

Avaliação de risco suicida

Suicide risk assessment

Raphael Antonio Medeiros de Castro¹ , Cristina Marta Del-Ben² 

RESUMO

O suicídio é um problema de saúde pública mundialmente, com importante impacto socioeconômico. A identificação e prevenção de tentativas de suicídio devem ser feitas por todos os médicos nos diversos cenários em que atuam. Dessa forma, este artigo visa elucidar as principais informações a respeito de risco suicida, como fazer tal avaliação e determinar a conduta adequada para cada caso.

Palavras-chave: Suicídio, Avaliação de risco, Psiquiatria

ABSTRACT

Suicide is a public health issue worldwide that has a significant socioeconomic impact. The identification and prevention of suicide attempts are responsibility of all physicians. Therefore, this article aims to clarify aspects regarding suicide risk, including how to assess and how to determine the appropriate course of treatment in each scenario.

Keywords: Suicide, Risk assessment, Psychiatry

PORQUE O MÉDICO NÃO-PSIQUIATRA PRECISA SABER SOBRE ESSE TEMA?

Saber identificar e dar a conduta correta para pacientes em risco de suicídio é essencial para qualquer médico, visto tratar-se de um quadro que demanda intervenção imediata. Os pacientes muitas vezes apresentam pensamentos de morte em consultas de rotina e não somente em consultas com o psiquiatra, cabendo ao médico que faz a avaliação investigar, acolher e tomar as medidas adequadas para evitar a tentativa de suicídio.

INTRODUÇÃO

O suicídio é definido como óbito secundário a um ato intencional, tomado pelo próprio indivíduo, com intenção de morrer. É considerado um problema de saúde pública que pode se apresentar na prática clínica de qualquer profissional da saúde. Estimativas apontam que mais de 800 mil pessoas morrem por suicídio ao ano¹, sendo uma das principais causas de morte mundialmente. No Brasil, em 2022 ocorreram mais de 16 mil óbitos por suicídio, sendo que no ano anterior este número foi próximo de 14 mil². Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) mostraram que a morte por suicídio é mais prevalente em homens do que mulheres na

maior parte do mundo, além de ser a quarta principal causa de morte na população jovem adulto em estimativas com dados de 2000 a 2019³.

Em 2015 a Organização das Nações Unidas (ONU) lançou os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável⁴. Dentre os objetivos relacionados à saúde, encontra-se a redução das taxas de suicídio em um terço até 2030. Entretanto, um artigo publicado em 2017 demonstrou que a expectativa é de que apenas 3% dos países conseguirão atingir esta meta⁵. Devido a isso, ressalta-se a importância de ações e políticas públicas voltadas para a prevenção do suicídio.

No Brasil, a maior parte das medidas relacionadas à prevenção em saúde são feitas por

¹ Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento. Ribeirão Preto, (SP), Brasil

² Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, (SP) Brasil



médicos não psiquiatras e devem ser do conhecimento dos profissionais independente de sua área de atuação. Torna-se ainda mais importante que todos os médicos saibam investigar e manejar quadros de pensamentos de morte e ideação suicida quando observamos o contato com serviços de saúde nos meses anteriores ao suicídio. Cerca de 80% dos pacientes têm contato com a atenção primária à saúde nos doze meses que antecedem, e mais de 40% nos quatro meses anteriores. Essa taxa é consideravelmente superior se comparada ao contato com serviços de saúde mental: apenas cerca de 30% dos pacientes passaram em serviço especializado no ano anterior à tentativa de suicídio^{6,7}.

Dessa forma, é indispensável que o médico não psiquiatra saiba como identificar e manejar corretamente pacientes em risco de suicídio. Compreender as causas, conhecer os fatores de risco e fatores protetivos, além do manejo em cada situação, é indispensável para qualquer profissional.

EPIDEMIOLOGIA

Além dos já destacados dados de prevalência geral, existem outros aspectos epidemiológicos relacionados ao suicídio que são importantes para compreender o quadro. Cabe ressaltar que estes números possivelmente estão subestimados devido a subnotificação.

De modo geral, a morte por suicídio é mais comum entre homens do que entre mulheres, com dados mostrando uma diferença de até quatro vezes. Por outro lado, as tentativas de suicídio são mais comuns em mulheres. Tal fato se justifica pela escolha do método, que tende a ser mais letal dentre os homens^{8,9}.

Quanto à faixa etária, estes dados não são universalmente aplicáveis visto as diferenças populacionais entre cada entidade federativa. Estatísticas de 2018 da população brasileira demonstraram que o grupo mais afetado foi daqueles com idade entre 30 e 39 anos, contribuindo com cerca de 20% de todos os casos. Contando uma faixa etária entre 20 e 49 anos, temos quase 60% dos casos de morte por suicídio⁹. Já nos Estados Unidos (EUA) o grupo com

maior índice de morte por suicídio são de indivíduos com mais de 85 anos, correspondendo a 22,4% de todos os casos¹⁰.

Tratando-se dos métodos, também há diferença entre países quanto aos mais utilizados. No Brasil, a morte por enforcamento é a mais comum, seguida por intoxicação exógena. Já nos EUA a morte com uso de arma de fogo é a forma mais comum de suicídio^{8,10}.

Em uma publicação de 2016 de um estudo realizado em Ribeirão Preto com pacientes admitidos na Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), com amostra de 412 pacientes admitidos após tentativa de suicídio, constatou-se que no período de dois anos 4,7% destes foram à óbito por suicídio. Além disso, 9,3% dos pacientes tiveram uma nova tentativa de suicídio com necessidade de nova internação no HCFMRP-USP¹¹.

AVALIAÇÃO DE IDEAÇÃO SUICIDA

Para iniciar a avaliação de um paciente em risco de cometer suicídio, o primeiro passo é, naturalmente, questionar sobre a presença de tais pensamentos. Durante a anamnese, caso o paciente não traga espontaneamente, é essencial que o médico pergunte diretamente se o paciente está com pensamentos de morte e ideação suicida. Para todos os pacientes que apresentem sintomas relativos à saúde mental, esse questionamento deve ocorrer em algum momento da entrevista.

A avaliação deve ser feita em um ambiente privativo, confortável e que evite interrupções. É indicado iniciar a avaliação criando um vínculo com o paciente, por meio de coleta de dados demográficos e questões menos relacionadas ao suicídio, para após adentrar no tema. Ao questionar sobre pensamentos de morte, deve-se utilizar termos diretos e objetivos, ao mesmo tempo que faz as perguntas de forma interessada, acolhedora e sem julgamento. Alguns exemplos de perguntas-guia podem ser vistos no Quadro 1. Recomenda-se que se inicie com perguntas sobre pensamentos de morte ou vontade de morrer, e em caso afirmativo questionar mais especificamente sobre as ideias suicidas.

Quadro 1.

Exemplos de perguntas e formas de questionar sobre pensamentos de morte e ideação suicida.

- Não é incomum quando alguém está se sentindo dessa forma que tenha pensamentos de morte ou vontade de morrer. Tem acontecido com você?
- Você tem passado por coisas tão difíceis que, em alguns momentos, chega a pensar que seria melhor morrer?
- Diante dessa situação, você tem pensado em tirar a própria vida?
- Você já pensou ou está pensando em tentar suicídio?
- Tem algum plano de cometer suicídio? Já pensou em como faria?

Ao identificar a presença de pensamentos relacionados a morrer, deve-se prosseguir com uma avaliação detalhada da queixa. Até o momento, nenhum instrumento objetivo se mostrou suficientemente eficaz para a predição do risco suicida¹². Em diversas de suas publicações sobre risco suicida¹³, o psiquiatra Shawn Shea recomenda três partes dentro da avaliação: 1) levantar informações

sobre fatores de risco, sinais de alarme e fatores protetores; 2) esclarecer/clarificar os pensamentos de morte e a ideação suicida, planejamento, intenção, desejo; 3) atingir uma formulação de risco baseada nos dois primeiros itens.

A determinação dos fatores de risco e fatores protetores (Quadro 2) é primordial para cada caso^{11,12,14}. Apesar de um fator ou uma combinação de fatores não apresentarem sensibilidade ou especificidade suficientes para, isoladamente, determinar o risco suicida, a presença destes contribui para identificar pacientes com maior risco e, por consequência, guiar a conduta adotada.

Dessa forma, a entrevista para avaliação de risco suicida deve ser bem estruturada, explorando minuciosamente os fatores já citados para conduzir o caso da melhor forma. Especificações de alguns pontos imprescindíveis para determinar a conduta estão no Quadro 3, reforçando que estes devem ser detalhados conforme paciente se sentir confortável em falar sobre, e não somente respostas “sim ou não”.

Quadro 2.

Principais fatores de risco e fatores protetores para suicídio

FATORES DE RISCO	FATORES PROTETORES
Diagnóstico de algum transtorno mental	Vínculos afetivos consistentes
Tentativas de suicídio prévias	Vínculos espirituais (crenças/religião)
História familiar de suicídio	Bom envolvimento com a unidade de saúde
Condições médicas crônicas ou incapacitantes	Estrutura familiar adequada
Uso de substâncias psicoativas	
Exposição a situações de violência (física, psicológica ou sexual)	
Acessibilidade a meios potencialmente letais	
Vulnerabilidade socioeconômica	
Extremos de idade	

Quadro 3.

Especificações de roteiro de entrevista para investigação do risco de suicídio (adaptado de Del-Ben et al., 2017¹⁵)

Item avaliado	Especificações
Suporte social	Com quem mora? Bom relacionamento com familiares/pessoas de referência? É profissionalmente ativo? Qual ocupação? Se não, há quanto tempo inativo? Tem religião? Tem hábito de frequentar? Tem atividades sociais e de lazer?

(continua...)

Quadro 3.

(continuação)

Item avaliado	Especificações
Risco suicida atual	Questionar ativamente a presença ou ausência (perguntas guia no Quadro 2) Tem suporte social? Tem acesso a meios letais? Tem risco profissional (profissionais de saúde, policiais)? É receptivo a tratamento em saúde mental? Existe disponibilidade do tratamento indicado?
Caracterização da tentativa de suicídio (atual e prévias)	Método utilizado? Comunicou intenção suicida antes da tentativa? Tomou precauções para evitar que fosse impedido ou encontrado? Buscou ajuda ou apresenta arrependimento?

DEFINIÇÃO DO RISCO SUICIDA E MANEJO

Por fim, após ter feito a avaliação pormenorizada, é o momento de determinar o risco suicida, classificado em baixo, médio ou alto risco (Quadro 4). A partir disso, a conduta deve ser tomada de forma imediata e efetiva. O vínculo familiar e afetivo, com disponibilidade de estar com o paciente constantemente, é essencial para a possibilidade de acompanhamento extra-hospitalar.

Todo paciente que tenha apresentado ideação ou planejamento suicida deve ser encaminhado para avaliação por profissional de saúde mental, tanto casos com possibilidade de manejo ambulatorial quanto após a alta para os que necessitem de período de internação. Por outro lado, também é essencial que unida-

des de saúde de referência do paciente e com maior proximidade de onde o paciente mora, como Unidades de Saúde da Família (USF) e Unidades Básicas de Saúde (UBS) estejam envolvidas no cuidado longitudinal.

Todos os indivíduos que apresentarem pensamentos de morte e ideação suicida devem ser orientados sobre estratégias de enfrentamento caso tais intenções surjam novamente, criando-se um plano de segurança¹⁶. Isto pode englobar a definição de quem procurar ou para quem pedir ajuda (familiares, amigos ou profissionais), contato com profissional de referência, restrição do acesso a meios potencialmente letais, contato com linhas de apoio e prevenção de suicídio. Essas medidas já se mostraram potencialmente eficazes quando bem protocoladas e realizadas por profissionais treinados¹⁷.

Quadro 4.

Estratificação do grau de risco suicida e a conduta adequada

Estratificação	Características	Seguimento
Risco baixo	Ideação suicida sem planejamento ou baixa intencionalidade Paciente encontra alternativas para lidar com o sofrimento	Pode ser feito em cenário extra-hospitalar Deve-se garantir avaliação ambulatorial precoce e de urgência caso necessário Deve haver a garantia de bom suporte social
Risco médio	Planejamento suicida factível Projeta a ação com potencial suicida no futuro	Extra-hospitalar se suporte familiar adequado e constante nas 24 horas e desejo do paciente de ser tratado, com possibilidade de consultas frequentes Caso não se enquadre no descrito acima, a admissão hospitalar está indicada
Risco alto	Planejamento claro Projeta ação com potencial suicida em momento próximo	Admissão hospitalar

Tópicos-chave

- Suicídio é um problema de saúde pública e, com frequência, a primeira avaliação não é feita pelo psiquiatra
 - Questionar diretamente e com palavras claras (“desejo de se matar”, “suicídio”) é parte de uma boa avaliação
 - Sempre avaliar fatores de risco e fatores protetores
 - Estratificar o risco para definir a conduta
-

REFERÊNCIAS

1. Wang H, Naghavi M, Allen C, Barber RM, Carter A, Casey DC, et al. Global, regional, and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet*. 2016;388(10053).
2. Anuário de Segurança Pública, Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2023.
3. World Health Organization. *Suicide worldwide in 2019: Global Health Estimates*. World Health Organization, Geneva. 2019.
4. United Nations. *Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development*. New York; 2015.
5. Fullman N, Barber RM, Abajobir AA, Abate KH, Abbafati C, Abbas KM, et al. Measuring progress and projecting attainment on the basis of past trends of the health-related Sustainable Development Goals in 188 countries: an analysis from the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*. 2017 Sep;390(10100):1423–59.
6. Stene-Larsen K, Reneflot A. Contact with primary and mental health care prior to suicide: A systematic review of the literature from 2000 to 2017. Vol. 47, *Scandinavian Journal of Public Health*. 2019.
7. Walby FA, Myhre MØ, Kildahl AT. Contact with mental health services prior to suicide: A systematic review and meta-analysis. Vol. 69, *Psychiatric Services*. 2018.
8. Bonadiman CSC, Naghavi M, Melo APS. The burden of suicide in Brazil: findings from the Global Burden of Disease Study 2019. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2022;55 (suppl 1).
9. da Silva DA, Marcolan JF. Suicide Attempts and Suicide in Brazil: An Epidemiological Analysis. *Florence Nightingale J Nurs*. 2021 Sep 29;29(3):294–302.
10. Centers for Disease Control and Prevention. *Suicide Data and Statistics*. <https://www.cdc.gov/suicide/suicide-data-statistics.html>.
11. Ferreira AD, Sponholz A, Mantovani C, Pazin-Filho A, Passos ADC, Botega NJ, et al. Clinical Features, Psychiatric Assessment, and Longitudinal Outcome of Suicide Attempts Admitted to a Tertiary Emergency Hospital. *Archives of Suicide Research*. 2016 Apr 2;20(2):191–204.
12. Franklin JC, Ribeiro JD, Fox KR, Bentley KH, Kleiman EM, Huang X, et al. Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychol Bull*. 2017;143(2):187–232.
13. Shea SC. The interpersonal art of suicide assessment: interviewing techniques for uncovering suicidal intent, ideation and actions. In: Simon RI, Hales RE, editors. *The American psychiatric publishing textbook of suicide assessment and management*. 2nd ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2012. p. 29–56.
14. Brown GK, Beck AT, Steer RA, Grisham JR. Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: A 20-year prospective study. *J Consult Clin Psychol*. 2000;68(3):371–7.
15. Del-Ben CM, Sponholz-Junior A, Mantovani C, Faleiros MC de M, Oliveira GEC de, Guapo VG, Marques JM de A. Emergências psiquiátricas: manejo de agitação psicomotora e avaliação de risco suicida. *Medicina (Ribeirão Preto) [Internet]*. 4 de fevereiro de 2017;50(supl.1):98–112. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/127543>
16. Baldaçara L, Rocha GA, Leite V da S, Porto DM, Grudtner RR, Diaz AP, et al. Brazilian Psychiatric Association guidelines for the management of suicidal behavior. Part 1. Risk factors, protective factors, and assessment. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 2021 Oct;43(5):525–37.
17. Baldaçara L, Weber CAT, Gorender M, Grudtner RR, Peu S, Teles ALS, et al. Brazilian Psychiatric Association guidelines for the management of suicidal behavior. Part 3. Suicide prevention hotlines. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 2023;

Autor Correspondente:
Raphael Antônio Medeiros de Castro
raphael.antonio.castro@usp.br

Editor:
Prof. Dr. Paulo Henrique Manso

Recebido: 28/01/2024
Aprovado: 07/05/2024
