

# COMPORTAMENTOS AUTOLESIVOS E IDEAÇÃO SUICIDA NOS JOVENS

Gabriela Tenreiro Cardoso \*

I \_\_\_\_\_

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Portugal

\* Aluna de Mestrado Integrado em Medicina na Faculdade de Medicina da Universidade de  
Coimbra

Endereço da autora (email): [gabriela.cardoso@live.com.pt](mailto:gabriela.cardoso@live.com.pt)

“Onde há vontade, não falta caminho”

J. R. R. TOLKIEN

## RESUMO

**Introdução** Os comportamentos autolesivos e suicidários constituem atualmente um incontornável problema de saúde pública, sendo o suicídio uma das principais causas de morte na adolescência. Estes são fenómenos complexos que não dependem de uma única causa, mas sim o resultado final de múltiplas interações entre fatores genéticos, biológicos, psiquiátricos, psicológicos, sociais e culturais. **Objetivos** Este trabalho de revisão da literatura tem como objetivo a análise, bem como a síntese da informação publicada mais relevante sobre os comportamentos suicidas na adolescência. **Materiais e Métodos** Pesquisa de artigos científicos em língua Inglesa e Portuguesa nos motores de busca Pubmed, Medline e Google Académico, assim como a consulta de livros de texto. **Desenvolvimento** Este trabalho inclui uma revisão das tendências suicidas nos adolescentes, abordando-se os seguintes pontos: definições e conceitos, epidemiologia, fatores etiológicos, fatores de risco e de proteção, avaliação clínica, tratamento e prevenção. Os comportamentos autolesivos serão igualmente abordados, porém o maior foco será nas tentativas e no suicídio consumado. **Conclusão** Os médicos de Medicina Geral e Familiar têm um papel central na pesquisa de perturbações mentais e outros fatores psicossociais causadores de stress nos adolescentes. Uma identificação e conseqüente tratamento precoce podem contribuir para a prevenção de futuros atos suicidas. Apesar da vasta informação já existente em relação a estes comportamentos, existem ainda diversos aspetos que necessitam de investigação adicional. A elaboração de iniciativas eficazes de prevenção destinadas aos jovens é uma necessidade primordial, tal como a preservação da saúde da família.

**Palavras-chave:** suicídio, adolescência, comportamentos suicidários, comportamentos autolesivos, epidemiologia, fatores de risco, tratamento, prevenção.

## ABSTRACT

**Introduction** Non-suicidal self-injury and suicidal behaviors are currently an unavoidable public health problem, the suicide being one of the main causes of death during the adolescence. These are complex phenomena which do not depend of a single cause, but rather the final result of multiple interactions between genetic, biologic, psychiatric, psychological, social and cultural factors. **Objectives** This work of literature review aims the analysis and a brief summary of the most relevant information published about suicidal behaviors during the adolescence. **Materials and methods:** Research of scientific articles in English and Portuguese through Pubmed and Medline's search engines, as well as the consultation of text books. **Discussion** This work includes a review of suicidality in adolescents, focusing on the following aspects: concepts and definitions, epidemiology, etiological features, risk factors, clinical assessment, treatment and prevention. Non-suicidal self-injury will also be addressed, but the major focus will be on attempted and completed suicide. **Conclusion** The general practitioners play a central role in the search of the mental disorders and other psychosocial factors that cause stress in adolescents. An early identification and treatment can contribute to the prevention of further acts of suicide. Despite the already existing information about these behaviors, there are still many different aspects that need further research. The elaboration of effective initiatives for prevention for young people is an urgent necessity, such as the preservation of family health.

**Keywords:** suicide, adolescents, suicidal behaviors, non-suicidal self-injury, epidemiology, risk factors, treatment, prevention.

## ÍNDICE DE ABREVIATURAS

CAL – Comportamentos Autolesivos

PNPS – Plano Nacional de Prevenção do Suicídio

DSM-5 – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5

NSSI – Comportamentos Autolesivos sem Intenção Suicida

OMS – Organização Mundial de Saúde

ISRS – Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina

5HIAA – Acido 5-hidroxiindolacético

LCR – Líquido Cefalorraquidiano

VIH/SIDA – Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência

Adquirida

LGBTI – Lésbicas, gays, bissexuais, transsexuais e intersexo

## ÍNDICE

Resumo	III
Abstract	IV
Índice de abreviaturas	V
Índice	VI
Introdução	1
Objetivo do trabalho	4
Material e métodos	4
Adolescência	5
Conceitos e definições	7
Epidemiologia	13
Fatores de risco	20
1. Fatores individuais	21
2. Fatores de adversidade familiar	28
3. Acontecimentos adversos de vida	31
4. Fatores socioculturais	35
Fatores protetores	37
Avaliação clínica	39
Tratamento	455
Prevenção	499
Conclusão	522
Referências bibliográficas	555

## Introdução

Os comportamentos autolesivos e o suicídio são um incontornável problema de Saúde Pública a nível mundial.

O suicídio é uma das principais causas de morte a nível mundial, sendo a 2ª causa de morte mais comum em indivíduos dos 15 aos 29 anos de idade.<sup>1</sup> A tragédia deste comportamento suicidário em adolescentes é um fenómeno global que merece a atenção de todos os pediatras e médicos de família.<sup>2</sup>

A adolescência é uma fase muito peculiar do desenvolvimento humano em que marca a transição entre a infância e a fase adulta. É caracterizada por diversas alterações em distintos níveis, tanto físico como mental e social, com conseqüente aquisição de características e competências que o capacitem para assumir os deveres do adulto e se integrar na sociedade. É nesta fase que o jovem começa a desenvolver um pensamento mais elaborado, questionando-se sobre si próprio e sobre o que o rodeia.<sup>3</sup> É portanto um período particularmente vulnerável, no qual existe uma potencialidade acentuada de mudança, mas também de desequilíbrio, em que os comportamentos suicidários atingem proporções alarmantes.

O suicídio e os comportamentos autolesivos são fenómenos que não dependem de uma única causa, mas sim o resultado final de complexas interações entre fatores genéticos, biológicos, psicológicos, sociais e culturais. Por isso mesmo, não são atos que possam ser analisados isoladamente. São uma estratégia desesperada de libertação que ocorre quando já foram utilizadas todas as estratégias por si conhecidas para comunicar a tristeza e desalento sentidos.<sup>3</sup>

Será assim difícil obter uma simples resposta à pergunta ‘Porquê?’. ‘Porque é que uma pessoa deseja pôr fim à sua vida?’. Foram formulados 4 grandes temas que definem o suicídio em termos de motivação ou significado:<sup>4</sup>

1. O suicídio como luta, no sentido de agressão, raiva, angústia, rejeição.
2. O suicídio como fuga, no sentido de escape, salvação, adormecimento, renascimento, reunião, desejo de morrer.
3. O suicídio como medo, no sentido da solidão dolorosa, isolamento, abandono, desesperança, ansiedade, confusão, pânico, dor psíquica.
4. O suicídio como peso, entendido como marca na história de uma família, com ódio familiar, memória genética ou familiar.

Em qualquer das situações há características em comum com os indivíduos suicidários, em que o drama psíquico intenso em que se encontram é resultante de uma dor psicológica intolerável<sup>5</sup> e que, face a fatores internos ou externos que afetem o indivíduo, estes considerem que o desejo de pôr fim à sua vida seja a única solução viável para pôr fim ao seu sofrimento intrínseco. Há que ter em conta que o indivíduo suicidário está quase sempre num estado de rigidez do pensamento e estreitamento do campo cognitivo em que a sua lógica e a sua perceção estão afetadas.<sup>4</sup> Dado este estado emocional de constrição, o sujeito não consegue lidar adequadamente com a situação existencial, pelo que recorre a outras maneiras de lidar com a dor psíquica.

Há um grande estigma e preconceito em volta deste tema, o que torna bastante difícil o estudo e avaliação adequado sobre a ideação suicida e os comportamentos. É necessário tentar quebrar este estigma. Apenas uma pequena percentagem destes jovens que têm comportamentos autolesivos se dirigem ao hospital, o que quer dizer que estes atos são largamente escondidos e encobertos na comunidade.<sup>6</sup> É imperativo tentar alcançar estes jovens que poderão pôr a sua vida em risco. Haverá fatores de risco em comum entre estes adolescentes? Serão estes comportamentos uma chamada de atenção para a comunidade?



Infelizmente não há exames auxiliares de diagnóstico ou testes preditivos que antevêm quem poderá vir a adotar estes comportamentos. Porém, há que realçar que cerca de 45% dos indivíduos que morrem por suicídio consultaram um médico de cuidados de saúde primária até um mês antes da sua morte, ainda que a documentação de indagação por parte do médico ou que tenha havido revelação por parte do doente seja rara.<sup>7</sup>

Assim, o objetivo deste trabalho é então tentar reconhecer atempadamente os indivíduos suscetíveis a tais comportamentos de risco atempadamente e tentar auxiliar o médico de família, em ambulatório e médicos hospitalares na identificação e avaliação destes jovens, assim como a conduta e o acompanhamento que estes devem ter na prestação de cuidados.

## **Objetivo do trabalho**

Este trabalho pretende sistematizar e descrever os dados mais relevantes existentes na literatura atual em relação aos comportamentos autolesivos e ao suicídio na adolescência. Através da adição deste artigo de revisão à literatura atual, procura-se contribuir para melhor compreensão por parte de médicos assim como na população em geral destes fenómenos autodestruidores nos jovens. Pretende-se, igualmente, alertar todos os profissionais de saúde para esta problemática, de forma a identificar fatores de risco nos adolescentes, e, conseqüentemente prevenir este problema de saúde pública.

## **Material e Métodos**

Para a realização deste trabalho foi realizada uma pesquisa intensiva na literatura mais recente ao longo de setembro a dezembro de 2015 na base de dados Medline com o interface de pesquisa PubMed, Medline e Google Académico, assim como foram consultados livros de texto.

Os termos de pesquisa utilizados foram variantes de ‘suicídio’, ‘comportamentos autolesivos’ e ‘jovens’, que incluíram: ‘suicide’, ‘suicide ideation’, ‘suicidal behaviour’, ‘self-harm’, ‘self-injurious thoughts and behaviours’, ‘non-suicidal self-injury’, ‘adolescents’, ‘adolescence’, e ‘youth’.

A pesquisa foi restringida a artigos escritos em língua portuguesa ou inglesa. Embora não se tenha estabelecido limite temporal, foi dada preferência aos artigos publicados na última década, sendo os principais critérios de seleção a atualidade e a relevância da informação.

## **Adolescência**

A adolescência é uma longa fase da vida humana onde ocorre a transformação da criança num adulto. É um período da vida que tem início na puberdade, com o aparecimento de alterações biológicas que principiam a maturação, onde é esperado o ganho de um sistema de valores com conseqüente aquisição de características e competências que o capacitem para assumir os deveres do adulto e se integrar na sociedade.

A adolescência poderá ser definida em três fases: a primeira fase, dos 12 aos 15 anos, é a pré-adolescência onde ocorrem mudanças físicas com sentimentos de solidão e um certo isolamento; a segunda fase, dos 15 aos 18 anos, é a adolescência propriamente dita, onde há maior determinação e formação de valores; e, por fim, a fase final da adolescência ou a fase pós-adolescência, dos 18 aos 21 anos, onde há a formação final da identidade do jovem. Assim, a adolescência inicia-se com as mudanças físicas e de temperamento e termina com a formação de valores e da identidade.

Com todas estas mudanças ao nível do pensamento, o adolescente desenvolve novas necessidades face aos papéis desempenhados pelos vários elementos da família, sendo inevitável uma mudança na estrutura familiar.<sup>3</sup> No caminho surgem naturalmente conflitos, desentendimentos e mal-entendidos, particularmente no seio familiar, o que pode gerar angústia, dor e ressentimento.

É normal em algum momento da adolescência que a pessoa tenha de vir a tomar decisões fulcrais que irão afetar toda a sua vida futura, o que poderá levar a situações de stress e tensão. É nesta fase que os jovens começam a desenvolver um pensamento mais elaborado, onde pensam bastante no sentido da vida, e, conseqüentemente na morte, e aquilo que vivenciam tende a ser sentido intensamente, sendo um período particularmente vulnerável, no qual existe uma potencialidade acentuada de mudança mas também de desequilíbrio.

É um período associado ao neurodesenvolvimento que atribui uma vulnerabilidade particular com risco acrescido de perturbações emocionais e comportamentos de risco, tais como o consumo de álcool e drogas, relações sexuais não protegidas, entre outros. Esta vulnerabilidade pode ser associada a desenvolvimentos específicos em regiões corticais na puberdade.<sup>6</sup> Estes podem igualmente ser mais suscetíveis a estímulos sociais negativos, tais como o ostracismo e as elevadas expectativas dos outros.<sup>6</sup>

## Conceitos e definições

A definição de ‘suicídio’ é inerentemente mais complexa que simplesmente as palavras ‘matar-se a si próprio’. Embora seja questionável que algum dia se consigam definir critérios inequívocos universalmente aceites para caracterizar de forma abrangente os comportamentos suicidas (e, em geral, estabelecer firmemente a intenção por trás deles), seria altamente desejável que o conjunto de definições e a terminologia associada fossem explícitos e generalizáveis para maior clareza científica.<sup>8</sup>

Existe na comunidade científica um debate aceso acerca da nomenclatura (conceitos básicos, terminologia e definição) a usar, relativamente a este tipo de comportamentos. Observa-se que diferentes grupos de trabalho utilizam diferentes nomenclaturas, tendo estas discrepâncias implicações marcadas na compreensão e comparação de dados epidemiológicos, clínicos e mesmo ao nível da prevenção.<sup>9</sup> Este problema é, por si, complexo na língua inglesa, mas torna-se ainda mais complicado quando se tenta escolher o termo a utilizar na língua portuguesa.<sup>9</sup>

Uma grande parte da dificuldade em definir o comportamento suicida vem do amplo espectro de resultados em que este termo é atualmente utilizado. Diversos termos associados ao suicídio têm sido erroneamente utilizados pela comunidade científica, o que tem levado a manifestos obstáculos no avanço do conhecimento nesta área.<sup>8</sup>

De modo a poder elaborar-se um plano adequado à prevenção de determinados comportamentos é necessário antes de mais, compreendê-los, tentando defini-los.

**Suicídio** ou autocídio tem origem do latim *sui* (se si) ou do grego *autos* (próprio) e do latim *caedere* (matar) designando a morte de si ou do próprio.

Émile Durkheim, sociólogo, definiu o suicídio como ‘a morte que resulta direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo cometido pelo próprio indivíduo, conhecendo este o seu efeito letal’. Para Shneidman, o pai da suicidologia contemporânea, o suicídio é o

‘ato consciente de autoaniquilação induzida, mais bem compreendido como uma doença multidimensional num indivíduo carente que entende o suicídio como a solução de um problema’.

Assim podemos designar o suicídio como ‘o ato com desfecho fatal, em que o falecido, sabendo ou esperando um desfecho potencialmente fatal, o iniciou e concretizou com a finalidade de provocar as mudanças por ele pretendidas’,<sup>8</sup> ou seja, a palavra suicídio encaminha para o sentido de **morte intencional autoinfligida** em que a pessoa, por desejo de fugir de uma situação de enorme sofrimento, decide pôr termo à sua própria vida.

No entanto, os comportamentos suicidários não se limitam à morte por suicídio, abrangendo um alargado espectro de comportamentos que variam na potencialidade da morte iminente, podendo aproximar-se ou afastar-se desta.

Existem diferentes formas do sujeito causar lesões a si próprio, e de acordo com a literatura específica da suicidologia, a nomenclatura atualmente aceite dos **comportamentos suicidários** compreende 3 conceitos: o suicídio consumado, a tentativa de suicídio e a ideação suicida.<sup>10</sup>

A ideação suicida é caracterizada por pensamentos ou ideias acerca do suicídio e/ou planeamento da própria morte; a tentativa de suicídio refere-se a um ato levado a cabo com o intuito efetivo de pôr termo à vida mas que, por razões diversas, geralmente alheias ao indivíduo, resulta frustrado;<sup>9</sup> e o suicídio consumado é, então, o ato anteriormente descrito levado a cabo que culminou com a morte do sujeito.

Estes conceitos podem ou não estar relacionados entre si, dependendo dos casos, não existindo necessariamente uma progressão linear entre eles. Assim, apesar dos pensamentos passivos de morte e suicídio consumado representarem extremos do espectro de risco, sabe-se que estes podem funcionar como uma escala sequencial e progressiva, com repetição de atos ou ocorrências cada vez mais graves que se sucedem no tempo.<sup>11</sup>

Por outro lado, e em contraste com os comportamentos suicidários, temos de considerar ‘os atos que são como o suicídio, porém são outra coisa que não o suicídio’ ao diferirem na intenção de morte, surgindo assim os **comportamentos autolesivos (CAL)**. Apesar de existirem algumas divergências na comunidade científica relativas à definição dos CAL, sobretudo no que diz respeito à sua intencionalidade suicidária, distinguem-se na literatura anglo-saxónica 2 grandes grupos: deliberate self-harm e non suicidal self injury, em que o primeiro inclui qualquer método de autolesão não diferenciando a intencionalidade de morte, enquanto o segundo se refere apenas à destruição do tecido corporal do próprio na ausência de intencionalidade de morrer.

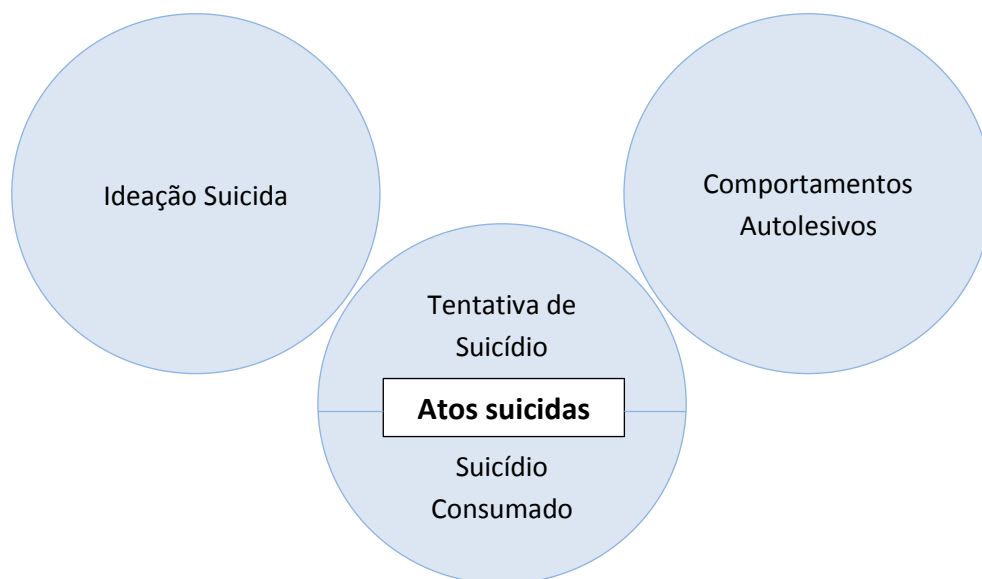
Em estudos relativamente recentes verificou-se que ambos tinham prevalências semelhantes, o que sugeriu que os fenómenos medidos estivessem altamente associados.<sup>9</sup> Tendo este facto em conta, em Portugal, o grupo de trabalho responsável pelo Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (PNPS) 2013-2017, com o objetivo de uniformizar a nomenclatura, optou pela seguinte terminologia:<sup>12</sup>

**Comportamentos autolesivos (sem intenção suicida):** Comportamento sem intencionalidade suicida, mas envolvendo atos autolesivos intencionais, como, por exemplo: cortar-se ou saltar de um local relativamente elevado; ingerir fármacos em doses superiores às posologias terapêuticas reconhecidas; ingerir uma droga ilícita ou substância psicoativa com propósito declaradamente autoagressivo; ingerir uma substância ou objeto não ingeríveis (p. ex. lixívia, detergente, lâminas ou pregos);

**Ideação suicida:** pensamentos e cognições sobre acabar com a própria vida (...) que podem apresentar-se sob forma de desejos e/ou plano para cometer suicídio, sem que haja necessariamente passagem ao ato;

**Atos suicidas:** tentativas de suicídio e suicídio consumado.

Foi igualmente elaborada uma representação gráfica da nomenclatura proposta pelo PNPS 2013-2017 por uma comissão de peritos em suicidologia (Figura 1).<sup>13</sup>



**Figura 1:** Representação gráfica da nomenclatura proposta pelo PNPS 2013-2017<sup>13</sup>

Estes comportamentos autolesivos tendem a ter características sociais, demográficas e clínicas bastante distintas dos comportamentos suicidários, o que levou à introdução desta nova entidade nosológica no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5* (DSM-V) tendo a designação de *Non Suicidal Self-Injury* (NSSI – comportamentos autolesivos sem intenção suicida). Este termo veio substituir o termo ‘parassuicídio’ inicialmente introduzido na década de 60, que designava estes comportamentos como ‘análogo comportamental do suicídio, não considerando, propositadamente, a orientação psicológica para a morte como essencial à definição’.<sup>13</sup>

Os NSSI são definidos como lesões autoinfligidas intencionalmente propensas a induzir hemorragias, hematomas ou dor, ocorridas em pelo menos cinco dias do último ano na ausência de intenção suicida, tendo sido realizados com a expectativa de induzir



tranquilidade, criando conseqüentemente um estado positivo, e/ou resolver uma dificuldade interpessoal.<sup>14</sup> O critério de diagnóstico para “Distúrbio do Comportamento Suicida” do DSM-V é definido como, pelo menos, uma tentativa de suicídio dentro dos últimos 12 meses com a expectativa de que o conjunto de ações irá levar à sua própria morte.<sup>14</sup> Entre os atos considerados como autolesão estão: automutilação por corte, arranhões ou queimaduras, morder-se, asfixiar-se, arrancar os cabelos, evitar a cicatrização de feridas e agredir-se a si próprio ou contra superfícies duras.<sup>15</sup>

Apesar de tanto os atos suicida como os comportamentos autolesivos envolverem dano tecidual deliberado, estes comportamentos são fenomenologicamente distintos,<sup>16</sup> sendo a principal distinção entre elas a intenção suicida, tal como já referido.

Diversos estudos relataram diversas diferenças entre tentativas de suicídio e os comportamentos autolesivos em relação à letalidade, cronicidade, métodos e cognições,<sup>14</sup> em que as tentativas de suicídio tendem a ocorrer com pouca frequência, através de um único método e com a capacidade de criar lesões de elevada letalidade, enquanto os comportamentos autolesivos tendem a ocorrer cronicamente, com alta frequência, através de vários métodos porém com lesões com baixa letalidade. Além disso, estes tendem a começar no início da adolescência entre os 12 aos 14 anos, enquanto as tentativas de suicídio surgem mais tarde na adolescência entre os 14 aos 16 anos.<sup>14</sup>

Apesar das diversas diferenças, um número significativo de indivíduos relatam uma história de ambos os comportamentos. Cerca de 70% dos adolescentes com comportamentos autolesivos repetitivos já realizaram, pelo menos uma vez ao longo da sua vida, uma tentativa de suicídio.<sup>14</sup> Além disso, a ocorrência de pensamentos e atos autolesivos não está limitada apenas a si, mas frequentemente associa-se a ideação suicida. Por outro lado, 77% dos adolescentes com tentativas de suicídio apresentam igualmente história de comportamentos

autolesivos,<sup>14</sup> o que levou à conclusão que estes comportamentos autolesivos seriam um fator de risco para futuros comportamentos suicidários.

O suicídio e os comportamentos autolesivos estão indissociavelmente relacionados, sendo difícil abordar separadamente os temas. Importa realçar que o suicídio na adolescência parece ser apenas a ponta visível do iceberg; muitas vezes encobertos, mas muitíssimo mais prevalentes, encontramos os comportamentos autolesivos.<sup>9</sup>

## Epidemiologia

O suicídio afeta todo o mundo sem distinção. Uma vez que o suicídio é um tema sensível, as suas taxas variam de país para país dependendo de diversos fatores, incluindo o *status* económico nacional, diferenças culturais e os métodos de registo, pelo que é provável que as taxas de suicídio sejam subnotificadas.<sup>1</sup> De notar que cerca de 10% dos óbitos a nível nacional são considerados como “mortes de causa indeterminada”<sup>13</sup> e que não se consegue excluir com toda a certeza se poderá estar por detrás uma morte por suicídio.

O suicídio é um problema de saúde pública, especialmente na Europa, onde são encontrados os maiores índices de suicídio no mundo.

Estima-se que 2 milhões de pessoas morrem a cada ano como resultado de homicídio ou suicídio. Das cerca de 800 000 pessoas que morrem por suicídio anualmente, aproximadamente 200 000 são adolescentes ou jovens adultos.<sup>2</sup> As taxas de suicídio aumentaram 60% nos últimos 45 anos,<sup>17</sup> em que por cada adulto com suicídio consumado 20 ou mais cometem tentativa de suicídio.

De 4 milhões de tentativas de suicídio em todo o mundo a cada ano, 90 000 ocorrem em indivíduos com idades compreendidas entre 10 a 19 anos, o que resulta num suicídio bem-sucedido a cada 5 minutos.<sup>18</sup>

O suicídio está constantemente entre as principais causas de morte em adolescentes e as taxas estão a aumentar mais rapidamente entre os jovens do que em qualquer outra faixa etária. A nível mundial, o suicídio apresenta uma taxa de mortalidade global de 16 por 100.000 habitantes, constituindo a 13ª causa de morte à escala mundial; a 3ª causa de morte no grupo etário dos 15 aos 34 anos e a 2ª causa de morte nos jovens dos 15 aos 19 anos,<sup>12</sup> após os acidentes de viação. Por outro lado, as tentativas de suicídio apresentam a 6ª causa de défice funcional permanente.<sup>12,17</sup>

Em geral, as taxas são mais elevadas na Europa do Leste e mais baixas na América Central e do Norte; na Europa Ocidental e na Ásia; os Estados Unidos da América encontram-se com taxas intermédias.<sup>19</sup> De acordo com dados da OMS em 2002 (Tabela 1), o suicídio nas idades compreendidas entre os 15 e os 24 anos é particularmente elevado em países de leste, como a Rússia com cerca de 33 suicídios por 100.000 habitantes/ano, enquanto Portugal aparece com uma das taxas mais baixas: 2,4 por 100.000 habitantes/ano,<sup>20</sup> sendo bastante incomum ocorrer antes dos 15 anos de idade.<sup>6,20</sup> Estes países de leste têm taxas cerca de 15 vezes mais elevadas do que as observadas para os países da Europa Ocidental. Acredita-se que o meio cultural influencie imensamente nas taxas de suicídio: altos níveis de coesão social e familiar apontam para uma redução destas tendências.

País	Ano	5 – 14 anos			15 – 24 anos		
		M	F	Global	M	F	Global
Rússia	2002	3,8	1,0	2,4	56,9	9,2	33,4
Lituânia	2002	1,6	0,4	1,1	59,4	5,9	33,1
Nova Zelândia	2000	1,0	0,3	0,7	30,4	5,7	18,2
Irlanda	2000	0,3	0,0	0,2	25,3	6,5	16,1
Noruega	2001	0,0	0,0	0,0	22,1	7,6	15,0
Canadá	2000	1,4	0,9	1,1	20,2	5,5	13,0
Suíça	2000	0,9	0,2	0,6	18,5	4,9	11,8
Japão	2000	0,9	0,3	0,6	15,8	6,9	11,5
EUA	2000	1,2	0,3	0,7	17,0	3,0	10,2
França	1999	0,5	0,2	0,4	12,3	3,4	7,9
Alemanha	2001	0,8	0,3	0,5	12,4	2,7	7,7
China (áreas selecionadas)	1999	0,9	0,8	0,8	5,4	8,6	6,9
Inglaterra	1999	0,1	0,0	0,1	10,6	2,5	6,7
Argentina	1996	0,4	0,3	0,3	8,8	3,4	6,1
Espanha	2000	0,3	0,2	0,2	7,7	1,5	4,7
México	1995	0,5	0,3	0,4	7,6	2,0	4,7
Itália	2000	0,3	0,1	0,2	6,7	1,6	4,2
<b>Portugal</b>	2000	0,0	0,0	<b>0,0</b>	3,7	1,0	<b>2,4</b>

**Tabela 1** – Taxas de suicídio por sexo e idade em países selecionados (Fonte – OMS, adaptado de Bridge et al., 2006<sup>20</sup>)

Apesar das taxas de suicídio nos jovens em Portugal não serem muito expressivas, há que estar alerta para a fragilidade dos dados,<sup>13</sup> pelos motivos já descritos.

Desde o início do século XX que a taxa de suicídios nos jovens tem aumentado consistentemente, até que na década de 90 se verificou um declínio significativo em diversos países.<sup>20</sup>

Possíveis explicações para este declínio poderão estar correlacionadas com a implementação de leis mais restritivas para a posse de armas, em países como os Estados Unidos da América e na Austrália,<sup>20</sup> assim como a emissão de alertas para a restrição do uso de pesticidas.

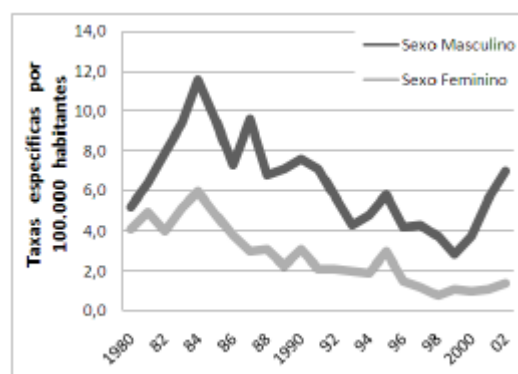
Outra possível explicação, também esta controversa, terá sido o aumento da prescrição

de antidepressivos nos adolescentes, especialmente os inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS), que foram introduzidos na década de 80.<sup>20,21</sup>

Na figura 2 pode-se observar a evolução do suicídio nas idades compreendidas entre os 15 aos 24 anos em Portugal,<sup>21</sup> em que se verifica uma importante descida das taxas entre os anos 88 a 2000.

Em relação à análise geográfica a nível nacional é notável o contraste entre a região Norte/Sul, em que cerca de 75% dos suicídios ocorrem no Sul.<sup>13</sup> O Norte regista taxas de suicídio globais anuais bastante baixas comparativamente às escalas mundiais (cerca de 4 por 100.000 habitantes), enquanto o Sul atinge valores sobreponíveis a países com as taxas mais elevadas (cerca de 25 por 100.000 habitantes), particularmente no Alentejo.<sup>13</sup> A incidência do suicídio é particularmente elevada em pessoas aposentadas, desempregadas, divorciadas, sem filhos, em zonas urbanas e que vivem sozinhas.<sup>4</sup> O que se verifica especificamente no Alentejo é que são zonas rurais, com população envelhecida, em que os habitantes estão muito dispersos, o que significa que existe uma grande solidão e isolamento, para além do estado de pobreza, também pela crise em que nos encontramos.

As taxas de suicídio vão aumentando consistentemente desde a infância para a adolescência, sendo bastante mais frequente após a puberdade, e o facto é que o suicídio é



**Figura 2** – Evolução do suicídio em Portugal para a faixa etária dos 15-24 anos.

bastante infrequente antes dos 15 anos de idade.<sup>6</sup> Este facto dever-se-á à maior prevalência de psicopatologia nos adolescentes em relação às crianças, particularmente quanto a distúrbios do humor e abuso de substâncias<sup>20</sup> e igualmente pelo facto de serem cognitivamente mais capazes de planear e efetuar o suicídio. Pela mesma razão, adolescentes cognitivamente precoces estão sobre-representados nas vítimas suicidas mais novas.<sup>20</sup>

Adolescentes do sexo masculino são mais propensos a morrer por suicídio do que as suas colegas do sexo feminino,<sup>1,2,4,6-8,11-13,16-21</sup> sendo a incidência de suicídio em adolescentes do sexo masculino com idade entre 15-19 anos 2 a 6 vezes superior do que em adolescentes do sexo feminino da mesma idade.<sup>6</sup> Em contraste, a ideação suicida e as tentativas de suicídio são bastante mais altas no sexo feminino do que no sexo masculino após a puberdade.<sup>1</sup>

Esta diferença no género e sexo, em relação ao índice de morte deve-se ao facto de os rapazes apresentarem com maior probabilidade múltiplos fatores de risco, tais como a coexistência de perturbações do humor e abuso de substâncias psicoativas, um nível superior de agressividade e pelo facto de optarem por métodos de suicídio bastante mais agressivos que no sexo feminino,<sup>20</sup> nomeadamente armas de fogo ou enforcamento ao invés de meios menos letais como a toma de remédios ou venenos.<sup>1</sup>

A exceção a este facto é a China (Tabela 1), em que as jovens alcançam uma mortalidade superior aos rapazes, especialmente nas áreas rurais onde se encontram inseticidas altamente letais e o acesso a estabelecimentos de saúde é difícil.<sup>1</sup>

A ingestão de pesticidas, o enforcamento e as armas de fogo estão entre os métodos mais comuns de suicídio a nível mundial, mas muitos outros métodos são utilizados, em que a escolha varia de acordo com o grupo populacional.<sup>1</sup> Em Portugal há uma clara eleição pela asfixia por enforcamento, estrangulamento e sufocação como principal método de suicídio em ambos os sexos, seguida pela intoxicação por pesticidas.<sup>13</sup> O terceiro método mais utilizado pelas mulheres é a asfixia por afogamento, enquanto o dos homens são as armas de fogo.<sup>13</sup>

Outro método relativamente frequente é a precipitação no vazio, sendo este mais comum no sexo feminino.

A incidência da ideação suicida atinge um pico na adolescência e nos jovens adultos, sendo a prevalência ao longo da vida de ideação suicida de cerca de 30%, variando a gravidade desde pensamentos sobre a morte à ideação suicida com intenção clara ou com planos específicos de morte.

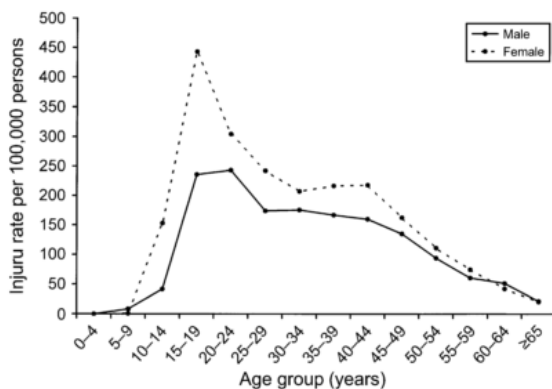
O número de entradas no Serviço de Urgência por tentativas de suicídio é cerca de 176.000 a 200.000 por ano, em que cerca de 12% são referentes à faixa etária dos 15 aos 19 anos.<sup>22</sup> Cerca de um terço dos adolescentes com ideação suicida tentarão o suicídio no período de um ano.<sup>7</sup>

Em relação aos comportamentos autolesivos sem intenção suicida, estes são raros antes dos 12 anos de idade, porém aumentam rapidamente ao longo da adolescência, especialmente entre o sexo feminino<sup>23</sup>. Dados de amostras comunitárias apontam para que 10% dos adolescentes apresente NSSI pelo menos uma vez ao longo da vida, sendo bastante mais frequente em raparigas:<sup>9</sup> aproximadamente 5 a 6 vezes mais comum em comparação ao sexo masculino.<sup>6</sup> É possível que o sexo feminino seja mais vulnerável a estes comportamentos devido ao facto de as raparigas viverem sentimentos e emoções mais fortes, devido aos diferentes papéis que desempenham na sociedade e às suas diferentes formas de resolução de problema.<sup>24</sup>

A automutilação por cortes é o método mais comum de autolesão,<sup>6</sup> através de facas, lâminas, tesouras, vidros ou outros materiais abrasivos, em que o pulso, antebraço, zona abdominal ou os membros inferiores são as zonas de eleição pelo facto de as feridas frequentemente ficarem escondidas ou menos expostas. Outras vezes, a pele é severamente agredida através de queimaduras, com ferro quente, cigarros, isqueiros e, em casos mais extremos, até com detergentes ou outros químicos irritantes.<sup>11</sup> Outros métodos menos comuns

são a precipitação de alturas e a intoxicação, método este o que mais leva, de longe, estes adolescentes aos serviços de urgência.<sup>6</sup> O indivíduo que se automutila difere, de alguma forma, daquele que se envenena; na forma em que haverá uma intenção suicida superior nestes últimos, enquanto o auto-corte estará mais relacionado com a autopunição e o alívio da tensão mental.<sup>6</sup> Existe assim uma intenção de o indivíduo se magoar a si mesmo de forma a substituir ou a cessar a dor psicológica sentida como intolerável por uma dor física, localizável e palpável.<sup>11</sup>

O início das autolesões está relacionado com a fase pubertária, especialmente com a puberdade tardia ou puberdade completa, ao invés da idade cronológica.<sup>6</sup> A **figura 3** mostra a evolução dos comportamentos autolesivos sem intenção suicida nos EUA em 2006, por sexo e faixa etária.<sup>19</sup>



**Figura 3** – Evolução dos NSSI nos EUA em 2006<sup>19</sup>

Num estudo recente, com uma amostra comunitária de 1.713 adolescentes (entre os 12-20 anos) de escolas públicas da área metropolitana de Lisboa, verificou-se que 7,3% dos adolescentes já tinham apresentado pelo menos um episódio de NSSI, calculando-se uma prevalência ao longo da vida de 10,5% para raparigas e 3,3% para rapazes e uma prevalência no último ano de 5,7% e 1,8%, respetivamente. Nesta investigação, verificou-se ainda que só uma minoria levou à apresentação hospitalar ou aos cuidados de qualquer técnico de saúde, permanecendo na sua maioria como um “comportamento oculto”.<sup>25</sup>

A equipa da Consulta de Prevenção do Suicídio, em Coimbra, Portugal, revelou uma incidência de comportamentos autolesivos de 200 casos anuais por 100.000 habitantes, ou 600 casos anuais por 100.000 habitantes quando restringido apenas às mulheres dos 15-24 anos.<sup>9</sup>

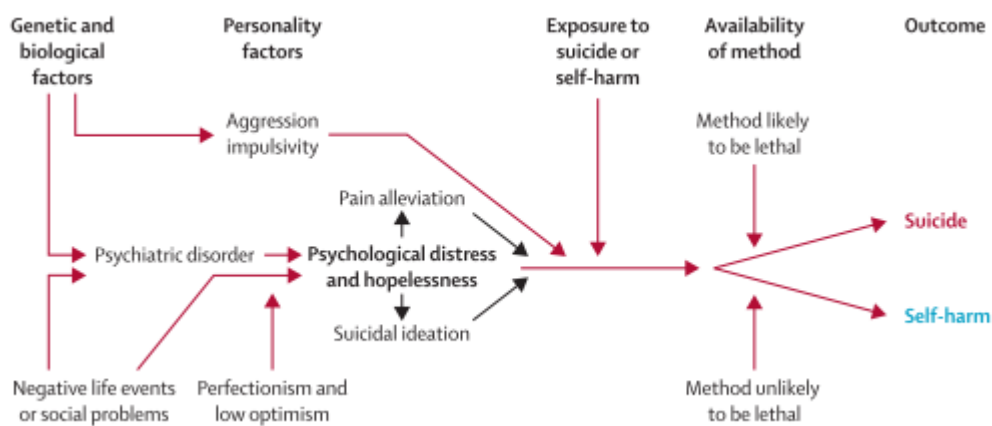


Antecedentes de NSSI são um fator acrescido de suicídio e podem ser identificados em até 40% dos suicídios consumados, razão pela qual constituem um dos fatores de risco mais preditivos para futuras tentativas de suicídio.<sup>9</sup>

## Fatores de Risco

Os comportamentos autolesivos e suicidários nos adolescentes são o resultado final de uma complexa interação entre fatores biológicos, genéticos, psicológicos, psiquiátricos, sociais e culturais (Figura 4).

Têm sido vários os trabalhos que formulam explicações teóricas enfatizando a diátese do stress, relacionando particularmente vulnerabilidades biológicas (ex. desequilíbrio da serotonina), cognitivas (ex. dificuldade na resolução de problemas sociais) e da personalidade (ex. perfeccionismo, impulsividade) que, em combinação com a exposição a eventos negativos da vida e transtornos psiquiátricos, podem grandemente aumentar o risco de comportamentos autodestrutivos ao longo de toda a vida.<sup>26</sup>



**Figura 4** – Principais fatores de risco para comportamentos autolesivos e suicidários na adolescência<sup>6</sup>

O princípio básico para uma resposta efetiva na prevenção do suicídio baseia-se na identificação dos diversos fatores de risco relevantes para o contexto e consequente atenuação através da implementação de intervenções adequadas<sup>1</sup>. Estes comportamentos não dependem de uma causa única, pelo que, normalmente, nenhuma causa singular ou agente de tensão isolado é suficiente para explicar um ato suicida. Mais comumente vários fatores de risco agem de forma cumulativa de forma a aumentar a vulnerabilidade de um indivíduo a estes comportamentos.<sup>1</sup> Por outro lado, a presença de múltiplos fatores de risco não significa que

um indivíduo irá necessariamente caminhar neste sentido; como é óbvio, nem todos os doentes com distúrbios psiquiátricos morrem por suicídio. A identificação destes fatores de risco permite estabelecer uma estimativa do grau geral de risco de suicídio para uma determinada pessoa, e assim, contribuir para o desenvolvimento de um plano de tratamento individual e dirigido que aborde os vários fatores envolvidos, fatores esses identificáveis e modificáveis.<sup>12</sup>

Fatores de proteção são igualmente importantes e têm sido referidos como condições possíveis de causar alguma resistência à tendência destes comportamentos. Como tal, o reforço de alguns destes fatores de proteção poderá ser igualmente um objetivo importante na prevenção do suicídio.

## 1. FATORES INDIVIDUAIS

### **Fatores sociodemográficos**

A idade, o género, a raça, a etnia e a religião são elementos importantes que podem contribuir consideravelmente para o risco de comportamentos suicidários.

Existe um aumento consistente na taxa de suicídio desde a infância até à **adolescência**, devido à maior prevalência de psicopatologia nos adolescentes e igualmente pelo facto de serem cognitivamente mais capazes de planear e efetuar o suicídio, tal como já referido. Tentativas de suicídio são raras antes da puberdade e atingem um pico de incidência máxima na adolescência e em adultos jovens.

Globalmente, incluindo Portugal, a taxa de suicídio nos indivíduos do **sexo feminino** é três vezes menor do que a do género masculino, com a exceção da China. Quanto aos comportamentos autolesivos, à ideação suicida e às tentativas de suicídio, a situação é a inversa, onde o género feminino é claramente líder.

## **Fatores de risco biológicos**

Os mecanismos neurobiológicos do suicídio têm sido alvo de estudos na área científica com o objetivo final de identificar biomarcadores. Alterações nos mecanismos serotoninérgicos têm sido associadas a comportamentos impulsivo-agressivos e com aumento do stress.<sup>27</sup> Níveis baixos de ácido 5-hidroxiindolacético (5HIAA), um metabolito da serotonina no líquido cefalorraquidiano (LCR), foram relacionados à agressividade impulsiva e a comportamentos suicidários em adultos com doenças psiquiátricas.<sup>20</sup>

Para além deste achado, estudos *post-mortem* demonstraram que estes indivíduos têm mais recetores de ligação à serotonina nas plaquetas e menos locais pré-sinápticos de transporte da serotonina, porém mais recetores pós-sinápticos em certas áreas específicas cerebrais tais como o córtex pré-frontal, sugerindo défices na habilidade de inibir estes comportamentos impulsivos.<sup>19</sup> Notavelmente, défices semelhantes foram encontrados em outros comportamentos impulsivo-agressivos, como a violência e comportamentos incendiários, pelo que estes achados não são específicos dos comportamentos suicidários.

## **Fatores de risco psiquiátricos**

As perturbações mentais são um importantíssimo fator de risco para o suicídio na adolescência. A maioria dos investigadores concorda que a doença mental está presente em cerca de 90% dos adolescentes que cometem suicídio,<sup>1,4,6,7,9,12,13,18-21,23,25,28,29</sup> os restantes 10%, mesmo sem um diagnóstico claro, apresentariam sintomas psiquiátricos semelhantes.<sup>1</sup> A depressão é o fator de risco mais fortemente associado à ideação suicida e aos comportamentos suicidários,<sup>18</sup> porém outras patologias do foro psiquiátrico são frequentes, tais como o abuso e dependência de substâncias, outras perturbações do humor, problemas

comportamentais e distúrbios da personalidade.<sup>19</sup> A presença concomitante de várias perturbações está especialmente associada a um alto risco de suicídio, cerca de 2,5x superior do que a ausência de qualquer patologia.<sup>4</sup>

As doenças psiquiátricas parecem ser particularmente relevantes em adolescentes do sexo masculino, no qual o comportamento suicidário poderá relacionar-se com a psicopatologia tão cedo como os 8 anos de idade.<sup>6</sup>

As **perturbações do humor** estão associadas a pelo menos metade das mortes por suicídio<sup>7</sup> devido a episódios de depressão, observados tanto na depressão major como na doença bipolar. A depressão é o fator de risco mais relevante, onde cerca de 15 a 20% dos doentes com depressão grave morrem por suicídio.<sup>12</sup>

Doentes com **esquizofrenia e outros transtornos psicóticos** apresentam igualmente um risco elevado; os principais preditores clínicos de suicídio incluem a presença de sintomas depressivos, idade jovem, sexo masculino, a educação, presença de sintomas positivos e *insight* da doença<sup>7</sup>, isto é, ter senso crítico, fator que pode levar a um risco de suicídio três vezes superior.

**O abuso e dependência de substâncias**, especialmente o álcool em Portugal, desempenha um papel importante no suicídio nos jovens, particularmente nos adolescentes mais velhos do sexo masculino quando há comorbilidades tais como perturbações do humor ou comportamento disruptivo.<sup>30</sup> O abuso de substâncias tem sido muito associado à ideação suicida. No sexo feminino, a dependência tabágica foi a principal substância relacionada à ideação, seguida do abuso do álcool, uso de outras drogas ilícitas e o consumo regular de cannabis.<sup>22</sup> Já no sexo masculino, o consumo de drogas ilícitas parece ser um dos principais contribuidores para a ideação, seguido de abuso de álcool e do tabaco, enquanto o consumo de cannabis poderá ser um fator de proteção para a ideação suicida.<sup>22</sup>

Além do mais, jovens que tentam o suicídio são mais propensos a ter distúrbios de abuso de substâncias/dependência do que aqueles que apenas apresentam ideação suicida, o que sugere que o consumo de álcool ou drogas psicoativas possa facilitar a transição de ideação ao ato em si.<sup>20</sup>

Outro dado importante, e que tem tido crescente importância, é a associação entre o consumo excessivo esporádico de álcool – *binge drinking* – e a existência de comportamentos suicidários.<sup>21</sup> De todas as mortes por suicídio, 22% podem ser atribuídas ao álcool, o que significa que um quinto dos suicídios não ocorreria caso o álcool não fosse consumido.<sup>1</sup>

Os **distúrbios da ansiedade** são igualmente um fator de risco para os comportamentos suicidários, tanto nas crianças como nos adolescentes,<sup>10</sup> assim como as perturbações pós-stresse traumático estão associadas a um aumento no risco da ideação suicida.<sup>20</sup>

As **doenças físicas** e a **dor crónica** podem ser igualmente importantes fatores de risco, sobretudo se associadas a défice funcional, comprometimento do desenvolvimento neurológico e/ou dependência de terceiros. Doentes com dor crónica têm um risco duas a três vezes superior de adotar comportamentos suicidários em comparação com a população em geral<sup>1</sup>. As doenças de maior risco são as doenças neurológicas, oncológicas, VIH/SIDA e doença pulmonar crónica obstrutiva (DPCO).<sup>12</sup>

Em diversos estudos foi identificada a associação entre comportamentos suicidários, uma pobre imagem corporal, baixa autoestima e hábitos alimentares pouco saudáveis,<sup>26</sup> principalmente no sexo feminino, o que leva a distúrbios alimentares bastante relacionados com a depressão e a agressividade. Por outro lado, com grande frequência, outros comportamentos de riscos acompanham os comportamentos suicidários, tal como o consumo de tabaco, o uso indevido de comida ou álcool e a prática de sexo não protegido.<sup>20</sup>

Ações preventivas suicidas devem, portanto, ter em conta o papel fundamental da gestão de perturbações mentais: calcula-se que, se 50% das pessoas que sofrem de distúrbios

de humor, esquizofrenia ou distúrbios relacionados com o álcool forem eficientemente tratadas, os suicídios diminuiriam em 20,5 %, poupando 165 000 de vidas por ano no mundo.<sup>31</sup>

## **Comportamentos de Risco e Tentativas de suicídio prévio**

Comportamentos autolesivos são muitas vezes identificados como um dos preditores mais fortes para posteriores comportamentos suicidas<sup>29</sup>. Em geral, 70% dos adolescentes envolvidos em CAL recentes relatou uma história de pelo menos uma tentativa de suicídio, em que 55% destes relataram mais de duas tentativas ao longo da sua vida<sup>28</sup>.

Além disso, a história de uma tentativa de suicídio é consistentemente citada como um dos fatores de risco mais forte e robusto para um futuro suicídio consumado,<sup>29</sup> conferindo um risco particularmente elevado no sexo masculino cerca de trinta vezes superior e um risco relativamente menor que no sexo feminino (cerca de três vezes).<sup>32</sup> Entre um quarto a um terço das vítimas de suicídio adolescentes tentaram pelo menos uma vez o suicídio antes da tentativa fatal.<sup>32</sup>

A avaliação das características das tentativas anteriores permite prever o risco, nomeadamente se existência de elevada intencionalidade de morte, utilização de métodos altamente letais, se existência de plano premeditado, se há acesso fácil aos meios, existência de psicopatologia/doença médica grave, isolamento e/ou escassos apoios sociais.<sup>12</sup> Todos estes fatores conferem um risco particularmente elevado de nova tentativa de suicídio.

Tentativas de risco com elevado risco de letalidade (ex. enforcamento, armas de fogo) têm um risco extremamente elevado de suicídio no futuro<sup>20</sup>. Contudo, uma tentativa de baixa letalidade não significa necessariamente baixa intenção suicida, especialmente em crianças cuja imaturidade cognitiva torna difícil a formulação e a execução de um plano suicida. Por outro lado, para um indivíduo impulsivo que tem à sua disponibilidade um agente letal tal

como uma arma de fogo, a sua intenção, apesar de baixa, poderá resultar numa tentativa com elevada letalidade.<sup>20</sup>

O risco de repetição de um comportamento suicidário é mais elevado nos primeiros 3 a 6 meses após a tentativa de suicídio, mas mantém-se substancialmente elevado em relação à população em geral pelo menos por dois anos.<sup>20</sup>

## **Características psicológicas e da personalidade**

Os traços de personalidade, a habilidade para gerir a dor psicológica, as competências na resolução de problemas e as capacidades para utilizar recursos internos e externos, são fatores importantes que podem mitigar ou aumentar o risco de suicídio.<sup>12</sup>

Muitos investigadores concordam que a depressão é o fator de risco mais comumente envolvido nos comportamentos suicidários na adolescência, porém, tem-se vindo a demonstrar que a **desesperança** poderá ser um preditor mais preciso.<sup>18</sup> Este estado de desesperança é definido como um sistema de padrões cognitivos com o denominador comum de perspetivas futuras negativas.

Os distúrbios da personalidade são encontrados em cerca de um terço das vítimas de suicídio, distúrbios estes que acarretam um risco de suicídio 2,9 vezes superior comparando com a população em geral.<sup>20</sup> Os traços da personalidade frequentemente associados são a **impulsividade**, a **agressividade** e o **perfeccionismo**.

A agressividade impulsiva, definida como uma tendência para reagir à frustração ou à provocação com hostilidade ou agressividade, é uma característica psicológica que tem sido demonstrado predispor ao comportamento suicida,<sup>20</sup> o impacto destes traços de personalidade vai diminuindo progressivamente à medida que a idade avança.



Em alguns estudos, o neuroticismo, caracterizado por uma tendência temperamental inata para reagir negativamente e de forma mais prolongada e severa do que o habitual ao stress, foi identificado como um marcador de risco com alguma relevância.<sup>20</sup>

Outros fatores associados a elevado risco de comportamentos suicidários incluem a baixa autoestima e autoconfiança,<sup>32</sup> um modelo de autoapreciação e de culpabilidade negativamente distorcido,<sup>12</sup> com sentimentos de derrota, aprisionamento, frustração e falta de sentido de pertença (*belonging*), assim como pobre capacidade de resolução de problemas interpessoais.<sup>6</sup>

Dificuldades relacionadas com a resolução de problemas e tomada de decisões (38%), a impulsividade (24%), a regulação emocional (21%) e o stress psicológico (17%) foram fatores associados à autolesão, resultados que sugerem uma correlação entre comportamentos autolesivos e perturbações nos circuitos pré-frontais, envolvidos nos mecanismos mencionados.<sup>15</sup>

Cada um destes fatores, individual ou associadamente, pode levar ao aumento do sofrimento psicológico a um ponto intolerável e levar uma pessoa a procurar escapar-se deste através do suicídio ou de outros métodos autolesivos.

Vários estudos apontam para a influência da **orientação sexual** na adolescência, tanto para os CAL como para os comportamentos suicidários.<sup>32</sup> Lésbicas, gays, bissexuais e transsexuais e intersexuais (LGBTI ou minorias sexuais) apresentam maior probabilidade de planear e cometer suicídio relativamente aos seus colegas heterossexuais.<sup>20</sup>

Adolescentes LGBTI têm um risco duas a seis vezes superior de vir a adotar comportamentos autolesivos,<sup>32</sup> possuem um risco quatro vezes mais elevado de vir a tentar o suicídio<sup>26</sup> e uma probabilidade oito vezes superior de tentar o suicídio pelo menos quatro vezes,<sup>33</sup> com um risco desproporcionadamente superior para indivíduos do sexo masculino.<sup>7</sup>

Há uma clara relação entre adolescentes LGBTI, o suicídio e uma prevalência elevada de distúrbios do humor, abuso e/ou dependência de substâncias, rejeição familiar e vitimização<sup>20</sup>; porém, mesmo após o controle destes fatores de risco, o risco acrescido de suicídio persiste.<sup>34</sup> Para além do mais, adolescentes de minorias sexuais possuem menor número de fatores de proteção do que adolescentes heterossexuais.<sup>6</sup>

## **2. FATORES DE ADVERSIDADE FAMILIAR**

### **História Familiar de Comportamentos Suicidários**

A morte de um familiar ou de um membro chegado da comunidade por suicídio pode ter uma influência disruptiva e perturbadora na vida de uma pessoa. Perder alguém próximo é realmente devastador, e, para além da dor e do luto, a natureza da morte pode causar ainda mais stress, culpa, raiva, ansiedade e angústia entre os membros da família e entes queridos.

A dinâmica da família pode-se alterar abruptamente e as fontes de apoio antes conhecidas podem ser interrompidas. Além disso, o estigma associado ao suicídio pode dificultar a procura de ajuda e inibir os outros de ajudar.

Há fortes e convincentes evidências através de estudos sobre a adoção, sobre gémeos e sobre famílias de que os comportamentos suicidários são familiares, e, talvez genéticos, e que esta tendência é transmitida aos familiares independentemente da presença de distúrbios psiquiátricos.<sup>35</sup> Adolescentes que têm história materna de suicídio consumado estão cinco vezes mais propensos a vir a adotar comportamentos suicidários do que os restantes adolescentes e duas vezes mais propensos, caso tenha sido a figura paterna a cometer o suicídio.<sup>32</sup> Maior carga familiar de comportamentos suicidários foi associada a um risco acrescido e a um início mais precoce de tentativa de suicídio na descendência, sugerindo que o comportamento suicida de início prematuro seja de causa familiar.<sup>35</sup>

Estes efeitos são improváveis quanto a resultar da imitação, pois estudos de adoção mostram concordância entre parentes biológicos, mas não em parentes adotivos.<sup>7</sup> Num estudo de alto risco, a transmissão do comportamento suicida de pai para filho foi mediada pela transmissão de agressividade impulsiva, o que sugere que a agressão impulsiva pode ser um endofenótipo comportamental que descreve uma diátese genética para o comportamento suicida.<sup>20</sup> Estudos em gêmeos e de adoção sugerem que os fatores genéticos são responsáveis por parte da transmissão familiar do comportamento suicida, com estimativas de hereditariedade de 30-50%.<sup>7</sup>

O suicídio de um membro da família ou de um ente querido pode baixar o limiar do suicídio de alguém em luto, pelo que aqueles afetados com história próxima de suicídio têm um risco acrescido de adotar comportamentos suicidários.<sup>1</sup>

## Características Familiares

Vários fatores familiares têm sido implicados na transmissão não-genética de comportamentos suicidários, nomeadamente a psicopatologia parental, história familiar de suicídio, a discórdia familiar, a perda de um parente ou devido a morte ou por divórcio, uma débil relação entre pai-filho e maus tratos.<sup>20,34,35</sup>

A **psicopatologia parental**, mormente a depressão, o abuso de substâncias e o comportamento antissocial, é um fator de risco comprovado para a ideação suicida, tentativas de suicídio e para o suicídio consumido na adolescência, mesmo após o controlo da psicopatologia da vítima.<sup>20,32</sup> No entanto, a relação entre desestruturação familiar e suicídio poderá ser explicada em parte pela presença de maior taxa de psicopatologia nos casais cuja relação termina em divórcio.<sup>32</sup>

As famílias dos jovens suicidas são frequentemente caracterizadas por uma **estrutura disfuncional** no sentido de alta rigidez e coesão, autoridade excessiva ou inadequada,

expectativas rígidas ou irrealistas, frequentes conflitos intrafamiliares, dificuldades marcadas na comunicação, sobreenvolvimento emocional e escassas redes de sociabilidade.<sup>12</sup>

A **qualidade da relação pais-filhos** é igualmente um importante fator de risco de suicídio, particularmente a relação entre o filho e o pai, mesmo após ajuste de outros fatores.<sup>20</sup> A percepção de falta de apoio ou de disponibilidade por parte dos pais com uma consequente ligação frágil entre pais e filhos está igualmente associada a tentativa de suicídio na adolescência. Uma possível explicação é que a percepção de invalidação da família leve a maior sensação de desespero e desesperança, que pode provocar uma resposta extrema que é o suicídio.<sup>36</sup>

Em contrapartida, a coesão familiar, uma ligação positiva entre pai e filho, com dispêndio de tempo entre estes, a supervisão familiar e elevadas expectativas acadêmicas e comportamentais funcionam como fatores protetores.<sup>20</sup>

Entre o sexo feminino, a presença de uma relação problemática com os pais é o fator preditivo mais significativo a nível familiar, enquanto no sexo masculino tanto uma relação problemática como a total ausência de relação com uma das figuras paternas é forte fator de risco tanto para a ideação suicida como para a tentativa de suicídio.<sup>22</sup>

Vários estudos demonstraram também que o **falecimento de um parente**, um **divórcio** ou uma **distância habitacional** longe de um ou ambos os pais são fatores de risco significativos para cometer suicídio.<sup>34</sup> Para além do mais, quanto maior a duração da exposição a uma família monoparental antes dos 16 anos de idade, maiores as taxas de prevalência de perturbações da ansiedade entre os 21-25 anos.<sup>34</sup>

Apesar das evidências em que o divórcio dos pais e a presença de um padrasto estão associados a tentativas de suicídio e à ideação, foi relatado que o **conflito conjugal** é um preditor mais forte para o futuro suicídio do que o divórcio, tendo em conta que muitos dos

problemas vividos por crianças em famílias cujos pais posteriormente se divorciam, podem ser observados muito antes de separação.<sup>26</sup>

### 3. ACONTECIMENTOS ADVERSOS DE VIDA

A maioria dos modelos teóricos dos comportamentos suicidários propõe a hipótese de um **modelo diátese-stress** em que fatores psiquiátricos, psicológicos e biológicos predis põem o indivíduo a estes comportamentos autodestrutivos, enquanto os eventos de vida indutores de stress interagem com esses fatores aumentando o risco.

Consistentes com o modelo supracitado, os comportamentos suicidários são frequentemente precedidos por eventos stressantes, incluindo conflitos familiares ou românticos, presença de problemas legais, disciplinares e acadêmicos<sup>19</sup>, atos suicidas nos colegas e amigos, *bullying*, problemas financeiros e desemprego na família.<sup>12</sup>

A prevalência de fatores de stress específicos entre vítimas de suicídio varia de acordo com a faixa etária: o conflito entre pais e filhos é um precipitante mais comum para jovens adolescentes, enquanto conflitos e perdas românticas (ex. fim de uma relação amorosa) são mais comuns em adolescentes mais velhos.<sup>32</sup>

Dificuldades escolares como insucesso e abandono escolar são riscos significativos para o suicídio consumado; alguns estudos relevam que adolescentes que interrompem o percurso escolar têm uma probabilidade trinta e sete vezes superior de tentativa de suicídio, mesmo após controlo de fatores de risco concomitantes.<sup>32</sup>

Outros fatores de stress distais, como as condições perinatais e maus tratos em criança, têm sido associados ao comportamento suicida subsequente. Um dos objetivos em futuras pesquisas é especificar os mecanismos através dos quais tais fatores resultam num significativo aumento do risco.<sup>19</sup>

## Abuso físico, emocional e sexual

A exposição a maus tratos na infância (ou abuso e/ou negligência) é altamente prevalente na população em geral e é considerado um dos principais fatores de risco para o suicídio.<sup>37</sup> As taxas de prevalência de maus tratos são de 15% em amostras comunitárias significativas.

Os maus tratos incluem: negligência física, negligência emocional, abuso psicológico, abuso físico e abuso sexual.<sup>37</sup> Os maus-tratos ou abuso ocorrem quando “um sujeito em condições de superioridade (idade, força, posição social ou económica, inteligência, autoridade) comete um ato ou omissão capaz de causar dano físico, psicológico ou sexual, contrariamente à vontade da vítima, ou por consentimento obtido a partir de indução ou sedução enganosa”.<sup>38</sup>

A **negligência** envolve a omissão de cuidados básicos e de proteção à criança, como por exemplo: alimentação, segurança, supervisão e cuidados médicos, tendo como consequência o não atendimento das necessidades físicas e emocionais prioritárias.<sup>38</sup> O **abuso físico** engloba o uso da força física contra a criança ou adolescente, por parte dos pais, responsáveis, cuidadores ou pessoas próximas, de forma intencional, com o objetivo de lesar ou ferir a vítima, podendo mesmo causar sequelas.<sup>38</sup> O **abuso psicológico** é toda a forma de rejeição, discriminação, depreciação ou desrespeito em relação à criança ou adolescente. Pode envolver comportamentos como punição, humilhação ou aterrorização com graves agressões verbais e a promoção ao isolamento da criança, privando-a de experiências comuns da sua idade, de ter amigos, ou ainda indução a prostituição, uso de drogas e ao crime. Este tipo de violência é um dos mais difíceis de ser identificado, pela sutileza e pela falta de materialidade dos atos, embora tenha um impacto profundamente negativo sobre o desenvolvimento biopsicossocial.<sup>38</sup> Por fim, o **abuso sexual** é o contacto forçado ou uma conduta sexual inapropriada entre um adulto e uma criança ou adolescente para sua satisfação

sexual ou de outrem, em que a vítima é forçada às práticas sem ter capacidade emocional ou cognitiva para consentir ou avaliar a situação.<sup>38</sup>

Vários estudos comprovaram que todos os tipos de maus-tratos durante a infância estão associados a um aumento expressivo no risco de tentativa de suicídio, independentemente da psicopatologia e das características sociodemográficas.<sup>37</sup> Para além do mais, os maus tratos estão associados à ideação suicida e a tentativas de suicídio em idades mais precoces.<sup>37</sup> Os efeitos adversos na infância tendem a estar interligados e correlacionados, e agem de forma cumulativa para aumentar o risco de desenvolvimento de perturbação mental e de suicídio.<sup>1</sup>

O impacto negativo sobre a vítima vai ser mediado através de vários fatores, entre eles o tipo e a frequência do abuso e a natureza da relação entre a vítima e o agressor.<sup>7</sup> Há evidências que sugerem que o abuso sexual e emocional são fatores de risco mais importantes relativamente ao abuso físico e negligência. O abuso sexual intrafamiliar é adicionalmente um risco acrescido para tentativas de suicídio e comportamentos autolesivos.<sup>12</sup> O abuso sexual contribui direta e indiretamente para o comportamento suicida. É um processo complexo que envolve múltiplas variáveis, que incluem psicopatologia (impulsividade patológica e abuso de substâncias psicoativas), e características de personalidade mal adaptativas em que estes adolescentes têm dificuldades em adquirir aptidões sociais para fomentar relações saudáveis, levando ao isolamento social, para além da própria contribuição direta do abuso.<sup>39</sup>

Cerca de 15 a 20% das raparigas que fazem tentativas de suicídio têm história de abuso.<sup>12</sup> Apesar de a maioria dos estudos se focalizar no abuso sexual no sexo feminino, o efeito parece ser ainda mais profundo no sexo masculino: 52% das vítimas de violação do sexo masculino tentaram o suicídio versus 22% das vítimas do sexo masculino.<sup>26</sup>

É de realçar que o abuso infantil contribui para a transmissão familiar da tendência suicida, já que uma história parental de abuso aumenta o risco da descendência ser igualmente

abusada. Assim, os maus tratos são não só um fator de risco para os indivíduos vítimas de abuso enquanto crianças, mas também da próxima geração.<sup>35</sup>

## **Bullying e vitimização entre pares**

Vários estudos de jovens com comportamentos autolesivos e atos suicidas demonstraram que estes registam taxas superiores de **insucesso ou abandono escolar**, **problemas de comportamento** ou **isolamento social**.<sup>12</sup>

O *bullying* é um tipo de violência exercida entre pares em contexto escolar ou mesmo na vizinhança, estando o termo *bully* (agressor, valentão) relacionado com agressividade e vitimização de outrem. Trata-se de um comportamento agressivo sobre um indivíduo ou um grupo com condições de suposta inferioridade, realizado de forma intencional e repetitiva ao longo do tempo. Dependendo do país, entre 5 a 20% dos adolescentes podem-se identificar a si próprios como sendo vítimas de *bullying*.<sup>40</sup>

Adolescentes que se consideram vítimas de pares parecem ter um risco superior de vir a adotar comportamentos autolesivos, particularmente entre adolescentes mais novos. Estes parecem igualmente ter **menos estratégias de coping** e mais **perturbações de sono**, fatores também identificados como de risco para comportamentos autolesivos e suicidários.<sup>40</sup> O *bullying*, seja como vítima ou agressor, está associado a aumento de risco de adotar comportamentos autolesivos ou de tentativa de suicídio, mesmo após o controlo de outros fatores de risco, tais como a depressão e problemas de comportamento.<sup>32</sup> Um estudo revelou que no sexo masculino aqueles que eram simultaneamente vítimas e agressores tinham maior probabilidade de comportamentos suicidas do que aqueles que não exibiam comportamentos *bully* nem aqueles que eram meramente vítimas.<sup>34</sup>

Com os avanços na tecnologia surgiu uma nova forma de *bullying*, o designado *cyberbullying*, que consiste na utilização das tecnologias de informação e comunicação para



divulgar mensagens, comentários, imagens e/ou vídeos de carácter pessoal da vítima, de forma a assediar, difamar e espalhar rumores. A associação entre *cyberbullying* e o suicídio é uma área que carece de mais investigação.

#### **4. FATORES SOCIOCULTURAIS**

As comunidades em que as pessoas se inserem têm importante associação com os fatores de risco para os atos suicidas. A nível global, diferentes fatores históricos, culturais, religiosos e legais têm moldado o *status*, a perceção e a compreensão do suicídio. O estudo destes fatores levou à identificação de uma vasta gama de elementos comunitários que influenciam o risco de futuros comportamentos autolesivos e suicidários. O estigma, a vergonha e a culpa ocultam estes comportamentos. Ao abordar proativamente os temas referidos, os sistemas de saúde de apoio e a sociedade em si podem ajudar a prevenir a autodestruição de um indivíduo.<sup>1</sup>

Em geral, o risco de fenómenos suicidas não parece refletir as características socioeconómicas das famílias destes adolescentes, contrastando com a situação nos adultos, nos quais as taxas de tentativa de suicídio são mais elevadas em grupos socioeconómicos mais baixos.<sup>26</sup>

#### **Barreiras no acesso aos cuidados de saúde**

O risco suicida aumenta significativamente com a presença de comorbilidades, pelo que um acesso facilitado, adequado e atempado aos cuidados de saúde é fundamental na tentativa de redução de risco.

As barreiras podem ser financeiras, físicas, geográficas ou pessoais. O estigma na procura de ajuda tanto nas perturbações mentais como na ideação e tentativa de suicídio

agrava ainda mais a dificuldade, levando a inadequado acesso aos cuidados e a ainda maior risco de suicídio.<sup>1</sup>

Apesar de a investigação mostrar que cerca de 2/3 dos indivíduos que cometeram suicídio tiveram contacto no mês anterior à sua morte com um profissional de saúde, particularmente com o seu médico de família, a saúde mental é frequentemente subvalorizada no Serviço Nacional de Saúde, assim como a formação nos cuidados de saúde primários.<sup>12</sup>

### **Exposição ao suicídio: *média* e internet**

Adolescentes e adultos jovens são particularmente suscetíveis às influências dos *média* (jornais, internet, revistas, filmes).<sup>7</sup>

A **influência dos *média*** afeta as taxas de suicídio, particularmente nos primeiros trinta dias após a publicação do relato de um suicídio, com aumento proporcional das taxas tanto de atos suicida como de comportamentos autolesivos, com a quantidade de publicação realizada, quando detalhes de um método são fornecidos, se a vítima era uma celebridade, e se o suicídio foi romantizado em vez de relatado em associação com uma doença mental e se referidas as consequências adversas do suicídio nos sobreviventes.<sup>7</sup> O risco de suicídio por imitação/contágio é especialmente elevado e parece ser limitado a adolescentes e jovens adultos.<sup>32</sup> Há algumas evidências que indicam que a imitação possa ser específica ao método.<sup>20</sup>

A internet tanto pode ser prejudicial como vantajosa em relação ao suicídio. Como os indivíduos mais jovens são mais vulneráveis às influências dos *média* e com o crescimento de sites e fóruns pró-suicídio, o impacto potencial sobre o suicídio de jovens e a automutilação é considerável. O desafio está em garantir que os novos *média* oferecem suporte para estes jovens vulneráveis ao invés de encorajarem comportamentos autodestrutivos. Grupos de apoio online e linhas telefónicas de SOS podem contribuir para a prevenção.<sup>6</sup>

## **Acesso aos meios**

A acessibilidade aos meios que oferecem risco é um importante facilitador do suicídio, especialmente nos suicídios impulsivos, que caracterizam muitos dos atos suicidas nos jovens.<sup>12</sup> Estes suicídios impulsivos geralmente utilizam métodos mais violentos, como armas de fogo, enforcamento e precipitação de alturas, pelo que é importante restringir o acesso a métodos altamente letais. A presença de armas de fogo em casa assim como outros métodos letais (pesticidas, medicamentos, entre outros) e a insuficiente supervisão parental aumentam o risco de suicídio.

## **FATORES PROTETORES**

Os fatores protetores correspondem a características e circunstâncias individuais, coletivas e socioculturais que, quando presentes e/ou reforçadas, estão associadas a menor risco e prevenção de comportamentos autolesivos e atos suicidas.<sup>12</sup> Estes fatores criam uma resiliência ao stress, atenuando a vulnerabilidade de um dado indivíduo e moderando o impacto que o stress ou que as adversidades da vida podem criar.

**Crenças religiosas**, a prática religiosa e a espiritualidade têm sido associadas a menor probabilidade de tentativas de suicídio; objeções morais ao suicídio e a sensação de pertencer a uma comunidade com o devido apoio social, parecem igualmente proteger contra ideação suicida entre pessoas em risco.<sup>19</sup>

O risco de comportamentos suicidários aumenta quando o indivíduo sofre de problemas sociais, com dificuldades em manter relações devido a conflitos, discórdia ou perda. Em contrapartida, a promoção e a manutenção de **relações próximas saudáveis** pode aumentar a resiliência individual e atuar como um fator de proteção, tanto contra

comportamentos autolesivos como suicidários. O círculo social pessoal, constituído pelo parceiro, família, colegas e amigos, tem a maior influência sob um indivíduo e pode ser um suporte fundamental em tempo de crise. Amigos e familiares podem ser um apoio significativo a nível social, emocional e financeiro, e pode amortecer o impacto de fatores de stress externos. As relações são especialmente protetoras para os adolescentes, que têm maior nível de dependência<sup>1</sup>.

Adolescentes que descrevem o seu círculo familiar como uma **família com elevado grau de coesão**, com capacidade de envolvimento mútuo, interesses comuns e suporte emocional têm um risco 3,5 a 5,5 vezes inferior de vir a adotar comportamentos autodestrutivos em comparação a adolescentes com a percepção de pertencerem a uma família menos coesiva, com os mesmos níveis de depressão e fatores stressantes semelhantes.<sup>32</sup>

O bem-estar subjetivo e estratégias eficazes de *coping* positivas podem proteger contra o suicídio. A estabilidade emocional, uma visão otimista e uma identidade desenvolvida ajudam a lidar com as dificuldades da vida.<sup>41</sup> Uma boa autoestima e uma capacidade eficaz de resolução de problemas, que incluem a capacidade de procurar ajuda quando necessário, podem atenuar o impacto dos fatores e adversidades na infância.<sup>41</sup>

Escolhas saudáveis de estilo de vida que promovam o bem-estar físico e mental incluem o exercício regular, hábitos de sono e alimentação adequados, a ponderação do impacto do álcool e das drogas sobre a saúde, a manutenção de relacionamentos saudáveis e integração social, e uma gestão eficaz do stress.<sup>1,41</sup>

Sabe-se que o sentimento de pertença a uma família, a uma escola, a um grupo, a uma instituição ou a uma comunidade, pode proteger um jovem do suicídio.<sup>12</sup>

## AVALIAÇÃO CLÍNICA

Prestadores de cuidados primários de saúde estão numa posição única para ajudar a prevenir o suicídio em adolescentes. Mais de 70% dos adolescentes dirige-se a um médico pelo menos uma vez a cada ano, e mais de 50% visitou um médico de cuidados de saúde primários durante o ano anterior.<sup>42</sup>

No geral, médicos de cuidados de saúde primários são específicos mas não sensíveis na deteção de dificuldades psicossociais.<sup>20</sup> Cerca de 25 a 45% de todas as tentativas de suicídio ocorrem até um mês após a procura de cuidados de saúde, porém um estudo demonstrou que apenas 23% de uma amostra de médicos a trabalhar num contexto de cuidados primários afirmou realizar com frequência uma avaliação sistemática de ideação suicida em adolescentes.<sup>20</sup> Assim, 77% de prestadores de cuidados admitiram não fazer uma avaliação de rotina de suicídio nos adolescentes e de outros fatores de risco de suicídio, apesar de terem uma taxa elevada de contactos com adolescentes que tentaram o suicídio no ano anterior – 47%.<sup>42</sup> É por isso essencial investir na sensibilização dos profissionais de saúde para este problema e estimular a procura e avaliação sistemática da existência de ideação suicida associada a dificuldades psicossociais e a outros tantos fatores de risco já descritos, de forma a identificar estes jovens em risco e possibilitar uma intervenção atempada.

Tanto os adolescentes como os seus pais estão recetivos e desejosos de uma discussão sobre os seus problemas psicossociais com o seu prestador de cuidados primários.<sup>42</sup> Barreiras para a deteção de problemas psicossociais incluem fatores ambientais, como limitação de tempo de consulta, serviços de referência inadequados, falta de orientações claramente definidas e não controversas, uma formação inadequada, a relutância em discutir questões sensíveis, tanto por parte do médico como do doente, preocupação do adolescente com a quebra da confidencialidade,<sup>42</sup> e receio de juízos de valor.

Quando há suspeita de um indivíduo se pôr em perigo sob o ponto de vista físico, a avaliação psicológica deve ser realizada o mais cedo possível, habitualmente pelo médico de família ou psiquiatra; o ideal será a colaboração entre estes.<sup>13</sup> A abordagem deve ser feita por médicos com treino específico na área de comportamentos suicidários, porém a colheita de dados não terá necessariamente de ser colhida por um psiquiatra, nem deverá obedecer ao modelo de uma história psiquiátrica clássica, pois o essencial é a compreensão e explicação dos problemas apresentados, embora sem prejuízo de um exame mental cuidado.<sup>13</sup>

Menos de um terço dos indivíduos com comportamentos suicidários expressa a sua intenção suicida ao seu médico de cuidados primários<sup>7</sup>, assim torna-se essencial a procura dos diversos fatores descritos, a colheita de uma história atual e poderá ser igualmente necessário a procura de informação colateral, nomeadamente dos pais, na suspeita de comportamentos autodestrutivos. O objetivo é identificar fatores modificáveis e tratáveis, assim como fatores de proteção que orientem o tratamento do jovem.

Não há nenhum risco de causar suicídio falando sobre o assunto; há sim risco de tendências suicidas se o assunto for evitado.

Uma história clínica integrando os antecedentes pessoais e familiares é igualmente essencial para a compreensão do adolescente em causa, nunca esquecendo que o antecedente pessoal de tentativa de suicídio prévio é o fator preditor mais forte para uma nova tentativa.

Outro aspeto importante são os comportamentos autolesivos. É imperativo que não se assuma que estes comportamentos são inofensivos e que apenas refletem uma chamada de atenção. Vai muito para além disso. Estes adolescentes não são um grupo homogéneo e todos devem ser considerados de alto risco, requerendo avaliação e gestão cuidadosa.

A Internet pode encorajar os comportamentos autolesivos através da normalização e incentivo de tais atos entre adolescentes. Assim, é importante que os médicos perguntem sobre os CAL e colmatem qualquer equívoco de normalidade em relação a qualquer

comportamento. Um exame físico atento pelo médico pode revelar trauma da pele consistente com automutilação até antes não diagnosticada.

Jovens que se envolvem em comportamentos autolesivos têm igualmente risco aumentado para vários comportamentos de alto risco e devem ser questionados sobre: atividade sexual, uso de preservativo, história de doenças sexualmente transmissíveis e uso de drogas ilícitas.<sup>2</sup>

Embora em termos gerais os princípios da avaliação clínica dos indivíduos com comportamentos suicidários se encontrem razoavelmente estabelecidos entre profissionais de saúde mental, as dificuldades relativamente à criação de métodos de avaliação objetiva persistem. As escalas C-SSRS (*Columbia Suicide Severity Rating Scale*) foram criadas na tentativa de colmatar esta falha. Há diversas escalas que podem ser acedidas no site [www.cssrs.columbia.edu/scales\\_practice\\_cssrs.html](http://www.cssrs.columbia.edu/scales_practice_cssrs.html), tanto a ser utilizadas por médicos de família, pediatras ou qualquer outra especialidade médica, e dependendo se é a primeira avaliação ou se o indivíduo está a ser reavaliado. Esta escala (anexo 1) tem sido largamente utilizada para estabelecer o risco de suicídio de um indivíduo e aborda questões como a tentativa prévia de suicídio, ideação suicida no presente, sentimentos de desesperança e/ou depressão maior, história de maus-tratos, abuso de substância, entre outros múltiplos fatores de risco indicativos de maior risco de comportamentos suicida.

A avaliação da gravidade do risco de um determinado adolescente vir a adotar comportamentos autodestrutivos deve ter em conta diversos aspetos:

**Ideação e intenção suicida.** Os médicos devem questionar o adolescente quanto à frequência, intensidade e qualidade destes pensamentos suicidas, e reconhecer que estes podem variar ao longo do tempo. Os adolescentes podem enfrentar pensamentos passivos de morte (por exemplo, "Se eu morresse eu ficaria bem com isso" ou "Quem me dera apenas ir dormir e nunca mais acordar") ou ideação suicida ativa (por exemplo, "Eu vou acabar com

isto tudo"). Questões de avaliação de presença de ideação suicida são: Tem obtido prazer nas coisas que tem realizado? Sente-se útil na vida que tem levado? Sente que a vida perdeu o sentido? Tem esperança de que as coisas vão melhorar? Já alguma vez pensou que seria melhor morrer? São ideias passageiras ou persistentes? Pensou em como se mataria? Já tentou, ou chegou a fazer algum preparativo? Tem conseguido resistir a esses pensamentos? É capaz de se proteger e voltar à próxima consulta? Tem esperança de ser ajudado?.

Estas últimas questões são de extrema importância, de forma a verificar e analisar o grau de esperança que o adolescente tem em que a sua situação e os seus sentimentos irão melhorar no futuro. A presença de um grau de desesperança significativo deverá alertar o médico da gravidade da situação em causa.<sup>43</sup>

**Plano suicida.** Os médicos que avaliam adolescentes que apresentam ideação suicida devem questionar se estes apresentam algum plano para acabar com a sua vida e verificar os detalhes do plano, caso este se apresente. Perguntas na investigação de um plano devem incluir: Como é que acabaria com a sua vida? O que tem pensado fazer para acabar com a sua vida? Quão perto já estive de vir a realizar esse plano?

No caso de identificação de um plano concreto, o médico deverá igualmente determinar se o adolescente tem acesso aos meios necessários para o realizar, por exemplo, acesso a armas de fogo ou a medicamentos.<sup>43</sup> Nos adolescentes é fundamental não subestimar o grau de intencionalidade ou a letalidade do método, nomeadamente nos comportamentos autolesivos (ingestões medicamentosas e autolesões), pela importância preditora para o risco de recorrência.<sup>13</sup>

Outros fatores que devem ser avaliados são: as **estratégias de resolução de problemas**, o **sistema familiar**, o sistema relacional e a sua **rede de suporte** e o **estado mental**.



Fator de Risco	Alto Risco	Médio Risco	Baixo Risco
<b>Estado Mental</b>			
<b>Desesperança</b> <b>Depressão</b> <b>Sintomas psicóticos</b> <b>Culpa, vergonha</b> <b>Impulsividade</b> <b>Agressividade</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Depressão grave;</li> <li>▪ Alucinações ou delírios de comando;</li> <li>▪ Preocupação com desesperança, desespero;</li> <li>▪ Sentimentos de inutilidade;</li> <li>▪ Impulsividade marcada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Depressão moderada;</li> <li>▪ Alguma tristeza;</li> <li>▪ Alguns sintomas de psicose;</li> <li>▪ Alguns sentimentos de desesperança;</li> <li>▪ Raiva/hostilidade moderada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sem depressão ou depressão ligeira;</li> <li>▪ Ausência de sintomas psicóticos;</li> <li>▪ Sentimentos de esperança;</li> <li>▪ Sem raiva ou hostilidade, ou ligeiras.</li> </ul>
<b>Tentativa de suicídio, autolesão ou ideação suicida</b>			
<b>Intencionalidade</b> <b>Letalidade</b> <b>Acesso aos meios</b> <b>Tentativas de suicídio anteriores</b> <b>Autolesão prévia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pensamentos permanentes;</li> <li>▪ Evidência de intenção clara;</li> <li>▪ Tentativa prévia de elevada letalidade;</li> <li>▪ Acesso a meios letais.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pensamentos frequentes;</li> <li>▪ Várias tentativas de baixa letalidade;</li> <li>▪ Ameaças repetidas;</li> <li>▪ Autolesões frequentes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pensamentos vagos ou inexistentes;</li> <li>▪ Nenhuma tentativa recente ou uma tentativa de suicídio recente ou autolesão.</li> </ul>
<b>Abuso de substâncias</b>			
<b>Álcool</b> <b>Drogas</b> <b>Medicamentos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Intoxicação</li> <li>▪ Abuso</li> <li>▪ Dependência</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Risco de intoxicação, abuso ou dependência</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sem uso</li> <li>▪ Uso pouco frequente</li> </ul>
<b>Apoios</b>			
<b>Comunicação</b> <b>Disponibilidade</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Doente recusa ajuda;</li> <li>▪ Falta de meios de apoio ou relações de hostilidade;</li> <li>▪ Indisponibilidade por parte de familiares e amigos;</li> <li>▪ Antecedentes de perturbação mental na família;</li> <li>▪ Violência ou uso de substâncias na família.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Doente ambivalente;</li> <li>▪ Relações disponíveis mas sem vontade ou capacidade de prestar apoio;</li> <li>▪ Sintomas de doença mental moderados na família.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Doente receptivo a ajuda;</li> <li>▪ Formação de aliança terapêutica;</li> <li>▪ Relações com vontade e disponibilidade para prestar apoio;</li> <li>▪ Ambiente familiar propício de apoio.</li> </ul>

**Tabela 2** – Avaliação de risco de suicídio nos jovens<sup>13,44</sup>

Em última análise, o médico deve determinar, com base nos dados recolhidos a partir da avaliação do adolescente, da família e de outras fontes, o método mais adequado para o cuidado do adolescente. A **Tabela 2** apresenta os principais fatores de risco que devem ser procurados para a categorização dos jovens como sendo de baixo, intermédio ou alto risco e, de acordo com esta estimativa, delinear as estratégias de intervenção.<sup>13,44</sup>

Os adolescentes que são apropriados para o seguimento em ambulatório devem receber instruções claras sobre a importância de comunicar pensamentos suicidas com adultos de confiança; a necessidade de cuidados de acompanhamento de saúde mental; a disponibilidade de serviços de crise e linhas telefónicas; e a utilização do serviço de emergência, caso sintam a necessidade.<sup>43</sup>

No contexto de atendimento não especializado de jovens com comportamentos não suicidários, é importante combater ideias erradas que ainda existem acerca do suicídio entre muitos profissionais de saúde, no sentido de impedir que juízos de valor interfiram na qualidade do atendimento hospitalar.

## TRATAMENTO

O tratamento ideal de adolescentes com comportamento suicida requer um contínuo de serviços, entre eles a intervenção no serviço de urgências, seguimento em ambulatório e tratamento hospitalar. Na prática, no entanto, tal muitas vezes não é possível devido à falta de recursos. A gestão destes adolescentes deve ser individualizada e direcionada aos fatores de risco específicos. As intervenções não se devem limitar apenas a intervenções psicofarmacológicas ou psicoterapêuticas, mas sim envolver um plano de tratamento abrangente, incluindo outras estratégias de forma a alcançar o alívio de fatores de stress agudos.

O primeiro passo na gestão de suicídio é certificar-se que a criança ou adolescente em situação de risco está num ambiente seguro e capaz de receber apoio. A estratégia de gestão depende do nível do risco e consequente confiança na avaliação realizada.

Nem todos os indivíduos em risco de suicídio podem ou devem ser internados. Aliás, a hospitalização pode ter pouco benefício ou até aumentar o risco em alguns doentes.<sup>45</sup> No momento de decidir sobre a necessidade de hospitalização, é importante avaliar o indivíduo no contexto dos sistemas de suporte disponíveis. Em caso de adolescentes incapazes de garantir a sua própria segurança, quando o risco é particularmente elevado ou quando não existe um suporte familiar e social adequado, a hospitalização deve ser considerada mesmo perante um perfil de risco leve a moderado.

O tratamento hospitalar pode de facto salvar vidas ao proporcionar alívio de stress agudo permitindo a recuperação gradual do controlo das suas vidas. É igualmente o momento e espaço indicado para iniciar o tratamento de doenças psiquiátricas concomitantes.<sup>45</sup>

Porém, é preciso ter em atenção que os adolescentes hospitalizados possuem um risco particularmente elevado de recorrência pelos mesmos fatores de risco que estiveram na origem do seu internamento, especialmente no período que se segue ao momento da alta

hospitalar.<sup>20</sup> No momento da alta deve-se procurar envolver os pais, restantes familiares e amigos próximos de forma a garantir que o adolescente quando regressa ao seu meio ambiente diário mantém uma rede de suporte.

O seguimento em hospital de dia, para além de ser uma alternativa ao internamento, pode dar mais tempo ao jovem para se estabilizar emocionalmente, porém uma desvantagem é a elevada taxa de abandono. Pelo mesmo motivo, a adesão ao tratamento é um aspecto que deve ser promovido logo desde o primeiro contacto com os serviços de urgência, tendo sempre em vista a otimização da relação médico-doente. Os contratos terapêuticos de não suicídio, em que a criança ou adolescente se compromete a não se envolver em comportamentos autodestrutivos e promete recorrer a um adulto caso este esteja a ter impulsos suicidas, têm sido postos em prática na esperança de melhorar a adesão ao tratamento e reduzir os atos suicidários.<sup>46</sup>

A **psicoterapia e as intervenções psicossociais** são um componente importante para a redução dos comportamentos suicidários assim como para o tratamento de perturbações mentais associadas a estes e que deverá ser adaptada às necessidades do adolescente em causa, de forma a minimizar os fatores que contribuem para o estado de sofrimento do doente.

Entre estas encontram-se:<sup>45</sup>

- Intervenções para promover um comportamento de procura de ajuda;
- Terapia Familiar;
- Terapia Multissistémica;
- Terapia Cognitivo-Comportamental;
- Terapia Dialético-Comportamental

O recurso à Terapia Familiar baseia-se na importância que o contexto familiar tem para os adolescentes, tanto como estrutura de suporte emocional como fonte de stress no caso

de se tratar de uma família disfuncional. Esta procura encorajar interações familiares positivas e melhorar a resolução de problemas dentro da família.<sup>45</sup>

A terapia familiar deverá ser adaptada ao seio familiar em questão, tendo em conta a sua dinâmica e estrutura global e quanto às relações entre si. Famílias instáveis (ex. família permissiva, rígida, sem objetivos, entre outras) têm uma maior probabilidade de comorbidades, pelo que, para cada uma delas há planos de cuidados adaptados. Assim, numa família descontrolada impõe-se a necessidade de reorganização a nível funcional e estrutural, assim como dever-se-á promover o acompanhamento clínico e terapêutico individualizado, preparar psicopedagogicamente a família para a situação em causa e articular a família com entidades de saúde e ação social.<sup>47</sup>

Não existem medicamentos específicos para suicídio. No entanto, esta pode ser necessária para o tratamento de distúrbios psiquiátricos subjacentes.

O lítio reduz significativamente a taxa de comportamentos suicidários em indivíduos com doença bipolar. A descontinuação do tratamento de lítio em doentes bipolares está associada ao aumento da morbidade e mortalidade por suicídio.<sup>46</sup>

Tem sido demonstrado que os Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina (ISRS) permitem uma redução da ideação suicida em adultos deprimidos e não deprimidos com perturbações da personalidade Cluster B e em indivíduos que fizeram um número limitado de tentativas de suicídio anteriores.<sup>32</sup> Os ISRS são seguros nos adolescentes, possuem baixa letalidade e são eficazes no tratamento da depressão caso estes apresentem ou não comportamentos suicidários.<sup>46</sup> Além disso, há evidências que demonstram que estes reduzem comportamentos agressivos e impulsivos, que são uma ocorrência comum nos adolescentes suicidas.<sup>32</sup>

Os antidepressivos tricíclicos não deverão ser prescritos nos suicidas adolescentes como primeira linha de tratamento. Estes são potencialmente letais devido à pequena

diferença entre nível terapêutico e nível tóxico destas drogas e por ainda não haver estudos que comprovem a sua eficácia nos adolescentes.<sup>46</sup>

É importante realçar que apenas em situações especiais se deve recorrer ao uso de fármacos, sendo a psicoterapia quase sempre prioritária.

## PREVENÇÃO

O fardo social e fiscal associado ao comportamento suicida é alto, e inclui morbidade emocional e psicossocial, assistência médica, diminuição ou perda de produtividade e a angústia e sofrimento secundários causados aos membros da família e amigos.<sup>48</sup> A prevalência de suicídio de jovens, e a carga significativa que a acompanha, deu origem ao desenvolvimento de uma série de intervenções psicossociais que visam tanto a prevenção como a redução do comportamento suicida, através da promoção da procura de ajuda atempada e da identificação precoce dos jovens mais em risco.<sup>48</sup>

Foram formuladas várias iniciativas tanto a nível mundial como a nível nacional, entre as quais a SUPRE lançada pela OMS e o PNPS 2013-2017 pela Direção Geral de Saúde, e disponível para qualquer indivíduo. Estas intervenções têm como objetivos essenciais a prevenção de mortes prematuras, a redução da recorrência de comportamentos autolesivos, a redução de possíveis sequelas de tais comportamentos tanto no adolescente em causa como dos seus próximos, ao promover oportunidades e contexto para fomentar a resiliência e os recursos para o indivíduo e para a comunidade.<sup>13</sup>

As intervenções para a prevenção do suicídio na juventude têm sido implementadas em escolas, comunidades e sistemas de saúde, e são projetadas para reduzir os fatores de risco para o comportamento suicida, ou para identificar indivíduos em risco e desenvolver itinerários para tratamento ou apoio.

Dependendo da intervenção em causa, estas podem ser dirigidas para a população em geral ou então serem dirigidas a uma população seletiva. Os **programas universais** são orientados para todos os jovens num determinado ambiente, como por exemplo, num programa escolar, e têm como objetivo a otimização dos fatores de proteção e a redução dos fatores de risco. As **intervenções seletivas** são dirigidas a grupos de risco que, devido a

fatores sociodemográficos ou patogénicos, apresentem alto risco de suicídio; os **programas específicos** têm como alvo indivíduos indicados que já exibem comportamentos suicidas.<sup>12,48</sup>

As principais intervenções orientadas para a prevenção do suicídio são:<sup>1,6,12,13,20,32,43,45,46,48</sup>

- a. Detecção precoce e tratamento de perturbações mentais;
- b. Restrição/minimização do acesso a meios letais (ex.: armas de fogo, substâncias tóxicas);
- c. Prevenção do consumo de bebidas alcoólicas;
- d. Programas de educação e consciencialização para os comportamentos autodestrutivos;
- e. Redução do estigma associado às perturbações mentais e à procura de ajuda;
- f. Formação dos profissionais dos meios de comunicação para a prevenção devido ao efeito de contágio;
- g. Criação de linhas telefónicas de apoio;
- h. Maior acessibilidade aos serviços de saúde;
- i. Programas escolares de sensibilização do suicídio:
  - Formação dos professores e agentes educativos para identificação dos sinais de alarme, grupos de risco e encaminhamento
  - Formação dos pares para a identificação dos sinais de alarme, atitudes e articulação
  - Programa de sensibilização para a saúde mental

Uma ideia errada que é necessário esclarecer é que o facto de abordarmos o tema do suicídio com um adolescente não vai fazer com que haja um aumento do risco de desenvolvimento destes comportamentos autodestrutivos, antes pelo contrário.<sup>6</sup>



Uma revisão sistemática recente dos programas de prevenção do suicídio revelou que a restrição do acesso a meios letais e a formação de médicos para reconhecer e tratar a depressão e comportamentos suicida mostraram efeitos impressionantes na redução das taxas de suicídio. Programas de restrição podem diminuir as taxas de suicídio por 23 por cento, enquanto os programas de educação e formação médica de cuidados de saúde primários mostram uma consequente redução entre 22 a 73 por cento.<sup>19</sup>

As estratégias de pósvenção têm em vista apoiar os familiares, amigos e outros indivíduos próximos à criança ou adolescente que cometeu o suicídio no processo de luto. Estes podem e devem beneficiar de intervenções, na tentativa de facilitar o luto, redução da sensação de culpa, depressão e diminuir os efeitos da culpa e do trauma.<sup>46</sup> Igualmente importante é a intervenção mais dirigida aos amigos e aos irmãos devido ao possível efeito de suicídio por imitação ou contágio.<sup>46</sup>

Alguns estudos revelaram que após apenas 1 dia de formação a médicos de cuidados de saúde primários a investigação de ideação suicídio teve um acréscimo de 32,5% e a identificação de doentes com comportamentos suicidas aumentaram em 130%.<sup>32</sup>

Percebe-se assim que os médicos de família desempenham um papel fulcral na prevenção do suicídio em adolescentes devido ao seu contacto privilegiado com os jovens em risco e também com as respectivas famílias.<sup>13</sup> É fundamental continuar a investir na formação específica dos prestadores de cuidados primários no sentido de otimizar a capacidade dos médicos para identificar fatores de risco e dessa forma tornar possível a intervenção precoce.

## CONCLUSÃO

O suicídio é uma das principais causas de morte evitáveis a nível global entre as idades jovens. Tanto os comportamentos autolesivos como os suicidários são um grande problema de saúde pública, não só pela morbidade e mortalidade que acarretam, mas também devido ao elevado sofrimento e angústia que causam entre os entes queridos das vítimas.

Nas últimas décadas tem-se verificado grande aumento nas investigações no risco de suicídio nos jovens. O objetivo essencial destes estudos é a prevenção dos comportamentos suicidas através da melhoria da identificação dos adolescentes em risco numa fase precoce de forma a iniciar os possíveis tratamentos disponíveis e o seguimento do jovem. Hoje em dia existe bastante conhecimento acerca da epidemiologia e de certas causas que levam um jovem a pôr em perigo a própria vida, porém ainda muita investigação é necessária quanto ao seu ao tratamento e seguimento.

O atual artigo de revisão focou-se nos diversos fatores que comprovadamente aumentam o risco de um certo adolescente vir a cometer um ato autolesivo, dando especial realce às perturbações mentais, onde a depressão e o sentimento de desesperança assumem um papel central; história familiar de psicopatologia e de suicídio; fatores de vida adversos, tal como ser vítima de maus-tratos; e acesso a meios letais. No entanto, o fator de risco mais agravante para um suicídio consumado é uma tentativa de suicídio anterior, mesmo após o controlo do distúrbio psiquiátrico. Têm surgido novas e empolgantes descobertas sobre fatores biológicos do suicídio em adultos, porém ainda não foram largamente replicados em jovens, pelo que é um dos aspetos que deverá ser melhor investigado.

Apesar de haver na literatura uma crescente pesquisa sobre fatores de risco, ainda há escassez de informações sobre fatores de proteção; seria bastante informativo conhecer quais os fatores mais relacionados com o facto de um adolescente parar de se autolesionar.

A maioria dos estudos epidemiológicos sobre o comportamento suicida tem-se centrado em padrões e correlações de prevalência. Seria interessante a próxima geração de estudos focar-se nos efeitos sinérgicos entre fatores de risco modificáveis e fatores de proteção. Outro aspeto essencial seria a uniformização da nomenclatura para os futuros projetos de investigação, pois estas discrepâncias têm implicações marcadas na compreensão e comparação de dados epidemiológicos, clínicos e mesmo ao nível da prevenção.

Apenas pequenos avanços foram feitos na prevenção destes comportamentos e há uma escassez de evidências para intervenções eficazes de tratamento. O desenvolvimento e avaliação de novas intervenções psicossociais e farmacológicas com vista à redução da automutilação e do suicídio deve ser uma prioridade, e deverá incluir intervenções baseadas na Internet, tendo em conta que estamos perante uma geração muito ligada às tecnologias e, por isso, bastante suscetível a estes meios.

Felizmente, apesar de se tratar de fenómenos complexos, estes comportamentos podem ser prevenidos. O diagnóstico das perturbações mentais e a sua terapêutica adequada contribui, significativamente, para a redução das taxas de suicídio. Medidas para promover a restrição do acesso aos meios de suicídio, incluindo o acesso a armas de fogo e um armazenamento seguro de pesticidas, deverão ser implementadas. O desenvolvimento e a análise dos meios de comunicação e a criação de linhas telefónicas de apoio, através das organizações da sociedade civil, mais próximas do cidadão, são essenciais. A redução do estigma associado a problemas de saúde mental é também um grande desafio; um enorme passo para a prestação de cuidados é fomentar a procura de ajuda por parte destes jovens.

Dada a complexidade do mecanismo destes comportamentos, parece improvável que uma intervenção, por si só, seja suficiente para combater este problema crítico. Em vez disso, uma estratégia de intervenção abrangente e integrada, envolvendo vários domínios, tal como o

indivíduo em si, a sua família, a sua escola, a sua comunidade e o sistema de cuidados de saúde, é necessária.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Preventing suicide. *CMAJ*. 2014;143(7):609-610.
2. Greydanus DE, Shek D. Deliberate self-harm and suicide in adolescents. *Keio J Med*. 2009;58(3):144-151.
3. Costa IANC. Adolescência: Ideação suicida, depressão, desesperança e memórias autobiográficas. 2012.
4. Souza F, Teixeira JM, Meleiro AMAS, Neves F, Corrêa H, Nicolato R. *Suicídio - O Fim À Vida*. N° 5. (Silva AG da, Bueno JR, eds.). Associação Brasileira de Psiquiatria; 2010.
5. Leenaars A a, Melville H, Dick M, Dob ESS, Edwin S. Shneidman on suicide. *Suicidol Online*. 2010;1(1):5-18.
6. Hawton K, Saunders KE a, O'Connor RC. Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet*. 2012;379(9834):2373-2382. doi:10.1016/S0140-6736(12)60322-5.
7. Turecki G, Brent DA. Suicide and suicidal behaviour. *Lancet*. 2015;373. doi:10.1016/S0140-6736(15)00234-2.
8. De Leo D, Burgis S, Bertolote JM, Kerkhof AJFM, Bille-Brahe U. Definitions of suicidal behavior: Lessons learned from the WHO/EURO Multicentre Study. *Crisis*. 2006;27(1):4-15. doi:10.1027/0227-5910.27.1.4.
9. Guerreiro DF, Sampaio D. Comportamentos autolesivos em adolescentes: uma revisão da literatura com foco na investigação em língua portuguesa. *Rev Port Saude Publica*. 2013;31(2):204-213. doi:10.1016/j.rpsp.2013.05.001.
10. Hill RM, Castellanos D, Pettit JW. Suicide-related behaviors and anxiety in children and adolescents: A review. *Clin Psychol Rev*. 2011;31(7):1133-1144. doi:10.1016/j.cpr.2011.07.008.
11. Oliveira a, Amâncio L, Sampaio D. Arriscar morrer para sobreviver: Olhar sobre o

- suicídio adolescente. *Análise Psicológica*. 2001;4:509-521.
12. Santos J (Relator), Carvalho A, Peixoto B, et al. Plano nacional de prevenção do suicídio 2013/2017. *Direção-Geral da Saúde Programa Nac para a saúde Ment*. 2013.
  13. Saraiva CB, Peixoto B, Sampaio D. *Suicídio E Comportamentos Autolesivos*. 1ª edição. Lidel; 2014.
  14. Groschwitz RC, Kaess M, Fischer G, et al. The association of non-suicidal self-injury and suicidal behavior according to DSM-5 in adolescent psychiatric inpatients. *Psychiatry Res*. 2015.
  15. Arcoverde RL, Soares LSL de C. Funções Neuropsicológicas Associadas a Condutas Autolesivas: Revisão Integrativa de Literatura. *Psicol Reflexão e Crítica*. 2009;25(2):293-300.
  16. Andover MS, Morris BW, Wren A, Bruzzese ME. The co-occurrence of non-suicidal self-injury and attempted suicide among adolescents: distinguishing risk factors and psychosocial correlates. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2012;6(1):11. doi:10.1186/1753-2000-6-11.
  17. Anes E, Silva N, Silva S. Suicídio: um problema de saúde pública. In: Pimentel MH, ed. *Livro de Atlas*. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança; 2013:524-555. <http://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/10276>.
  18. Picazo-zappino J. Suicide among children and adolescents : a review. 2014;42(3):125-132.
  19. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and suicidal behavior. *Epidemiol Rev*. 2008;30(1):133-154. doi:10.1093/epirev/mxn002.
  20. Bridge JA, Goldstein TR, Brent DA. Adolescent suicide and suicidal behavior. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip*. 2006;47(3-4):372-394. doi:10.1111/j.1469-7610.2006.01615.x.

21. Santos JP. A Ideação Suicida na Adolescência. 2009.
22. Du Roscoatt E, Legleye S, Guignard R, Husky M, Beck F. Risk factors for suicide attempts and hospitalizations in a sample of 39,542 French adolescents. *J Affect Disord.* 2016;190:517-521. doi:10.1016/j.jad.2015.10.049.
23. Cutler GJ, Flood A, Dreyfus J, Ortega HW, Kharbanda AB. Emergency department visits for self-inflicted injuries in adolescents. *Pediatrics.* 2015;136(1):28. doi:10.1542/peds.2014-3573.
24. Lee G, Choi Y, Lee G. Association of School , Family , and Mental Health Characteristics With Suicidal Ideation among Korean Adolescents. 2015. doi:10.1002/nur.21661.
25. Guerreiro D. Comportamentos autolesivos em adolescentes: características epidemiológicas e análise de fatores psicopatológicos, temperamento efetivo e estratégias de coping. 2014. <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/11457>.
26. Evans E, Hawton K, Rodham K. Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: A systematic review of population-based studies. *Clin Psychol Rev.* 2004;24(8):957-979. doi:10.1016/j.cpr.2004.04.005.
27. Pandey GN. Biological basis of suicide and suicidal behavior. *Bipolar Disord.* 2013;15(5):524-541. doi:10.1016/j.micinf.2011.07.011.Innate.
28. Nock MK, Joiner TE, Gordon KH, Lloyd-Richardson E, Prinstein MJ. Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Res.* 2006;144(1):65-72. doi:10.1016/j.psychres.2006.05.010.
29. Ribeiro JD, Franklin JC, Fox KR, et al. Self-injurious thoughts and behaviors as risk factors for future suicide ideation , attempts , and death : a meta-analysis of longitudinal studies. *Psychol Med.* 2015. doi:10.1017/S0033291715001804.
30. Poorolajal J, Haghtalab T, Farhadi M, Darvishi N. Substance use disorder and risk of

- suicidal ideation , suicide attempt and suicide death : a meta-analysis. 2015:1-10.  
doi:10.1093/pubmed/fdv148.
31. Kahn JP, Tubiana A, Cohen RF, et al. Important variables when screening for students at suicidal risk: Findings from the French cohort of the SEYLE study. *Int J Environ Res Public Health*. 2015;12(10):12277-12290. doi:10.3390/ijerph121012277.
  32. Gould M s, Greenberg TED, Velting DM, Shaffer D. Youth Suicide Risk and Preventive Interventions: A Review of the Past 10 Years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*.2003;42(4):386-405.
  33. Arnarsson A, Sveinbjornsdottir S, Thorsteinsson EB, Bjarnason T. Suicidal risk and sexual orientation in adolescence: a population-based study in Iceland. *Scand J Public Health*. 2015;43:497-505.
  34. Cash SJ, Bridge JA. Epidemiology of Youth Suicide and Suicidal Behavior. *Curr Opin Pediatr*. 2009;21(5):613-619. doi:10.1097/MOP.0b013e32833063e1.Epidemiology.
  35. Brent DA, Mann JJ. Family genetic studies, suicide, and suicidal behavior. *Am J Med Genet - Semin Med Genet*. 2005;133 C(1):13-24. doi:10.1002/ajmg.c.30042.
  36. Yen S, Kuehn K, Tezanos K, Weinstock LM, Solomon J, Spirito A. Perceived family and peer invalidation as predictors of adolescent suicidal behaviors and self-mutilation. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2015;25(2):124-130. doi:10.1089/cap.2013.0132.
  37. Hoertel N, Franco S, Wall MM, et al. Childhood Maltreatment and Risk of Suicide Attempt: A Nationally Representative Study. *Clin Psychiatry*. 2015;76(7):916-923.
  38. Pires ALD, Miyazaki MCOS. Maus-tratos contra crianças e adolescentes: revisão da literatura para profissionais da saúde. *Arq Ciênc Saúde*. 2005;12(1):42-49.
  39. O'Brien BS, Sher L. Child sexual abuse and the pathophysiology of suicide in adolescents and adults. *Int J Adolesc Med Health*. 2013;25(3):201-205. doi:10.1515/ijamh-2013-0053.



40. van Geel M, Goemans A, Vedder P. A meta-analysis on the relation between peer victimization and adolescent non-suicidal self-injury. *Psychiatry Res.* 2015;1-5. doi:10.1016/j.psychres.2015.09.017.
41. Breton J, Labelle R, Berthiaume C, et al. Protective Factors Against Depression and Suicidal Behaviour in Adolescence. *Can J Psychiatry.* 2015;60(February):S1-S15.
42. Frankenfield DL, Keyl PM, Gielen A, Wissow LS, Werthamer L, Baker SP. Adolescent Patients—Healthy or Hurting? Missed Opportunities to Screen for Suicide Risk in the Primary Care Setting. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2000;154:162-168.
43. Korczak DJ. Suicidal ideation and behaviour. *Paediatr child Heal.* 2015;20(5):257-264. <http://dx.doi.org/>.
44. NSW Health. Framework for Suicide Risk Assessment and Management for NSW Health Staff. 2004:1-40. [www.health.nsw.gov.au](http://www.health.nsw.gov.au).
45. Jans T, Taneli Y, Warnke A. Suicide and Self-Harming Behaviour. In: *IACAPAP E-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions.* ; 2012:1-35.
46. Shaffer D, Pfeffer CR, Bernet W, et al. Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Suicidal Behavior. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2001;40(7):24S - 51S. doi:10.1097/00004583-200107001-00003.
47. Caniço H, Bairrada P, Rodríguez E, Carvalho A. *Novos Tipos de Família : Plano de Cuidados.* 1<sup>a</sup> ed. (Coimbra I da U de, ed.). Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra; 2010.
48. Calear AL, Christensen H, Freeman A, et al. A systematic review of psychosocial suicide prevention interventions for youth. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2015. doi:10.1007/s00787-015-0783-4.

## Anexo 1 – Escala C-SSRS

Past 3 Months	Suicidal and Self-Injurious Behavior	Lifetime	Clinical Status (Recent)	
<input type="checkbox"/>	Actual suicide attempt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hopelessness
<input type="checkbox"/>	Interrupted attempt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Major depressive episode
<input type="checkbox"/>	Aborted or Self-Interrupted attempt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mixed affective episode (e.g. Bipolar)
<input type="checkbox"/>	Other preparatory acts to kill self	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Command hallucinations to hurt self
<input type="checkbox"/>	Self-injurious behavior <i>without</i> suicidal intent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Highly impulsive behavior
<b>Suicidal Ideation Check Most Severe in Past Month</b>			<input type="checkbox"/>	Substance abuse or dependence
<input type="checkbox"/>	Wish to be dead		<input type="checkbox"/>	Agitation or severe anxiety
<input type="checkbox"/>	Suicidal thoughts		<input type="checkbox"/>	Perceived burden on family or others
<input type="checkbox"/>	Suicidal thoughts with method (but without specific plan or intent to act)		<input type="checkbox"/>	Chronic physical pain or other acute medical problem (HIV/AIDS, COPD, cancer, etc.)
<input type="checkbox"/>	Suicidal intent (without specific plan)		<input type="checkbox"/>	Homicidal ideation
<input type="checkbox"/>	Suicidal intent with specific plan		<input type="checkbox"/>	Aggressive behavior towards others
<b>Activating Events (Recent)</b>			<input type="checkbox"/>	Method for suicide available (gun, pills, etc.)
<input type="checkbox"/>	Recent loss(es) or other significant negative event(s) (legal, financial, relationship, etc.)		<input type="checkbox"/>	Refuses or feels unable to agree to safety plan
Describe:			<input type="checkbox"/>	Sexual abuse (lifetime)
			<input type="checkbox"/>	Family history of suicide (lifetime)
<input type="checkbox"/>	Pending incarceration or homelessness		<b>Protective Factors (Recent)</b>	
<input type="checkbox"/>	Current or pending isolation or feeling alone		<input type="checkbox"/>	Identifies reasons for living
<b>Treatment History</b>			<input type="checkbox"/>	Responsibility to family or others; living with family
<input type="checkbox"/>	Previous psychiatric diagnoses and treatments		<input type="checkbox"/>	Supportive social network or family
<input type="checkbox"/>	Hopeless or dissatisfied with treatment		<input type="checkbox"/>	Fear of death or dying due to pain and suffering
<input type="checkbox"/>	Non-compliant with treatment		<input type="checkbox"/>	Belief that suicide is immoral; high spirituality
<input type="checkbox"/>	Not receiving treatment		<input type="checkbox"/>	Engaged in work or school
<b>Other Risk Factors</b>			<b>Other Protective Factors</b>	
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
<b>Describe any suicidal, self-injurious or aggressive behavior (include dates)</b>				