a global imperative.** World Health Organization. Mental health. Geneva, 2014.
69. WHO. **Live life: an implementation guide for suicide prevention in countries.** World Health Organization, Geneva, 2021.
70. WHO. **Suicide in the world: Global Health Estimates.** World Health Organization, Geneva, 2019.
71. WHO. **Suicide worldwide in 2019: Global Health Estimates.** World Health Organization, Geneva, 2021.
72. VAN LANDSCHOOT, Renate *et al.* **Knowledge, Self-Confidence and Attitudes towards Suicidal Patients at Emergency and Psychiatric Departments: A Randomised Controlled Trial of the Effects of an Educational Poster Campaign.** International journal of environmental research and public health, 2017.