



DGS desde
1899
Direção-Geral da Saúde



Programa Nacional
para a Saúde Mental

PROGRAMA NACIONAL

Saúde Mental

Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013/2017



DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE
PROGRAMA NACIONAL PARA A SAÚDE MENTAL

Plano Nacional de Prevenção do Suicídio

2013/2017



DGS desde
1899
Direção-Geral da Saúde



Programa Nacional
para a Saúde Mental

GRUPO DE TRABALHO

Álvaro de Carvalho, Diretor do Programa Nacional para a Saúde Mental (Coordenador)

Bessa Peixoto

Carlos Braz Saraiva

Daniel Sampaio

Fausto Amaro

Jorge Costa Santos

José Carlos Santos (Relator)

José Henrique Santos

Nazaré Santos

Com a colaboração de: Diogo Guerreiro^a, Horácio Firmino^b, Isabel Santos^c, Marco Paulino^d, Miguel Xavier^e, Pedro Frazão^f, Sérgio Gomes^g, Alexandre Teixeira^h

^a Capítulo sobre nomenclatura

^b Subcapítulo sobre população idosa

^c Subcapítulo sobre deficiência intelectual

^d Subcapítulo sobre linhas de Telefones SOS

^e Subcapítulo sobre monitorização e avaliação

^f Subcapítulo sobre lésbicas, gays, bissexuais, transsexuais/ transgéneros

^g Subcapítulo sobre Linha Saúde 24

^h Subcapítulo sobre outros grupos

SUMÁRIO EXECUTIVO

O presente Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (PNPS) 2013-2017 é uma necessidade premente do país tendo em conta:

- a. O impacto do suicídio na saúde pública;
- b. O aumento das taxas de suicídio registado pelo INE na última década;
- c. A subnotificação dos suicídios, que oculta a verdadeira dimensão do fenómeno;
- d. A prevalência de fatores de risco, nomeadamente da doença mental;
- e. A dificuldade na harmonização da terminologia relacionada com os diversos tipos de atos suicidas e comportamentos autolesivos, que compromete o seu estudo;
- f. A dificuldade de registo e avaliação da efetividade das medidas implementadas ou a implementar;
- g. A necessidade de criar sinergias com as experiências e recursos existentes.

1. Síntese do quadro conceptual

O suicídio é um fenómeno complexo e multifacetado fruto da interação de fatores de ordem filosófica, antropológica, psicológica, biológica e social.

As estratégias de prevenção da ideação suicida, comportamentos autolesivos e atos suicidas (tentativas de suicídio e suicídio consumado) implicam interações e sinergias multisectoriais, multiculturais e multiprofissionais, onde a vertente da saúde deverá funcionar como o núcleo central no planeamento, organização, operacionalização e avaliação, mas nunca de forma isolada.

2. Valores e princípios

- Acessibilidade e equidade
- Multiculturalidade e multidisciplinaridade
- Proximidade
- Sustentabilidade
- Baseados na evidência científica e boas práticas

3. Objetivos

1ª fase do plano (2013-2014):

- Uniformizar a terminologia e os registos dos comportamentos autolesivos e atos suicidas;
- Iniciar a caracterização da situação de forma rigorosa, nomeadamente no que se refere a uma mais correta identificação dos comportamentos autolesivos e atos suicidas;
- Aumentar os níveis de bem-estar psicológico;
- Aumentar a acessibilidade aos cuidados de saúde;
- Reduzir o acesso a meios letais;
- Melhorar o acompanhamento após alta de internamento hospitalar;
- Melhorar a informação e educação em saúde mental;
- Diminuir o estigma em torno da depressão, ideação suicida, comportamentos autolesivos e atos suicidas;
- Sensibilizar os média para a necessidade de aplicação dos princípios definidos para a informação/descrição de comportamentos autolesivos e atos suicidas;
- Monitorizar e avaliar o PNPS.

2ª fase (2014-2017)

- Aumentar níveis de bem-estar psicológico;
- Reduzir os comportamentos autolesivos e atos suicidas;
- Aumentar a informação e educação em saúde mental;
- Aumentar o acompanhamento de pessoas com ideação suicida, comportamentos autolesivos e atos suicidas ao nível dos cuidados de saúde primários;
- Aumentar o acesso a cuidados diferenciados através da criação de consultas especializadas em todos os distritos;
- Aumentar a investigação neste domínio com ênfase nos aspetos socioculturais e outros correlacionados com comportamentos autolesivos e atos suicidas;
- Monitorizar e avaliar o PNPS.

4. Ações prioritárias a diversos níveis

Os princípios e valores indicados anteriormente pressupõem a adaptação das medidas indicadas como áreas geodemográficas prioritárias, nomeadamente zonas de maior incidência de ideação suicida, comportamentos autolesivos e atos suicidas, (p. ex. o Alentejo), ou a contextos específicos (p. ex. Serviços Prisionais ou Forças de Segurança), que poderão justificar a elaboração e implementação de planos próprios.

4.1. População em geral

- a) Campanhas de informação/educação visando a redução do estigma em saúde mental, com ênfase na depressão, ideação suicida, comportamentos autolesivos e atos suicidas;
- b) Informação sobre serviços, redes e associações de apoio na prevenção e pósvenção de comportamentos autolesivos e atos suicidas;
- c) Aumento da rede de cobertura ao nível dos cuidados de saúde primários e da articulação com serviços especializados, através de equipas de saúde mental comunitária;
- d) Sensibilização das autarquias e instituições públicas para a criação de barreiras físicas protetoras em locais (p. ex. pontes) identificados como particularmente propícios à prática de atos suicidas por precipitação;
- e) Maior restrição ao consumo de bebidas alcoólicas;
- f) Campanha de sensibilização da comunicação social relativamente às recomendações internacionais de boas práticas sobre o modo de noticiar comportamentos autolesivos e atos suicidas;
- g) Formar e desenvolver redes de porteiros sociais na comunidade/autarquia e em contextos específicos (p. ex. escolas, Forças de Segurança, prisões);
- h) Aumentar o horário de atendimento de linhas de telefones SOS, através da criação de sinergias e complementaridade entre as existentes;
- i) Contribuir para uma maior racionalização da política do medicamento, particularmente na prescrição de psicofármacos, sobretudo benzodiazepinas e antidepressivos.

4.2. Profissionais de saúde

- a) Campanha de informação/sensibilização sobre ideação suicida, comportamentos autolesivos e atos suicidas;
- b) Uniformização da terminologia diagnóstica;
- c) Reforço de redes de articulação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados de saúde mental comunitária;
- d) Aumento da cobertura nacional de consultas de prevenção de suicídio, promovendo a existência de, pelo menos, uma resposta especializada e acessível em cada hospital com valência de psiquiatria.

4.3. Adolescentes

- a) Campanhas de prevenção nas escolas (incluindo alunos, assistentes operacionais, professores e família), através do combate ao estigma em saúde mental, identificação de fatores de risco e protetores da depressão, ideação suicida, comportamentos autolesivos e atos suicidas, em particular do recurso a substâncias psicoativas;
- b) Criação de sinergias entre a escola, a família, os serviços de saúde e a comunidade, favorecendo uma visão ecológica e integradora;
- c) Maior restrição do consumo de bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas;
- d) Aumento da cobertura de respostas de saúde mental da infância e adolescência.

4.4. População idosa

- a) Promover a sinalização e monitorização dos que vivem isolados, a nível de freguesias, em articulação entre a rede de saúde, a rede social e as autarquias;
- b) Maior vigilância e supervisão do seu estado de saúde através dos profissionais dos cuidados de saúde primários;
- c) Promoção de atividades integradas de estimulação relacional, ocupação e combate ao isolamento;
- d) Melhorar a rede de apoio para o desenvolvimento de atividades de vida diária.

4.5. População prisional

- a) Informação e sensibilização dos responsáveis e das equipas prisionais sobre o estigma em doença mental, ideação suicida, comportamentos autolesivos e atos suicidas em contexto prisional;
- b) Assegurar o acesso aos serviços de saúde através de uma unidade de cuidados primários de referência em articulação com a respetiva equipa de saúde mental;
- c) Programas de acompanhamento especiais para subpopulações prisionais, nomeadamente toxicodependentes e/ou indivíduos com outras perturbações mentais;
- d) Melhorar a rede de informação e registo de comportamentos autolesivos e atos suicidas.

4.6. Forças de Segurança

- a) Informação e sensibilização dos dirigentes e dos profissionais sobre o estigma na doença mental, ideação suicida, comportamentos autolesivos e atos suicidas;
- b) Facilitar a acessibilidade a cuidados de saúde mental aos profissionais cujo comportamento indique instabilidade psíquica;
- c) Programa regular de reavaliação psicológica dos profissionais das Forças de Segurança;
- d) Controlo regular do consumo de álcool e outras substâncias psicoativas;
- e) Restrição do uso e porte de armas, sempre que se identifiquem fatores de vulnerabilidade.

4.7. Lésbicas, *gays*, bissexuais e transsexuais/transgéneros (LGBT)

- a) Promover uma melhor identificação da ideação suicida, comportamentos autolesivos e atos suicidas nesta população;
- b) Informar/sensibilizar os profissionais de saúde para as características comuns e particularidades desta população;
- c) Trabalhar em rede com as associações LGBT e familiares.

4.8. Pessoas com deficiência intelectual

- a) Informar/sensibilizar os profissionais de saúde para as características comuns e particularidades desta população;
- b) Promover uma visão integrada dos profissionais de saúde em articulação com escolas de ensino regular e especial, as ONG e outras entidades vocacionadas para esta população;
- c) Informar/sensibilizar os cuidadores para os sinais de risco de comportamentos autolesivos e atos suicidas e correspondentes atitudes protetoras.

4.9. Estratégias a nível individual

- a) Promover uma visão sistémica e integradora do indivíduo;
- b) Facilitar o acesso aos cuidados de saúde quando identificadas vulnerabilidades endógenas no campo da saúde, sejam de natureza mental (p. ex. depressão, perturbação da personalidade ou perturbação de impulsos) ou outra (p. ex. doença oncológica, dor crónica ou doença crónica incapacitante), ou exógenas (p. ex. desemprego, endividamento, consumo de álcool, problemas familiares, perda de habitação);
- c) Promover programas específicos de acompanhamento do indivíduo e/ou família e/ou conviventes significativos na pósvenção de atos suicidas.

5. Monitorização e avaliação

- a) Criar equipas e mecanismos de monitorização e avaliação ao nível nacional, regional (p. ex. ACES com maior incidência de atos suicidas) e específico (p. ex. prisões e Forças de Segurança);
- b) Publicitar periodicamente a evolução do PNPS e a adoção de eventuais medidas corretivas.

NOTA PRÉVIA

Os comportamentos autolesivos e atos suicidas representam um grave problema de saúde pública. Desde que há registos oficiais de taxas de suicídio em Portugal, este tem-se caracterizado por predominar entre a população idosa e ser mais marcado na região sul. Apesar de toda a sensibilização e formação desenvolvidas, a prevenção do suicídio carece de um programa sistematizado e articulado que permita a identificação de intervenções, a avaliação da implementação e da sua eficácia.

Assim, o grupo de peritos nomeados para a elaboração do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (PNPS), a que a Sociedade Portuguesa de Suicidologia (SPS) se associou, teve em conta a realidade nacional, caracterizada pela pouca fiabilidade do registo do número de atos suicidas, por diversas terminologias e diferentes *clusters*, bem como as orientações mais recentes da Organização Mundial de Saúde (OMS), tendo a sua publicação *“Public Health Action for the Prevention of Suicide”* (2012) constituído um marco de referência para a elaboração do presente plano.

Também as recomendações publicadas em outros importantes documentos sobre a implementação de medidas preventivas neste e outros domínios afins – *“Suicide Prevention Action Network, USA”* (2001), *European Alliance Against Depression* (2008), *OSPI Europe - Optimizing Suicide Prevention Programs* (2009), *Saving and Empowering Young Lives in Europe* (2010) – foram tidas em consideração na elaboração do presente plano, com especial destaque para os seguintes princípios:

- Os programas de prevenção devem ser desenhados, não apenas de forma a promover os fatores protetores, mas também a reverter ou reduzir os fatores de risco conhecidos;
- Devem contemplar períodos longos e repetição das ações destinadas a reforçar os objetivos iniciais;
- Os programas focados nas famílias têm maior impacto que os centrados exclusivamente nos indivíduos;
- Os programas comunitários que incluam campanhas nos média e alteração de políticas são mais efetivos quando acompanhados por intervenções individuais e familiares;

- Os programas comunitários devem contemplar normas que apoiem a ajuda e o bem-estar em todos os contextos, nomeadamente a família, o trabalho, a escola e a comunidade;
- O programa de prevenção deve ser adaptado para responder às especificidades dos problemas detetados na comunidade local ou grupo populacional;
- Quanto maior for o risco da população-alvo, mais ativo e precoce deve ser o plano de prevenção;
- Os programas de prevenção devem ser específicos para uma determinada idade, adequados do ponto de vista desenvolvimental e sensíveis às particularidades culturais;
- Os programas de prevenção devem ser implementados de forma rigorosa, em estreita consonância com o planeado e previamente testado.

Este Plano Nacional de Prevenção do Suicídio contempla:

- medidas universais, destinadas à população em geral;
- medidas seletivas, para grupos de risco específicos;
- medidas indicadas para indivíduos em elevado risco.

A monitorização e avaliação do plano permitirão a sua adequação e redefinição sempre que necessário.

O presente plano contempla, assim, as condições para uma uniformização da terminologia, uma melhoria no registo dos atos suicidas e, a prazo, uma redução de comportamentos autolesivos e atos suicidas – finalidade primeira e última de qualquer iniciativa desta natureza.

ÍNDICE

1. VALORES E PRINCÍPIOS.....	13
2. ETAPAS DA ESTRATÉGIA DE PREVENÇÃO DO SUICÍDIO	14
2.1 Identificação de Parceiros	14
2.2 Análise da situação.....	16
2.3 Avaliação das necessidades e recursos disponíveis	19
2.4 Compromisso político	24
2.5 Sensibilizar a população e reduzir o estigma	32
3. ELEMENTOS CHAVE DA ESTRATÉGIA DE PREVENÇÃO DO SUICÍDIO.....	36
3.1 Melhorar o registo de casos e desenvolver a investigação.....	36
3.2 Fatores de Risco e Fatores Protetores Relevantes.....	45
3.3 Intervenções Preventivas Eficazes	52
3.3.1 Comunicação social	58
3.3.2 Porteiros Sociais	60
3.3.3 Linhas de Telefones SOS.....	63
3.3.4 Saúde 24.....	66
3.4 Estratégias preventivas ao nível de populações específicas	68
3.4.1 Adolescentes	68
3.4.2 População Idosa	77
3.4.3 População Prisional	81
3.4.4 Forças de Segurança.....	86
3.4.5 Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transsexuais/Transgéneros.....	92
3.4.6 Pessoas Com Deficiência Intelectual	97
3.4.7 Outros Grupos	99
3.5 Monitorização e avaliação	103
4. GLOSSÁRIO	109

SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

ARS – Administração Regional de Saúde, I. P.

CID – Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (da OMS, ou ICD na versão anglófona, presentemente na 10ª revisão, referenciada como CID-10 ou ICD-10)

CSMIA – Cuidados de Saúde Mental da Infância e Adolescência

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção-Geral da Saúde

DPSM – Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

DPSMIA – Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência

IASP – Associação Internacional para a Prevenção do Suicídio

IDT – Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P.

INMLCF – Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, I.P.

MP – Ministério Público

NSP – Novas Substâncias Psicoativas (anteriormente designadas por *smart shops*)

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG – Organizações Não-Governamentais

PNSM – Programa Nacional para a Saúde Mental (da DGS)

PNSM 2007-2016 – Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016

SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

SICO – Sistema de Informação dos Certificados de Óbito

SPS – Sociedade Portuguesa de Suicidologia

UE – União Europeia

SM – Saúde Mental

SSMIA – Serviço de Saúde Mental da Infância e Adolescência

TAE – Triage, Aconselhamento e Encaminhamento

ULS – Unidades Locais de Saúde

USMIA – Unidade de Saúde Mental da Infância e Adolescência

WFMH – World Federation Mental Health/Federação Mundial para a Saúde Mental

WHO – World Health Organization

1. VALORES E PRINCÍPIOS

O PNPS norteia-se pelos seguintes valores e princípios:

Acessibilidade e equidade

Deve ser facilitado o acesso aos serviços de saúde a todos os cidadãos, independentemente da sua nacionalidade, situação social e económica, residência, idade, género ou afinidade populacional.

Multiculturalidade

Os serviços de saúde devem ser sensíveis à multiculturalidade, promovendo a interculturalidade.

Multidisciplinaridade

Os serviços de saúde devem promover a multidisciplinaridade e a interdisciplinaridade com respeito pela especificidade do conhecimento disciplinar.

Proximidade

Os serviços de saúde devem estar centrados nos cidadãos, de forma articulada e próxima.

Sustentabilidade

O programa nacional de prevenção do suicídio deve ser implementado de forma sistematizada e sustentável.

Baseado na evidência científica e boas práticas profissionais

O programa nacional de prevenção do suicídio deve contemplar todas as intervenções científicas comprovadamente efetivas e que respeitem as boas práticas dos profissionais das áreas da saúde e social.

2. ETAPAS DA ESTRATÉGIA DE PREVENÇÃO DO SUICÍDIO

2.1 Identificação de Parceiros

Sendo a criação de sinergias um dos objetivos do plano e conhecida que é a complexidade dos comportamentos autolesivos e atos suicidas, a identificação de parceiros foi feita de forma abrangente e multisectorial.

PERITOS SETORIAIS

Associações de cidadãos, com intervenção social na área das:

- Perturbações de humor;
- Perturbações esquizofreniformes;
- Perturbações associadas a bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas.

Associações de intervenção junto de:

- Crianças/adolescentes;
- População idosa;
- Pessoas com deficiência intelectual;
- Sobreviventes.

Entidades oficiais:

- Direções-Gerais dos Ministérios relevantes (Segurança Social/ Emprego/
- Educação/ Administração Interna/ Justiça/ Defesa/ Agricultura);
- Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, I.P.;
- Instituto Nacional de Estatística;
- Instituto Nacional de Emergência Médica.

Responsáveis por outros programas de saúde com interface;

Diretores de Departamentos e Serviços de Saúde Mental e Diretores Clínicos dos Hospitais Psiquiátricos;

Diretores de ACES;

Coordenadores de USF-piloto com elevada expressão de suicídio;

Linhas telefónicas SOS;

Associações LGBT;

Igrejas.

Representantes de:

- Ordem dos Médicos;
- Ordem dos Enfermeiros;
- Ordem dos Psicólogos;
- Ordem dos Farmacêuticos;
- Instituições Portuguesas de Solidariedade Social da área da saúde mental;
- Associação dos Profissionais de Serviço Social;
- Associação Portuguesa dos Terapeutas Ocupacionais;
- Associação de Medicina Geral e Familiar;
- Associação dos Médicos de Saúde Pública;
- Comunicação Social;
- Observatório da Comunicação – OberCom;
- Organizações Não-Governamentais intervenientes na área da suicidologia;
- Sociedades científicas intervenientes na área da suicidologia;
- Associações Empresariais, Sindicais e Profissionais;
- Estabelecimento de ensino superior públicos e privados, cujos cursos sejam relevantes para a área da suicidologia;
- Outras que venham a ser considerados relevantes.

2.2 Análise da situação

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), suicidam-se diariamente em todo o mundo cerca de 3000 pessoas – uma a cada 40 segundos – e, por cada pessoa que se suicida, 20 ou mais cometem tentativas de suicídio¹. O número anual de suicídios ronda atualmente o milhão, ou seja, cerca de metade de todas as mortes violentas registadas no mundo, estimando-se que, em 2020, esse número atinja 1,5 milhões². Os custos económicos associados ao suicídio são da ordem dos biliões de euros. Eis alguns dos indicadores que justificam amplamente a inclusão do suicídio no leque dos problemas sociais e das mais importantes questões de saúde pública³.

- À escala mundial, o suicídio apresenta uma taxa de mortalidade global de 16 por 100.000 habitantes, constituindo:
 - a 13ª causa de morte;
 - a 3ª no grupo etário dos 15 aos 34 anos;
 - a 2ª nos jovens dos 15 aos 19 anos.
- As tentativas de suicídio representam a 6ª causa de défice funcional permanente.
- Os dados da OMS indicam que as taxas de suicídio aumentaram 60% nos últimos 45 anos, sobretudo nos países em vias de desenvolvimento³.
- Na maioria dos países da Europa, o número anual de suicídios supera o das vítimas de acidentes de viação: nos 27 países da União Europeia a taxa média de suicídio por 100.000 habitantes foi, em 2010, de 9,4 enquanto o número de mortes por acidentes de viação foi de 6,5 por 100.000 habitantes, variando as taxas de suicídio entre o máximo de 28,5 na Lituânia e 2,9 na Grécia.

Em Portugal, a taxa de suicídios por 100.000 habitantes, em 2010, foi de 10,3ⁱ, taxa superior à de quaisquer outras mortes violentas, nomeadamente por acidentes de viação e acidentes de trabalho.

ⁱ Eurostat. A taxa para uma população com estrutura etária estandardizada foi de 8,2 (http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Causes_of_death_statistics/pt).

Estes dados, embora assaz preocupantes, ficam, porém, muito aquém da realidade, porquanto o suicídio constitui um fenómeno reconhecidamente subdeclarado. E isto porque, ao contrário das demais, a morte por suicídio é uma morte fortemente estigmatizada por razões de ordem religiosa, sociocultural e política. Mas também porque a atribuição da etiologia suicida nem sempre é evidente, uma vez que existem muitas mortes de etiologia equívoca, cujo diagnóstico diferencial exige recursos e dispositivos nem sempre disponíveis, o que explica a diversidade dos procedimentos médicos, médico-legais e administrativos adotados em vários países. Ora, se as estatísticas oficiais não refletem a realidade, há que reconhecer que a verdadeira dimensão do fenómeno é desconhecida. Este é um problema com que, embora em graus diversos, se debate a generalidade dos países, justificando uma especial atenção em qualquer plano nacional de prevenção do suicídio, pois não é possível prevenir eficazmente aquilo que não se conhece ou se conhece mal.

As estatísticas do suicídio em Portugal

Em Portugal, o número de suicídios registados no século XX ou, mais concretamente, entre 1902 (ano de início dos registos) e 2000, oscilou entre um mínimo de 236, registado em 1902, e um máximo de 1033, em 1984, com algumas descontinuidades devido à inexistência de valores conhecidos relativamente aos anos de 1911, 1912, 1928, 1952, 1953 e 1954^{5,6}.

Na última década, segundo dados do Eurostat⁷, a taxa de suicídios tem oscilado entre 4,5 por 100.000 habitantes em 1999 e 10,3 em 2010, com picos em 2002 (10,1), 2003 (9,4) e 2004 (9,6). À luz dos dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), o número de suicidas variou entre 519 em 2000 e 1098 em 2010, tendo-se registado 1012 casos em 2011. Todavia, a investigação realizada em Portugal neste domínio, ainda que escassa, põe em causa a validade e fiabilidade destes números, que aparecem seriamente comprometidas, não apenas pelo elevado número de mortes violentas de etiologia indeterminada (Portugal tem figurado, quase constantemente, entre os 3 países da UE que registam as cifras mais elevadas), mas também por incorreções na certificação de óbitos.

À luz da investigação realizada^{6,8,9,10}, é de admitir que uma percentagem considerável de mortes violentas registadas como de etiologia indeterminada corresponda a

suicídios, outro tanto sucedendo, embora de forma menos expressiva, a mortes atribuídas a acidentes (p. ex. sobredosagens de substâncias tóxicas ilícitas ou consumo de novas substâncias psicoativas) e mesmo a causas naturais. Há que reconhecer, pois, antes de mais, que o número de suicidas registado não corresponde à realidade, pelo que um plano nacional de prevenção do suicídio exige, desde logo, a mobilização de todos os recursos disponíveis, visando não apenas um conhecimento tão preciso quanto possível do número de suicídios, mas também do perfil dos suicidas.

Referências Bibliográficas

1. WHO (2013). World Suicide prevention day. Acedido a 4 de fevereiro. Disponível em: http://www.who.int/mediacentre/events/annual/world_suicide_prevention_day/en/index.html
2. WHO (2013). World Suicide prevention day. Acedido a 4 de fevereiro. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/index.html>
3. MANN, J. et al. (2005): Suicide Prevention Strategies. A Systematic Review. *JAMA*, 2005;294(16):2064-74. Doi: 10.1001/JAMA,294(16):2064.
4. WHO (2013). Suicide Prevention. Acedido a 4 de fevereiro. Disponível em: http://www.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevention/en/
5. FREITAS, E. (1982): O Suicídio em Portugal no Século XX: Elementos Empíricos para uma Pesquisa. *Finisterra*, XVII,34:267-300.
6. COSTA SANTOS, J. (1998). *Suicídio e Autópsia Psicológica: Estudo compreensivo e redefinição das estratégias de categorização das mortes auto-infligidas*. Tese de doutoramento apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
7. EUROSTAT (2013). Statistics, suicide rates. Acedido a 4 de fevereiro. Disponível em: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/pgp_ess/partners/european_union/pt/tab_statistics?c=PT&|=PT
8. BENTO, A., PIRES, T., SILVA, N.R., BACELAR, F., MALHEIRO, C. (1992). O Suicídio nos Concelhos do Montijo e de Alcochete. *Revista de Psiquiatria do Hospital Júlio de Matos*.2:71-7.
9. CASTRO, E.F.; PIMENTA, F.; MARTINS, I. (1989). The truth about suicide in Portugal. *Acta Psychiatr. Scand.* 1989 October;80(4):334-9.
10. CASTRO, E.F.; PIMENTA, F.; MARTINS, I. (1991). Who kills whom in Portugal. *Acta Psychiatr. Scand.* 1991 February;83(2):92-8.

2.3 Avaliação das necessidades e recursos disponíveis

Em termos mundiais, a expressão do suicídio constitui um importante problema de saúde pública, apontando uma estimativa que, em 1998, terá representado 1,8% do total da carga global das doenças, valor que ascenderia a 2,4% em 2020, no conjunto dos países com economia de mercado, incluindo os que integravam as ex-economias socialistas¹. Embora a taxa de suicídio tradicionalmente seja maior entre os idosos, tem vindo a aumentar entre os estratos populacionais mais jovens, de tal forma que estes representam agora o grupo de maior risco em um terço dos países, tanto desenvolvidos como em desenvolvimento¹, perspetivando-se que nos países em crise económica e social esta tendência se acentue^{2,3}. As perturbações mentais, particularmente a depressão e o consumo abusivo de bebidas alcoólicas, constituem um fator de risco significativo para o suicídio na Europa e América do Norte, enquanto em países asiáticos a impulsividade desempenha um papel considerável².

Em 2012, a OMS publicou um importante documento intitulado *“Public health action for the prevention of suicide: a framework”*⁴, que serviu, entre outros, como orientador do PNPS. Nele se enfatiza que a disponibilidade e o acesso aos recursos humanos e financeiros são fundamentais para o sucesso relativo de qualquer intervenção de saúde pública, tal como o empenho dos decisores políticos relativamente às questões chave, no que pode ser visto como um processo de identificação em três níveis: (a) recursos humanos e financeiros necessários para formular e implementar uma estratégia de prevenção do suicídio, (b) recursos disponíveis no momento de elaboração do plano de prevenção, e (c) diferencial entre ambos e formas de o colmatar.

Se as disponibilidades financeiras, nomeadamente em Portugal, representam uma componente que, mais do que nunca, requer uma gestão racional e parcimoniosa, os recursos humanos profissionalizados a considerar, face à evidência científica reconhecida internacionalmente sobre o grave problema da ideação suicida, comportamentos autolesivos e atos suicidas, são, em primeira linha, os dos Cuidados de Saúde Primários e os da Saúde Mental.

Neste contexto, se as quantidades relativas não são despiciendas, como em qualquer outro problema de Saúde Pública, a distribuição dos serviços públicos no terreno constitui um fator essencial. Mas, importa reconhecê-lo, embora em algumas manchas territoriais, mais ou menos significativas, a carência seja evidente em qualquer dos sectores, a situação tem vindo a melhorar progressivamente, existindo hoje redes envolvendo estruturas e profissionais, adiante elencados de modo sumário.

Como definido na legislação de referência para a Saúde Mental^j e aprofundado no Plano Nacional para a Saúde Mental 2007-2016⁵, consubstanciado num relatório sobre a situação nacional no sector e a perspectiva de desenvolvimento, e expresso em resumo executivo⁶, é definido que a prestação de cuidados de saúde mental:

- É promovida prioritariamente, sem prejuízo do disposto na Lei de Bases da Saúde, a nível da comunidade, de forma a evitar o afastamento dos doentes do seu meio habitual (artigo 3º, n.º 1, a), da Lei n.º 36/98);
- Os serviços locais são a base do sistema nacional de saúde mental, devendo funcionar de forma integrada e em estreita articulação com os cuidados de saúde primários, demais serviços e estabelecimentos de saúde, para garantia da unidade e continuidade da prestação de cuidados e da promoção da saúde mental (artigo 6º do DL n.º 35/99);
- Compete aos serviços locais de saúde mental (departamentos e serviços de saúde mental dos hospitais gerais da rede pública e, onde aqueles não existam, a equipas comunitárias dos hospitais psiquiátricos), “assegurar a prestação de cuidados globais essenciais de saúde mental, quer a nível ambulatorio quer de internamento, à população de uma área geográfica determinada, através de uma rede de programas e serviços que assegurem a continuidade de cuidados (artigo 10.º, n.º1, do DL n.º 35/99);
- Os cuidados ambulatorios e as outras intervenções na comunidade desenvolvem-se através de estruturas próprias, em articulação com os cuidados de saúde primários e respectivos profissionais, designadamente os médicos de família (idem, n.º 3).

^j Lei n.º 36/98, de 24 de julho (Lei de Saúde Mental), regulamentada pelo DL n.º 35/99, de 5 de fevereiro, republicado pelo DL n.º 304/2009, de 22 de outubro.

A viabilização deste modelo assistencial é assegurada pelas seguintes estruturas:

- 3 hospitais psiquiátricos: Magalhães de Lemos, EPE (Porto), Sobral Cid como unidade do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE (CHUC) e Júlio de Matos, unidade do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa;
- 40 Departamentos ou Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental (DPSM/SPSM) de hospitais gerais, direcionados para a assistência à população de 18 ou mais anos, complementados por 14 equipas comunitárias de hospitais psiquiátricos (anexo I);
- A nível da Saúde Mental da Infância e Adolescência (SMIA) existem:
 - 3 Departamentos (DPSMIA), estruturas tecnicamente mais diferenciadas sucessoras dos antigos Centros de Saúde Mentais Infantis e Juvenis, integrados, com a sua extinção (DL n.º 127/92), nos então 3 Hospitais Pediátricos;
 - 36 estruturas, integradas em hospitais gerais/ULS, distribuídas em função do número e da diferenciação dos profissionais como Serviços (SSMIA), Unidades (USMIA) e Consultas (CSMIA) de Saúde Mental da Infância e Adolescência (anexo II).

Quanto aos totais dos principais grupos profissionais envolvidos, segundo dados da ACSS de 2008, existiam nos serviços públicos: 444 médicos psiquiatras; 81 médicos pedopsiquiatras; 243 psicólogos clínicos; 248 enfermeiros especialistas de psiquiatria e saúde mental; 1061 enfermeiros generalistas; 112 técnicos superiores de serviço social; 72 terapeutas ocupacionais.

No que se refere aos Cuidados de Saúde Primários (CSP), o panorama é o considerado por Região de Saúde (em anexo III).

Dada a sua potencial responsabilidade na área da gestão e na intervenção urgente em situações suicidárias, também importa referenciar as redes de:

- Recursos hospitalares com Serviços de Urgência, com e sem valência de psiquiatria (anexo IV);
- Autoridades de Saúde (anexo V).

Pela relevância internacional atribuída ao consumo excessivo de bebidas alcoólicas, sobretudo como recurso frequente em períodos de crise económica e social nos países

de religião não muçulmana, há que considerar o que a este propósito se verifica em Portugal:

- Desde 2005 que a gestão das estruturas de intervenção neste domínio deixou de estar sob a alçada da saúde mental, transitando para o ex-IDT, atual SICAD e, entretanto, para as ARS;
- A intervenção clínica e reabilitativa está definida, por Região de Saúde, através de uma Rede de Referência de Problemas Ligados ao Álcool, que define a articulação entre os CSP, as estruturas do ex-IDT direcionadas para estes utentes e os Serviços de Saúde Mental (anexo VI).

De acordo com o modelo preconizado pela OMS⁴, a avaliação dos recursos humanos deverá incluir ainda a quantificação, por unidade funcional local e regional, de:

- Outras estruturas de saúde e profissionais baseados na comunidade;
- Conselheiros em escolas, locais de trabalho e estabelecimentos prisionais;
- Respostas de emergência de primeira linha, incluindo autoridades policiais e bombeiros;
- Profissionais de medicinas ditas alternativas e curandeiros, quando relevante.

Existem potencialmente várias fontes de apoio e financiamento, incluindo:

- Alocação anual nas estruturas centrais intervenientes na prevenção do suicídio;
- Alocação por região de saúde;
- Alocação por autarquia, sempre que o suicídio seja tendencialmente relevante;
- Financiamento privado de filantropos ou fundações;
- Apoio de ONG intervenientes neste domínio;
- Apoio de agências internacionais.

Referências Bibliográficas

1. WHO (2013). Suicide Prevention (SUPRE). Acedido a 4 de fevereiro. Disponível em: http://www.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevention/en/
2. WHO (2012). Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases covering the period 2013 to 2020 (zero draft). Acedido a 7 de fevereiro. Disponível em http://www.who.int/nmh/events/2012/action_plan_20120726.pdf
3. WHO-Europe (2012). European Mental Health Action Plan and the Global Mental Health Action Plan (zero draft). Acedido a 7 de fevereiro. Disponível em: <http://www.euro.who.int/en/where-we->

work/member-states/norway/sections/news/2012/08/who-holds-consultation-on-the-european-mental-health-action-plan-and-the-global-mental-health-action-plan

4. WHO (2012). Public health action for the prevention of suicide: a framework. Acedido a 7 de fevereiro.

Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75166/1/9789241503570_eng.pdf

5. PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS. RESOLUÇÃO DO CONSELHO DE MINISTROS n.º 49/2008 (2008). Diário da República, 1.ª série, N.º 47, 6 de março de 2008: 1395-1409. Acedido em 7 de fevereiro e disponível em <http://dre.pt/pdf1sdip/2008/03/04700/0139501409.pdf>

6. COORDENAÇÃO NACIONAL PARA A SAÚDE MENTAL (2008). Plano Nacional para a Saúde Mental 2007-2016. Resumo Executivo. Acedido a 7 de Fevereiro e disponível em: http://www.adeb.pt/destaque/legislacao/cnsm_planonacionaisaudemental2007-2016/resumoexecutivo.pdf

2.4 Compromisso político

O compromisso político é essencial para garantir que a prevenção do suicídio receba os recursos de que necessita, bem como a necessária atenção por parte dos líderes nacionais e regionais, como faz notar a OMS na publicação *“Public health action for the prevention of suicide: a framework”*¹.

Este importante guia de apoio à elaboração de planos de prevenção do suicídio assinala que as formas de construir um compromisso político deverão incluir:

- Ações de líderes nacionais e regionais;
- Publicação frequente de boas práticas políticas internacionais e de tomadas de posição sobre a prevenção do suicídio;
- Identificação de líderes políticos e/ou de um embaixador que apresente especial empatia com a questão (p. ex. alguém que tenha perdido um membro da família ou amigo por suicídio, condição designada internacionalmente como “sobrevivente”);
- Referências frequentes e adequadas ao suicídio nos meios de comunicação social enquanto questão de política de saúde pública;
- Informação atualizada aos parlamentares e representantes do governo e autarquias, aos vários níveis.

Alcançar um compromisso político sólido e sustentável, não sujeito a mudanças governamentais, representa, seguramente, um processo longo e árduo, mas com consideráveis benefícios potenciais, sobretudo no longo prazo. Esse compromisso poderá assumir várias formas:

- Reformulação de políticas e legislação mais consentânea com a problemática dos comportamentos autolesivos e atos suicidas;
- Alocação de recursos em função das necessidades diagnosticadas;
- Criação ou reforço de mecanismos eficazes para efeitos de recolha e monitorização de dados relativos a comportamentos autolesivos e atos suicidas;

- Formação/treino estruturado e continuado de porteiros sociais sobre o papel que poderão desempenhar na prevenção do suicídio;
- Informações sobre os comportamentos autolesivos e atos suicidas integradas nos currículos de profissionais de saúde e do sector social;
- Aumento dos esforços governamentais no combate à redução de fatores de risco ambiental, socioeconómico e outros, bem como na melhoria de acesso aos serviços.

Poderão ainda ser usados para fins de divulgação e reforço de compromisso político, entre outros eventos internacionais ou nacionais:

- O Dia Mundial da Prevenção do Suicídio, em 10 de setembro, organizado pela Associação Internacional para a Prevenção do Suicídio (IASP) e pela OMS, e, em Portugal, pela Sociedade Portuguesa de Suicidologia (SPS), com o patrocínio da Direção Geral da Saúde, através do Programa Nacional para a Saúde Mental;
- O Dia Mundial da Saúde Mental, em 10 de outubro, organizado pela Federação Mundial para Saúde Mental (WFMH), que em Portugal desde 1996 tem tido o patrocínio de responsáveis máximos do Ministério da Saúde e da entidade que a nível nacional tem a gestão do sector.

a) **Repercussões da crise na saúde mental:** com o eclodir, em 2008, da grave crise económica e social, têm vindo a ser publicados vários trabalhos científicos sobre as consequências adversas para os cidadãos em termos de saúde, em particular de saúde mental, com origem inclusive em entidades internacionais reputadas, como a OMS e a UE. No que ao risco de suicídio diz respeito, assinalam-se algumas das referências em apreço que apontam para a obtenção de um compromisso político, que excede o nível de competência do Ministério da Saúde.

Com efeito, se existe muita evidência científica que aponta para a presença de problemas graves de saúde mental na esmagadora maioria das pessoas que se suicidam ou tentam suicidar-se, bem como do recurso frequente aos cuidados primários de saúde ou ao seu médico assistente nos meses/semanas anteriores aos atos suicidas, aquelas entidades internacionais fazem notar que as crises económicas enquanto geradoras de desemprego, empobrecimento e insegurança, desencadeiam ou agravam os problemas de saúde mental dos envolvidos, particularmente com

evoluções depressivas e risco acrescido de suicídio^{2,3,4}, em especial quando se verifica endividamento significativo e perda de habitação⁵.

Na UE o crescimento do desemprego está associado, no curto-prazo, ao aumento de mortes prematuras por violência intencional, incluindo suicídio, e aumento do consumo de bebidas alcoólicas, registando-se porém consequências menos relevantes nos países com redes de segurança social eficazes e em que foram tomadas medidas políticas adequadas à gravidade da situação^{2,3,4}.

Exemplos ilustrativos desta realidade são:

- Os trabalhos que analisaram graves crises económicas na Suécia e em Espanha, respetivamente na segunda metade da década de 90 do século passado e na década de 80, mostraram que na Suécia, através do reforço dos cuidados de saúde de proximidade (quer primários, quer de saúde mental), de programas ativos de mercado de trabalho e de subsídios às famílias em maiores dificuldades financeiras, a taxa de suicídio reduziu-se de modo sustentado, ao contrário do que se verificou em Espanha, onde, sem medidas políticas idênticas, o suicídio aumentou mesmo após a diminuição do desemprego^{6,7};
- Nos EUA, a redução no apoio governamental associou-se a um acréscimo nas taxas de suicídio^{8,9}.

Segundo os autores, estes exemplos, entre outros, evidenciam que, mesmo com apreciáveis diferenças socioculturais e de estrutura económica, a utilização de recursos de proteção social fez a diferença^{8,9}.

b) **Investimento em saúde mental nas crises:** vários trabalhos com evidência científica revelam que o investimento em saúde mental é custo-efetivo, sobretudo nos períodos de crise, oportunidade que deve ser aproveitada para melhorar a eficácia no sector⁹, tanto mais que, ao contrário de outros problemas de saúde pública, a maioria dos quadros depressivos é passível de ser tratada de forma eficaz e menos dispendiosa nos cuidados primários.

A meta-análise das consequências da perda de emprego para a saúde mental dos envolvidos revelou a existência de 34% de perturbações emocionais em desempregados contra 16% em empregados, particularmente em homens e operários, sendo a gravidade proporcional à duração¹⁰.

Programas ativos de mercado de trabalho, custo-efetivos, podem contrariar os efeitos do desemprego na saúde mental⁶, bem como a promoção de programa de estimulação da resiliência em desempregados^{11,12}.

Quanto aos programas de apoio familiar em vítimas de crise, os estudos apontam para que, na UE, por cada 10 dólares dos EUA (USD) investidos por pessoa afetada se observa uma redução de 0,038% na taxa de suicídio⁶.

c) **Bebidas alcoólicas e crise:** quanto às bebidas alcoólicas e ao risco de aumento exponencial de consumo em situações de crise económica e de desemprego (muito grave nas crises Russas de 91 e 98, e com refistos de aumento direto de mortalidade na UE) é recomendado por autores independentes e pela OMS^{16,17}:

- o aumento do preço;
- a definição de preço mínimo;
- o reconhecimento clínico precoce de consumos excessivos, bem como de manifestações de depressão (entidade clínica agravada pelo consumo de etanol) e de risco acrescido de suicídio (quer pela ação depressivogénia quer pela redução do controlo do córtex cerebral, logo do risco de atuar a impulsividade, por ação cerebral direta do álcool etílico);
- o desenvolvimento de competências que protejam da depressão, de comportamentos autolesivos e atos suicidas.

Em termos genéricos, as medidas recomendadas enfatizam a importância da existência de serviços comunitários de saúde mental e da sua articulação com os CSP¹⁵.

d) **Promoção de resiliência em desempregados:** definindo a resiliência como o processo dinâmico pelo qual os indivíduos, comunidades e sociedades se adaptam a uma adversidade significativa^{18,19,20}, foi possível identificar os fatores que promovem a resiliência e atuam ao nível social, incluindo as principais componentes da prestação do Estado Social²¹:

- programas de apoio à família;
- subsídio de desemprego;
- serviços de saúde disponíveis e próximos, incluindo de saúde mental;
- programas ativos de mercado de trabalho;
- apoio à habitação.

Stuckler e colaboradores, em artigo publicado no *The Lancet* em 2009⁶, investigaram os fatores que provocam diferentes níveis de resiliência aos choques económicos (como a crise em curso), sublinhando que aqueles pressupõem uma resposta ou reação interativa. O estudo baseou-se numa série de fatores que promovem a resiliência a nível social, incluindo as cinco principais componentes da prestação do estado social: (i) programas de apoio à família, (ii) subsídio de desemprego, (iii) serviços de saúde disponíveis, (iv) programas ativos de mercado de trabalho, (v) apoio à habitação. Os resultados, baseados em dados de 17 países da OCDE, indicam que por cada 100\$ USD suplementares *per capita* de investimento anual se reduz o efeito do aumento de 1% do desemprego sobre a taxa de suicídio em:

- 0,38% através de programas ativos do mercado de trabalho;
- 0,23% através de programas de apoio à família⁸.

Análises regressivas realizadas em dados europeus sugerem que as taxas de suicídio não aumentarão como resultado da crise económica se o investimento for superior a 190 USD *per capita*, por ano¹². Os autores atrás mencionados estudaram a associação entre despesa social e suicídio em 27 países da OCDE, de 1980 e 2003, concluindo que a proteção social pode ser um fator nuclear na prevenção do suicídio, especialmente em países em crise ou em transição¹².

Esta investigação sugere que as consequências para a saúde mental da crise financeira dependem essencialmente do nível de investimento em quatro áreas:

- programas ativos de mercado de trabalho, destinados a ajudar as pessoas a conservar ou recuperar empregos, por neutralizarem as respetivas repercussões, tal como os programas de apoio familiar;
- programas de resiliência e de saúde mental para desempregados recentes;
- serviços de apoio familiar;
- cuidados primários articulados com os de saúde mental comunitária, nomeadamente para cidadãos com elevado risco de perturbação mental.

e) **Iniciativas programadas:** com o intuito de aumentar a consistência do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio, o Programa Nacional para a Saúde Mental da DGS, através da ACSS (Administração Central dos Sistemas de Saúde), candidatou-se a financiamento do programa *EEA Grants*, do Governo Norueguês, para os seguintes projetos, em fase final de aprovação:

- Melhorar a acessibilidade de grupos vulneráveis aos serviços de saúde mental, com base em dados sobre os efeitos da crise económica – aproveitando os dados da primeira pesquisa nacional de saúde mental, em 2009, realizada através de *WHO-World Mental Health (WMH) Surveys Initiative*, há a oportunidade, com custo limitado, de obter um amplo leque de informações sobre os efeitos da crise na saúde mental da população, relacionados com fatores de risco e fatores de proteção, viabilizando assim o desenvolvimento de um plano com base nas necessidades de intervenções psicossociais para as pessoas mais seriamente afetadas;
- Desenvolver a capacidade de agir sobre a depressão e o suicídio, articulando serviços especializados com serviços comunitários locais e a melhor integração da saúde mental nos cuidados primários, através da implementação de novos modelos de intervenção relativamente à depressão, contribuindo para uma utilização mais racional dos recursos humanos e uma melhor integração de meios em relação aos problemas de saúde mental mais frequentes;
- Desenvolver programas de intervenção dedicados à saúde mental no meio laboral e nos grupos vulneráveis que enfrentam o desemprego (reforço da resiliência);
- Simultaneamente, o PNSM dá sequência ao contemplado em anos anteriores nos respetivos planos de ação, considerando para 2013, já devidamente orçamentadas, as seguintes medidas:
 - Iniciativas várias de combate ao estigma em relação à doença mental;
 - Formação de profissionais da comunicação social sobre as boas práticas propostas pela OMS para noticiar os suicídios (em colaboração com a SPS).

É de referir ainda as medidas a desenvolver após a implementação de iniciativa legislativa (DL n.º 54/2013 e Portaria n.º 154/2013, publicados a 17 de abril), sobre novas substâncias psicoativas (NSP), que, com as bebidas alcoólicas e as substâncias psicoativas ilícitas têm uma importante interface com a problemática do suicídio.

Referências Bibliográficas

1. WHO (2012). Public health action for the prevention of suicide: a framework. Acedido a 14 de fevereiro.
Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75166/1/9789241503570_eng.pdf
2. EUROPEAN COMMISSION (2011). *Social inequalities in mental health and in unmet need for mental health care in Europe*. Deliverable number 3. EU-WMH the EU contribution to the World Mental Health (WMH) Surveys Initiative. Executive Agency for Health and Consumers (EAHC), European Commission (2008-2011).
3. EUROPEAN PARLIAMENT, (2012). *Mental health in times of economic crisis*. Workshop in European Commission, Brussels, 19 June.
4. WAHLBECK, K. & MCDAID, D. (2012). Actions to alleviate the mental health impact of the economic crisis. *World Psychiatry*.11:139-45.
5. UUTELA, A. (2010). Economic crisis and mental health. *Current Opinion in Psychiatry*. 23:127-130,
6. STUCKLER D., BASU S., SUHRCKE M., COUTTS A. & MCKEE M. (2009). The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet*. Jul 25; 374(9686):315-23.Epub 2009 Jul 7.
7. EU (2009). *The impact of the financial and economic crisis on the mental health of citizens and the reactions from Governmental and other mental health experts*. Results from a mini ad hoc survey among mental health experts in Member States. input from experts in Member States to a Round Table event which took place in Brussels on 27 April 2009 on “Reducing the psychosocial impact of the financial and economic crisis”. The event was hosted by Commissioner Androulla Vassiliou.
8. ZIMMERMAN S. (2002). States’ spending for public welfare and their suicide rates, 1960 to 1995: What is the problem?” *The Journal of Nervous and Mental Disease*,190:349-60.
9. WHO-EUROPE (2011). Impact of economic crises on mental health. World Health Organization, Regional Office for Europe, Denmark. Acedido a 14 de fevereiro. Disponível em: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/134999/e94837.pdf
10. PAUL, K. I. & MOSER, K. (2009). Unemployment impairs mental health: meta-analyses. *Journal of Vocational Behavior*.74(3):264-82.
11. VINOKUR et al. (1991). From field experiments to program implementation: assessing the potential outcomes of an experimental intervention program for unemployed persons. *American Journal of Community Psychology*.19:543-62.
12. STUCKLER, D., BASU, S. & MCDAID, D. (2009). Depression amidst depression: Mental health effects of the ongoing recession. A background paper prepared for the WHO Regional Office for Europe publication. WHO Regional Office for Europe
13. VUORI, J., SILVONEN, J., VINOKUR, A. & PRICE, R. (2002). The Tyohon Job search program in Finland: benefits for the unemployed with risk of depression or discouragement. *Journal of Occupational Health Psychology*.7(1):5-19.

14. ZARIDZE, D. et al. (2009). Alcohol and cause-specific mortality in Russia: a retrospective case-control study of 48557 adult deaths. *The Lancet*.373(9682):2201-14.
15. PIRKOLA S. et al. (2009). Community mental-health services and suicide rate in Finland: a nationwide small-area analysis. *The Lancet*.373:147-53.
16. WHO (2009). Impact of economic crises on mental health. WHO Regional Office for Europe.
17. WANDERSMAN, A. & NATION, M. (1998). Urban neighborhoods and mental health: psychological contribution to understanding toxicity, resilience and interventions. *American Psychologist*.53:647-56.
18. OECD (2009). Workshop on structural reforms and economic resilience: evidence and policy implications. Paris, OECD.
19. LUTHAR, S., CICHETTI, D. & BECKER, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Dev*.71(3):543-62.
20. PARK Y., KIM M., KOWN S. & SHIN Y. (2009). The Association between public social expenditure and suicides: evidence from OECD countries. *J Prev Med Pub Health*.42:123-9.

2.5 Sensibilizar a população e reduzir o estigma

O estigma da doença mental, entendido como um constructo multifacetado que inclui pouco conhecimento, preconceito, discriminação e rotulagem negativa¹, representa um dos maiores obstáculos para as pessoas com doença mental e famílias, causando entraves ao pedido de ajuda e comprometendo a intervenção dos serviços de prevenção do suicídio, incluindo o aconselhamento e a pósvenção. O estigma existe para os sobreviventes (amigos ou familiares de alguém que se suicida e que por via disso sofre a sua perda) e para os indivíduos que protagonizam atos suicidas. A diminuição do estigma na área da suicidologia pode beneficiar da sua integração em processos mais amplos de combate ao estigma da doença mental, onde a abordagem dos comportamentos autolesivos e atos suicidas deverá ser então incluída.

A sensibilização e informação da população constituem, numa perspetiva de saúde pública, um objetivo central para a prevenção do suicídio. A falta de conhecimento sobre causas e fatores de risco para o comportamento suicidário, opções de intervenção e tratamento, particularmente no âmbito da doença mental, podem limitar a procura de ajuda individual ou dos próximos. Os média podem desempenhar um papel importante no desenvolvimento de estratégias formativas e de divulgação do conhecimento.

A literacia em saúde pode ser entendida como o conjunto das competências cognitivas e sociais e capacidades que permitem aos indivíduos aceder, compreender e usar informação relativa a questões de saúde. Ao longo da última década tem sido vista como uma dimensão fundamental para os programas de promoção da saúde e prevenção das perturbações mentais².

Apesar de várias metodologias de intervenção, as mais comuns incluem sensibilização e informação, com o objetivo de familiarizar o público com a doença mental, apresentando-a como uma situação relativamente comum e tratável. Também o suicídio é considerado susceptível de ser prevenido e, na maior parte dos casos, resultado de perturbação mental. Outra abordagem possível passa por programas comunitários de educação focados no estigma associado à procura de tratamento e na

disponibilização de suporte e orientação para quem está deprimido ou com ideação suicida. Contudo, a avaliação da eficácia destas medidas é ainda escassa.

Os programas avaliados com alguma eficácia têm demonstrado uma redução de comportamentos da esfera suicidária, mas sem demonstração de efetividade relativamente aos suicídios³.

Apesar do referido anteriormente, o combate ao estigma e o aumento da informação e educação em saúde mental mostram resultados, podendo alguns incluir os comportamentos da esfera suicidária.

Transversais a todo o processo de sensibilização e educação do público surgem os mitos em torno dos comportamentos suicidários, nomeadamente⁴:

- ***A pessoa que fala sobre suicídio não fará mal a si própria, apenas quer chamar a atenção. Falso*** – Todas as ameaças devem ser encarados com seriedade. Muitos suicidas comunicam previamente a sua intenção;
- ***O suicídio é sempre impulsivo e acontece sem aviso. Falso*** – Apesar de muitas vezes parecer impulsivo pode obedecer a um plano e ter sido comunicado anteriormente;
- ***Os indivíduos suicidas querem mesmo morrer ou estão decididos a matar-se. Falso*** – A maioria das pessoas que se suicida conversa previamente com outras pessoas ou liga para uma linha de emergência, o que revela a ambivalência que subjaz ao ato suicida;
- ***Quando um indivíduo mostra sinais de melhoria ou sobrevive a uma tentativa está fora de perigo. Falso*** – Na verdade, um dos períodos de maior risco é o que surge durante o internamento ou após a alta. A pessoa continua em risco;
- ***A tendência para o suicídio é sempre hereditária. Falso*** – Há ainda dúvidas acerca desta possibilidade. Contudo, uma história familiar de suicídio é um fator de risco importante, particularmente em famílias onde a depressão é comum;
- ***Os indivíduos que tentam ou cometem suicídio têm sempre uma perturbação mental. Falso*** – Os comportamentos suicidas têm sido associados à depressão, abuso de álcool e outras substâncias psicoativas, esquizofrenia e outras perturbações mentais. A proporção relativa destas perturbações varia de lugar para lugar, havendo, todavia, casos em que nenhuma perturbação foi detetada;

- ***Se alguém falar sobre suicídio com outra pessoa está a transmitir a ideia de suicídio a essa pessoa. Falso*** – Não se causam comportamentos suicidas por se falar com alguém sobre isso. Na realidade, reconhecer que o estado emocional do indivíduo é real e tentar normalizar a situação induzida pelo stress são componentes importantes para a redução da ideação suicida;
- ***O suicídio só acontece aos outros. Falso***: o suicídio pode ocorrer em todas as pessoas, independentemente do nível social ou familiar;
- ***Após uma tentativa de suicídio a pessoa vez nunca mais volta a tentar matar-se. Falso***: uma pessoa que tem uma tentativa prévia apresenta um risco aumentado de suicídio;
- ***As crianças não cometem suicídio. Falso***: embora seja raro, as crianças podem cometer suicídio e qualquer gesto, em qualquer idade, deve ser levado a sério.

Parece haver maior efetividade nos programas multiníveis, onde a população em geral é parte de um todo que inclui, nomeadamente, os médicos de família, público em geral, atores-chave da comunidade (farmacêuticos, membros do clero, professores, polícias, etc.), os indivíduos com comportamentos autolesivos anteriores e os sobreviventes⁵. Estes programas direcionados para adultos tiveram particular êxito na diminuição de “tentativas de suicídio” numa campanha de prevenção realizada em Nuremberga e relatada em 2006. Contudo, esta campanha não incluiu os jovens e dá pouco relevo às escolas, contextos fundamentais para a promoção da literacia em saúde mental e central na prevenção de comportamentos de risco.

Pelo exposto propõe-se uma abordagem a diversos níveis que inclua a população em geral:

- Campanhas de combate ao estigma;
- Literacia em assuntos de saúde;
- Serviços de apoio;
- Enfoque nos profissionais de:
 - cuidados de saúde primários (ULS, UCC, USF);
 - mídia (Conselho Deontológico do Sindicato dos Jornalistas, editores, OberCom, jornalistas);
 - Emergência pré-hospitalar (INEM, Bombeiros, Forças de Segurança);

- Linhas de apoio telefónico (Linha Saúde 24 e Telefones SOS);
- Escolas Básicas 2-3 e Secundárias (professores, assistentes operacionais, encarregados de educação, alunos).

Referências Bibliográficas

1. THORNICROFT G., ROSE D., KASSAM A. & SARTORIUS N. (2007). Stigma: ignorance, prejudice or discrimination? *British Journal of Psychiatry*.190:192-3.
2. LOUREIRO, L., MENDES, A., BARROSO, T., SANTOS, J., OLIVEIRA, R. & FERREIRA, R. (2012). Literacia em Saúde Mental de Adolescentes e Jovens: conceitos e desafios, *Referência*, 6, Série: III Série, Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra;Coimbra.157-66.
3. FOUNTOULAKIS, K., GONDA, X. & RIHMER, Z. (2011). Suicide prevention programs through community intervention. *Journal of Affective Disorders*.130:10-6.
4. OMS (2006). Prevenção do suicídio. Um recurso para conselheiros. Departamento de saúde mental e de abuso de substâncias, Genebra.
5. HEGERL et al. (2009). Optimizing Suicide Prevention Programs and Their Implementation in Europe (OSPI Europe): an evidence-based multi-level approach. *BMC Public Health*.9:428

3. ELEMENTOS CHAVE DA ESTRATÉGIA DE PREVENÇÃO DO SUICÍDIO

3.1 Melhorar o registo de casos e desenvolver a investigação

Em Portugal, as causas de morte são registadas e codificadas com base nos certificados de óbito emitidos pelos médicos em geral, dos quais apenas cerca de 7% são da responsabilidade de médicos afetos ao INMLCF, por ser esta a percentagem média de autópsias médico-legais realizadas no universo das cerca de 104.000 mortes registadas anualmente no nosso país (média dos últimos três anos).

Em boa verdade, não se conhece nem o número, nem o perfil dos suicidas, salvo algumas variáveis demográficas (sexo, idade e região) e umas quantas outras relativas aos métodos de suicídio. Embora as tentativas de suicídio representem um fator de risco de suicídio, existe evidência científica de que as pessoas que consumam o suicídio têm um perfil significativamente diferente daquelas que cometem tentativas de suicídio¹. E esta é, a nosso ver, uma questão de partida a que urge dar resposta. Uma resposta que passa necessariamente pela melhoria dos procedimentos de registo dos óbitos, envolvendo, nos casos em apreço, não apenas a generalidade dos médicos, mas também as autoridades de saúde e as equipas do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), os médicos legistas, as autoridades policiais e os magistrados do Ministério Público (MP), as conservatórias do registo civil e o Instituto Nacional de Estatística (INE).

Neste domínio, afigura-se importante ter em conta as regras e procedimentos preconizados no SUPRE (*Suicide Prevention*)², visando a melhoria da identificação e consequente registo dos suicídios, embora olhados à luz da realidade nacional e com as adaptações que esta naturalmente impõe. A saber:

- A identificação dos casos de suicídio;
- A certificação do óbito com base na *Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID)*³;
- A organização dos registos;
- O tipo de informação a registar;

- Os agentes envolvidos na recolha de dados;
- O tratamento dos dados obtidos.

a) Identificação de casos de suicídio

Identificar os casos de suicídio e distingui-los de outras causas de morte reveste-se de especial importância, constituindo uma etapa fundamental do processo conducente à certificação do óbito e consequente registo estatístico. Ora, esta primeira etapa nem sempre representa uma tarefa fácil, porquanto, à luz dos critérios da CID, a categorização de uma morte como suicídio depende da intencionalidade do autor, a qual não resulta evidente em muitas situações. Com efeito, existe um leque muito variado de situações em que, à partida, não é possível estabelecer se a morte foi devida a suicídio, a acidente ou mesmo a homicídio. É o caso das mortes ditas equívocas, que incluem, principalmente, as precipitações (quedas de local elevado), as trucidações por comboio, as asfixias por afogamento e as intoxicações. Ora se, a existir suspeita de homicídio, é desencadeado de imediato um conjunto de procedimentos de investigação criminal tendente a apurar os factos, outro tanto não sucede em relação às situações em que não existe tal suspeita. E é justamente aqui que, no nosso país, se situa a principal dificuldade em distinguir as mortes de etiologia suicida das de etiologia accidental. O inquérito policial, a existir, é quase constantemente sumário, não obedece a regras padronizadas e queda-se, não raras vezes, pela exclusão de uma possível etiologia homicida. E a morte tenderá a ser declarada como suicídio se obedecer à representação típica do suicídio (p. ex. cadáver suspenso de uma corda), sem que haja lugar a uma averiguação razoavelmente cuidada e sistemática das circunstâncias que envolveram a morte, nomeadamente a existência ou não de fatores de risco ou de atos preparatórios de suicídio. Nesta mesma linha, a morte de um indivíduo toxicodependente encontrado com os utensílios habituais (seringa, elástico, colher, limão, etc.), será, com elevada probabilidade, atribuída a morte accidental por sobredosagem de substâncias tóxicas ilícitas, descartando-se, liminarmente, a hipótese de suicídio. A atitude dominante é para classificar como suicídio o que parece ser suicídio, sem que se cuide de averiguar se existem motivos para o suicídio. Significa isto que não se conhece com suficiente rigor o número de pessoas que se suicidam em cada ano, nem existem elementos bastantes que permitam estimá-lo com razoável

segurança, ainda que tudo leve a crer que os valores sejam bastante superiores aos que figuram nas estatísticas oficiais (cf. Análise da Situação). Esta é, pois, uma das maiores fragilidades do nosso sistema de identificação de suicídios.

Nesta matéria, a Lei nº 45/2004, de 19 de agosto, que considera o regime das perícias médico-legais, estabelece, no seu artigo 18º, nº 1, que “[a] *autópsia médico-legal tem lugar em situações de morte violenta ou de causa ignorada, salvo se existirem informações clínicas suficientes que associadas aos demais elementos permitam concluir, com segurança, pela inexistência de suspeita de crime, admitindo-se, neste caso, a possibilidade da dispensa de autópsia.*” O problema não reside na lei, pois, em boa verdade, não existem razões de natureza técnico-científica que justifiquem a realização de autópsias médico-legais nos casos em que seja possível chegar, com razoável segurança, a uma conclusão sobre a etiologia médico-legal da morte. O problema prende-se, sobretudo, com a interpretação e execução da lei, ou, mais concretamente, com o processo de averiguação das circunstâncias que envolvem certas mortes, especialmente aquelas que, à partida, se configuram como de natureza equívoca.

b) A certificação do óbito

Em Portugal, a verificação e certificação do óbito é da competência dos médicos nos termos da lei (artigo 14º da Lei nº 45/2004, de 19 de agosto). Os modelos de certificado de óbito são os aprovados por diploma legal (Portaria nº 1451/2001, de 22 de dezembro), os quais obedecem às diretivas emanadas pela OMS para o efeito. Nos cursos de medicina são lecionadas aulas sobre a relevância do certificado de óbito e a necessidade do seu correto preenchimento, condições tidas por indispensáveis a uma elevada qualidade das estatísticas de mortalidade para fins epidemiológicos, definição de políticas de saúde pública e investigação científica⁴.

O Código Deontológico dos Médicos prevê expressamente, no seu artigo 114º (Declaração, verificação e certificado de óbito)⁵, os requisitos gerais exigíveis aos médicos para a certificação do óbito. A Direção-Geral da Saúde (DGS), por seu turno, dispõe de um sítio na Internet⁶, que disponibiliza informação genérica sobre esta matéria e um outro⁷ contendo as regras de preenchimento do certificado de óbito. Neste último diz-se, concretamente, que “[o]s dados são registados a nível central e a

codificação tem por base a Classificação Internacional de Doenças (CID 10) da Organização Mundial de Saúde (OMS), de uma forma regular e com critérios previamente definidos, de modo que estas estatísticas podem ter comparação regional, nacional e internacional.” Apesar de tudo isto, a experiência mostra claramente uma deficiente certificação do óbito no nosso país, sendo frequentes não apenas os certificados incompletos ou incorretamente preenchidos, mas também a confusão entre causas e mecanismos de morte, com o consequente impacto negativo nas estatísticas da mortalidade.

De entre os esforços desenvolvidos pela DGS no sentido de corrigir as deficiências atrás apontadas, avulta o *Sistema de Informação dos Certificados de Óbito (SICO)*, criado e regulado pela Lei nº 15/2012, de 3 de abril, que contou com a cooperação do INMLCF. Espera-se que o SICO venha contribuir decisivamente para melhorar o registo dos óbitos e, por extensão, viabilizar um melhor conhecimento dos suicídios e da informação que lhes esteja associada. Este sistema, atualmente em fase experimental, foi recentemente complementado por várias outras medidas regulamentares (Portaria nº 329/2012; Portaria nº 330/2012; Portaria nº 331/2012, todas de 22 de outubro, e Portaria nº 334/2012, de 23 de outubro), destinadas a melhorar a qualidade dos procedimentos de certificação dos óbitos e a promover uma maior celeridade no tratamento da informação disponibilizada em função dos diferentes perfis dos utilizadores (médico, médico do INMLCF, Ministério Público, Autoridade de Polícia, codificador, administrador e auditor do Ministério Público). Cabe aqui realçar a oportunidade e alcance da Portaria nº 331/2012, de 22 de outubro, que define os termos de transmissão eletrónica de dados ao Ministério Público através de mecanismos automáticos de interoperabilidade das informações registadas no SICO. À luz deste dispositivo, sempre que existam indícios de morte violenta, suspeitas de crime, declarando o médico ignorar a causa da morte ou tendo o óbito ocorrido há mais de um ano, a informação registada no SICO para os efeitos previstos no artigo 197.º, n.º 1, do Código de Registo Civil, é transmitida eletronicamente ao Ministério Público, através de mecanismos automáticos de interoperabilidade. Neste conjunto de situações, a dispensa ou não da autópsia médico-legal e a decisão de autorizar ou não a divulgação dessa informação e da causa da morte resultante da autópsia médico-

legal são inseridas no SICO por mecanismos automáticos de interoperabilidade entre o sistema informático do Ministério Público e aquele sistema.

O sucesso do sistema depende, todavia, de uma monitorização constante dos dados inseridos, com mecanismos de retroação que permitam corrigi-los e, em caso de dúvida, como certamente não deixará de acontecer em relação a algumas mortes equívocas, suprir a informação em falta, porventura através do recurso a averiguações retrospectivas ou a autópsias psicológicas.

c) Registo impreciso do suicídio à luz da CID

Em Portugal, como na generalidade dos países desenvolvidos, o registo de mortalidade associada ao suicídio abrange todo o país. Todavia, existem assimetrias regionais (litoral/interior, centros urbanos/meios rurais), que condicionam, em certa medida, a recolha de informação (influência religiosa, exposição dos médicos a pressões locais, intervenção das autoridades policiais – PSP, no meios urbanos; GNR, nos meios rurais, apólices de seguros de vida, etc.), suscitando questões de representatividade das amostras populacionais do país como um todo em termos de sexo, idade, características socioeconómicas e distribuição geográfica.

Uma questão identificada em vários países prende-se com a possibilidade de codificação do suicídio de forma errónea pela utilização de códigos alternativos, como, por exemplo, “evento de intenção indeterminada” (Y10-Y34) ou “morte acidental” (códigos V, W, X, Y; exemplo: X40-X49).

Este tipo de imprecisões ao nível da codificação do suicídio pode interferir na determinação da taxa de suicídio, com as consequentes repercussões negativas ao nível do desenho, implementação e avaliação das estratégias de prevenção do suicídio.

d) Natureza da informação a recolher para fins de registo de casos

Onde quer que ocorra a morte (residência, hospital ou outro local) ou quaisquer que sejam as autoridades intervenientes (autoridade de saúde, PSP, GNR, PJ, etc.), a recolha de informação deve obedecer a regras padronizadas que permitam obter os elementos necessários à categorização da morte ou a uma decisão judiciária suficientemente informada, se necessário com a colaboração do médico assistente, do médico do INEM ou do médico legista, eventualmente complementada por uma

autópsia médico-legal. Neste sentido, afigura-se indispensável a definição de procedimentos padronizados, que incluam a utilização de um formulário único, de preenchimento acessível, destinado a ser utilizado pelas autoridades que primeiramente acorrem ao local onde o cadáver foi encontrado.

Um formulário que inclua a informação pertinente e acessível a um agente da autoridade (cenário, método presumido, atos preparatórios, carta ou nota de despedida, incluindo novos meios tecnológicos, antecedentes médicos e psicopatológicos, consumo de substâncias psicoativas, perdas afetivas recentes, alterações do comportamento, ideias ou verbalizações de morte ou de suicídio, tentativas de suicídio e outras a apurar junto de familiares próximos ou vizinhos). Informação que, a não ser obtida nesse momento, dificilmente poderá ser conseguida mais tarde. Esta medida exige, no entanto, ações de formação prévias e a elaboração e divulgação de instruções para o correto preenchimento do formulário. Tais procedimentos deparam, no entanto, com um obstáculo. O destinatário natural desta informação é, à luz da nossa legislação, o magistrado do MP titular do inquérito. Ora, mesmo que não existam limitações à divulgação, ainda que sob reserva, de tais dados – e é duvidoso que a Lei da Proteção de Dados Pessoais (Lei nº 67/98, de 26 de outubro) o permita – afigura-se praticamente inexecutável vincular os magistrados do MP a introdução desses dados num registo nacional de óbitos, uma vez que se trata de uma tarefa que exorbita claramente o seu estatuto funcional. A alternativa seria encaminhá-los para o INMLCF, cujos médicos se encarregariam de o fazer por via eletrónica (ver comentários ao SICO).

Um sistema de registo da mortalidade por suicídio deve promover a recolha das seguintes informações básicas: sexo/género; idade; afinidade populacional; estado civil; profissão/ocupação; situação profissional/ocupacional; método do suicídio; data do suicídio; hora do suicídio; local onde o corpo foi encontrado, incluindo uma descrição sumária do cenário; local de residência; presença de carta ou qualquer tipo de nota de despedida e indícios de atos preparatórios sugestivos de intencionalidade suicida.

Para além destes dados elementares, é importante obter, sempre que possível, junto de familiares, vizinhos ou outros próximos, informação que ajude a reconstruir as circunstâncias que precederam a morte, nomeadamente: alterações recentes de

comportamento ou de hábitos de vida; doença mental; doença física, sobretudo se acompanhada de dor crónica; consumo de álcool e/ou drogas ou outras substâncias psicoativas; tentativas de suicídio; verbalização de ideias de morte ou suicídio; acontecimentos de vida relevantes adversos, como perdas afetivas ou outras recentes, perda de trabalho, situação de perda grave de proventos económicos, perda de habitação e orientação sexual.

Estas medidas devem ser acompanhadas pela identificação dos informantes, com vista a um contacto ulterior, se necessário. As informações assim recolhidas deverão ser complementadas por autos de notícia das autoridades (idealmente através de um formulário próprio, como referido atrás), por registos médicos e hospitalares, por relatórios de autópsia médico-legal e outros exames complementares de diagnóstico, e, eventualmente, por autópsias psicológicas. A autópsia psicológica⁸ constitui um método muito útil de investigação retrospectiva das mortes de causa equívoca, permitindo uma recolha mais exaustiva e sistemática de toda a informação disponível. A sua realização exige, todavia, recursos humanos diferenciados e meios logísticos onerosos, que, à luz da realidade nacional, inviabilizam a sua utilização por rotina, embora possa – e deva – ser utilizada, com vantagem, em casos selecionados ou por amostragem. Tal não impede, porém, que os médicos afetos aos serviços médico-legais, as autoridades de saúde e mesmo as equipas do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) devam ser chamados a ter uma participação mais ativa na recolha da informação, utilizando um formulário simplificado para este efeito.

e) Profissionais envolvidos na recolha de dados do suicídio

Embora, por força da lei, a certificação dos óbitos seja da competência dos médicos, que se encontram obrigados a recolher a informação que permita o correto preenchimento do respetivo certificado, o sistema de registo dos suicídios não pode assentar apenas nos médicos em geral, nos médicos de saúde pública (autoridades de saúde) e nos médicos legistas. O diagnóstico de suicídio e a exclusão de mortes equívocas, que podem ocultar um suicídio, exigem, habitualmente, outros meios. Daí a importância do envolvimento de outros profissionais, com especial destaque para as autoridades policiais, que, frequentemente, são as que primeiro acorrem ao local onde é encontrado o cadáver. Além destes, importa referir os profissionais de saúde mental,

pela sua posição estratégica em relação a pessoas apresentando fatores de risco de suicídio, os magistrados do MP, titulares dos inquéritos policiais, os funcionários das Conservatórias de Registo Civil, responsáveis pela receção, registo e eventual atualização dos certificados de óbito, os epidemiologistas, os especialistas em estatística, os técnicos de serviço social e os agentes funerários, entre outros.

f) Utilização de dados recolhidos na mortalidade por suicídio

Um sistema adequado de registo de suicídio pode fornecer informação relevante, não apenas em relação a taxas de suicídio, mas também sobre quem e como se suicidou, contribuindo, assim, para um melhor conhecimento do fenómeno. Informação que servirá um amplo leque de parceiros, nomeadamente epidemiologistas, profissionais de saúde mental, decisores políticos, investigadores, estudantes e outros.

O conhecimento e utilização desta informação pode também contribuir para uma maior consciencialização coletiva, para a redução do estigma associado ao suicídio, para fomentar a pesquisa científica neste domínio, para definir estratégias de prevenção mais adequadas e para monitorizar a sua eficácia.

Referências Bibliográficas

1. LINEHAN, M. (1986). Suicidal People – One Population or Two? *Annals of the New York Academy of Sciences*, 487:16-33.
2. WHO (2013). Suicide prevention. Acedido a 14 de fevereiro. Disponível em: http://www.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevention/en/
3. WHO (2013). International Classifications of Diseases. Acedido a 14 de fevereiro. Disponível em; <http://www.who.int/classifications/icd/en/>
4. AUNG, E. et al. (2009). Teaching Cause-of-Death Certification: Lessons from International Experience. *Post Graduate American Journal*, BMJ, November.
5. ORDEM DOS MÉDICOS (2013). Código deontológico dos Médicos. Acedido a 14 de fevereiro. Disponível em <https://www.ordemosmedicos.pt/?lop=conteudo&op=9c>.
6. DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE (sd). Verificação e certidão de óbitos. Acedido a 14 de fevereiro. Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i009156.pdf>.
7. DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE (2013). Certificados de Óbito. Acedido a 14 de fevereiro. Disponível em <http://www.dgs.pt/wwwbase/acessibilidade/aaaDefault.aspx?f=1&back=1&codigono=55246293AAA>
AAAAAAAAAAAAA

8. COSTA SANTOS, J. (2006). Autópsia Psicológica e Investigação da Morte. A Busca da Unidade na Diversidade. In B. Peixoto, C.B. Saraiva e Sampaio, D. (Coords.): *Comportamentos Suicidários em Portugal*. Coimbra: Sociedade Portuguesa de Suicidologia, 325-75.

3.2 Fatores de Risco e Fatores Protetores Relevantes

Fatores de risco são circunstâncias, condições, acontecimentos de vida, doenças ou traços de personalidade que podem aumentar a probabilidade de alguém cometer uma tentativa de suicídio ou, mesmo, suicidar-se.

A identificação dos fatores de risco e dos fatores de proteção torna-se essencial numa estratégia de prevenção do suicídio, pois contribui para delinear e detetar a natureza e o tipo de intervenção necessários, sendo indicativo das circunstâncias em que um indivíduo, uma comunidade ou uma população se encontram particularmente vulneráveis para o suicídio. Quando se encontram presentes uma série de fatores negativos existe uma maior probabilidade de comportamentos autolesivos e atos suicidas. Também permitem estabelecer uma estimativa do grau geral do risco de suicídio para uma pessoa e contribuir para o desenvolvimento de planos de tratamento que abordam os vários fatores envolvidos, fatores esses identificáveis e modificáveis.

As estratégias nacionais de prevenção devem identificar os grupos de risco, e, simultaneamente, focar-se na população em geral para mitigar o risco de atos suicidas. Existem grupos de alto risco e grupos com particulares vulnerabilidades ou com problemas de acesso aos serviços de saúde.

Para além de intervir nos grupos de maior risco ou de alto risco, outra forma de reduzir o suicídio é melhorar a saúde mental geral da população, aumentando a resiliência individual e da comunidade, promovendo o bem-estar possível dos indivíduos em todas as dimensões da sua vida^{1,2}.

É importante realçar que não é um único fator de risco ou protetor que determina ou evita o ato suicida. Além disso, nem todos os fatores são igualmente significativos em termos de prevenção, por isso devem ser considerados em conjunto e enquadrados no contexto do indivíduo e da sua história biográfica^k.

^k Para o conhecimento do fenómeno em Portugal, para além da prática clínica em diversos contextos, foram determinantes as investigações realizadas, nomeadamente por: Daniel Sampaio: "O adolescente e o suicídio" (1986); Carlos Braz Saraiva: "Para-Suicídio – Contributo para uma Compreensão Clínica dos Comportamentos Suicidários Recorrentes" (1998); Jorge Costa Santos: "Suicídio e Autópsia Psicológica: Estudo compreensivo e redefinição das estratégias de categorização das mortes auto-infligidas" (1998); Pestana Cruz: "Terapia Cognitiva de los Intentos de Suicidio: Cambiando Historias de Muerte por Historias de Vida"(2000); José Carlos Santos: "Emoção

Existem 3 categorias principais de fatores de risco: Individuais, socioculturais e situacionais:

a) Individuais

- Características sociodemográficas:

- Idade

Em Portugal, na Europa, na América do Norte e na maioria dos países em que existem dados disponíveis, as taxas de suicídio aumentam com a idade.

Também em Portugal os padrões etários de suicídio foram objeto de estudo³, tendo sido identificados 4 padrões básicos, em que avulta um padrão tipicamente ascendente, caracterizado por taxas específicas de suicídio, aumentando progressivamente dos grupos mais jovens para os mais idosos.

Cerca de 50% dos suicídios ocorrem após os 64 anos, com uma relativa estabilidade no sexo masculino. No Sul de Portugal, o padrão etário torna-se ainda mais visível, com acentuado predomínio do suicídio nos idosos.

No nosso país, durante as últimas décadas, o suicídio entre os adolescentes tem diminuído. No entanto continua a ser uma das principais causas de morte entre os jovens com idades entre os 15 e os 24 anos: num estudo realizado em 15 países europeus em jovens entre os 15 e os 24 anos pela Aliança Europeia Contra a Depressão, Portugal apresentava as taxas de suicídio mais baixas para homens (5.5) e mulheres (1.3), mas entre os 15 e os 29 anos era a 2ª causa de morte para homens, sendo a 6ª entre 2000 e 2006.

Os comportamentos autolesivos são mais comuns nos grupos etários mais jovens

- Sexo

Tanto em Portugal como na maioria dos países, o suicídio é mais frequente em indivíduos do sexo masculino, com um risco três vezes superior. O padrão de aumento em associação à idade é semelhante em ambos os sexos.

- Estado Civil

Pessoas solteiras, viúvas ou divorciadas estão em maior risco.

- Profissão

expressa e comportamentos para-suicidários" (2006); Ricardo Gusmão: "Depressão: detecção, diagnóstico e tratamento. Estudo de prevalência e despiste das perturbações depressivas nos Cuidados de Saúde Primários" (2006), José Henrique Santos: "A Morte Anunciada – Suicídio e Parassuicídio" (2007).

Alguns grupos profissionais, como os profissionais de saúde e os trabalhadores rurais, têm taxas mais elevadas de suicídio.

- Residência Urbana/ Rural

Em Portugal os suicídios são mais frequentes em meio rural, sobretudo no sul do país, registando-se uma tendência para o aumento nos grandes centros urbanos.

A migração, com os problemas inerentes, aumenta o risco.

- Comportamentos autolesivos e tentativas de suicídio anteriores

A investigação mostra que os comportamentos autolesivos e as tentativas de suicídio prévias são dos mais significativos preditores de risco para o suicídio.

Em muitos estudos publicados, até 50% daqueles que morreram por suicídio fizeram, pelo menos, uma tentativa prévia. As tentativas de suicídio são 10 a 20 vezes mais prevalentes do que o suicídio⁴, com variações etárias acentuadas: tentativas de suicídio/ suicídio de 30/1 nos jovens e de 3/1 nos idosos⁵.

A avaliação das características das tentativas anteriores e a identificação do contexto, permitem prever o risco, nomeadamente a existência de elevada intencionalidade, utilização de métodos altamente letais, premeditação/plano, acesso fácil aos meios e/ou existência de psicopatologia/doença médica grave, isolamento e escassos apoios sociais.

- Perturbação mental

A existência de perturbação mental é o fator de risco mais importante para o suicídio.

As perturbações com o risco associado mais elevado incluem: perturbações do humor, perturbações psicóticas, perturbações de ansiedade, abuso e dependência de substâncias (em particular o álcool no nosso país) e algumas perturbações da personalidade (perturbações estado limite e antissocial). Segundo diversos estudos, cerca de 90% das pessoas que morrem por suicídio sofrem de perturbação mental.

A depressão é o fator de risco mais frequente. A investigação mostra que 4% dos doentes com qualquer tipo de depressão e cerca de 15 a 20% com depressão grave morrem por suicídio, afetando mais os homens e os idosos, o que representa uma das três primeiras causas de mortalidade na faixa etária entre os 15 e os 34 anos, em todos os países^{6,7}.

A esquizofrenia é outra patologia do foro psiquiátrico em que a taxa de mortalidade por suicídio é considerável. Os autores referem um intervalo entre 4,9%⁸ e 10%⁹.

Independentemente da variação dos resultados, constitui um fator de risco superior ao da população em geral.

- Resiliências e vulnerabilidades da personalidade

Os traços de personalidade, a capacidade para gerir a dor psicológica, as competências na resolução de problemas e as capacidades para utilizar os recursos internos e externos, são fatores importantes que podem mitigar ou aumentar o risco de suicídio. Os traços frequentemente associados ao risco são a hostilidade, desamparo, dependência, rigidez e perfeccionismo. Elevados níveis de desesperança com ou sem depressão estão associados a um fator de risco elevado, assim como a impulsividade nas faixas mais jovens.

- Doenças físicas

A doença física pode aumentar o risco, sobretudo se estiver associada a défices funcionais, alteração da imagem corporal, dor crónica, dependência de terceiros. As de maior risco são as doenças neurológicas, oncológicas, VIH/SIDA e doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC).

- História familiar

Vários fatores da história familiar podem influenciar o risco de atos suicidas, sobretudo uma história de suicídio na família ou de perturbação mental. Podem estar relacionados com a influência do meio e/ou com fatores genéticos. Violência, abuso físico ou sexual e negligência familiar aumentam o risco.

- Fatores neurobiológicos

A investigação sugere a existência de uma relação entre os sistemas neurotransmissores envolvidos na depressão e no suicídio, mas também que os indivíduos que cometem suicídio poderão ter outras vulnerabilidades genéticas adicionais que aumentam o risco. Estudos sugerem alterações no eixo hipotalâmico-hipofisário-adrenérgico e anomalias nas neurotrofinas em sectores específicos do cérebro¹⁰.

b) Fatores socioculturais

- Estigma, valores culturais e atitudes

A forma como a sociedade percebe o suicídio tem um enorme impacto na prevenção. Há um estigma social que perpetua o desconhecimento e o medo. Em algumas culturas ou grupos religiosos, o suicídio pode ser tolerado num contexto específico, tal como os suicídios em defesa da honra do próprio ou da sua família.

- Isolamento social

O isolamento social figura entre os principais fatores de risco. Pode estar relacionado com fatores geográficos como a desertificação, mas também ser o resultado de depressão, alcoolismo e vergonha. Perdas afetivas, divórcio, prisão, *bullying* e *mobbing* podem ser outros fatores de risco. O envelhecimento atual da nossa população e o insuficiente suporte familiar e social, têm um grande impacto no isolamento dos idosos. A mudança atual da estrutura social caracterizada por individualismo crescente e perda das solidariedades de vizinhança, acentua vulnerabilidades prévias.

- Barreiras no acesso aos cuidados de saúde

As barreiras podem ser financeiras, físicas, geográficas ou pessoais (o estigma associado a uma doença mental ou a uma minoria étnica ou sexual dificulta a procura dos cuidados de saúde). A saúde mental é frequentemente subvalorizada no Sistema Nacional de Saúde, assim como a formação nos cuidados de saúde primários, 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, principalmente com o seu médico de família¹¹.

- Influência dos média

Os média podem contribuir para a prevenção dos comportamentos suicidas, pela forma e conteúdo das notícias que divulgam. A OMS e a IASP elaboraram um guia com recomendações para os média (como se desenvolve em 3.3.1).

c) Fatores situacionais

- Desemprego

Existem fortes associações entre as taxas de desemprego e as taxas de suicídio mas a respetiva natureza é complexa. Os efeitos do desemprego são mediados por fatores como a pobreza, baixa do nível social, dificuldades domésticas e desesperança entre outros; em períodos de crise económica acresce o grau de endividamento e a perda de

habitação. Por outro lado, pessoas com perturbações mentais têm maior risco de ficarem desempregadas¹².

- Acesso a meios letais

Os métodos utilizados por quem pensa suicidar-se dependem muitas vezes da acessibilidade aos meios. Meios letais de acesso fácil, como os pesticidas, armas de fogo e medicamentos, ou locais e edifícios elevados de fácil acesso, não protegidos, aumentam a probabilidade de suicídio.

- Acontecimentos de vida negativos recentes

Divórcio, viuvez, perdas relacionais significativas, perda de estatuto socioeconómico, abuso sexual ou físico e violência doméstica.

d) Fatores protetores

Os fatores protetores correspondem a características e circunstâncias individuais, coletivas e socioculturais que, quando presentes e/ou reforçados, estão associadas à prevenção dos comportamentos autolesivos e atos suicidas.

Uma estratégia de prevenção deve identificar as vias suscetíveis de estabelecer, manter e reforçar estes fatores.

Entre os fatores de proteção encontram-se:

- Fatores individuais: a capacidade na resolução de problemas e conflitos, iniciativa no pedido de ajuda, noção de valor pessoal, abertura para novas experiências e aprendizagens, estratégias comunicacionais desenvolvidas, empenho em projetos de vida;
- Fatores familiares: o bom relacionamento familiar, o suporte e apoio familiares, as relações de confiança;
- Fatores sociais: estar empregado, ter facilidade de acesso aos serviços de saúde, a articulação entre os vários níveis de serviços de saúde e parcerias com instituições que prestam serviços sociais e comunitários, os valores culturais, pertença a uma religião^{1,4,6}.

Referências Bibliográficas

1. WHO (2009). World Suicide Prevention Day Media. Release: Suicide Prevention (Supre).
2. WHO & IASP (2012). [Disponível em <http://www.iasp.info/wspd/index.php.un.2011>].

3. VEIGA A. & SARAIVA C. (2003) – Age patterns of suicide: identification and characterization of european clusters and trends. *Crisis*, 24(2):56-67.
4. SARAIVA C., VEIGA F., PRIMAVERA, R., CARVALHO S., TRAVASSOS, M., SOARES, L., CANHÃO, A. & TORRES, O. (1996). Epidemiologia do para-suicídio em Coimbra. *Psiquiatria Clínica*, 17(4):291-6.
5. WASSERMANN, D (2009). Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention. Oxford, University Press.
6. WHO (2002). Suicide Prevention in Europe – The WHO European monitoring survey on national suicide prevention programmes and strategies. Europe (WHO).
7. WHO (2004). For which strategies of suicide prevention is there evidence or effectiveness. Disponível em: <http://www.euro.who>.
8. PALMER B.A., PANKRATZ V.S., BOSTWICK J.M. (2005). The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination. *Arch Gen Psychiatry*. 62:247–53.
9. MILES CP. (1977). Conditions predisposing to suicide: A review. *J Nerv Ment Dis*. 164:231-46.
10. KUTCHER, S. & CHEHIL, S. (2007). Gestão de Risco de Suicídio - Um manual para profissionais de saúde. Massachusetts: Blackwell Publ.
11. LUOMA J., MARTIN, C., PEARSON, J. (2002). Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *American Journal of Psychiatry*. 159(6):909-16.
12. WHO (2011) Impact of economic crises on mental health. WHO, Regional Office for Europe, Denmark.

3.3 Intervenções Preventivas Eficazes

Conhecidos os principais fatores de risco e protetores do suicídio, o Plano Nacional de Prevenção do Suicídio deve contemplar essencialmente três grupos populacionais: população em geral, grupos de risco e grupos específicos. No primeiro, a generalidade da população; no segundo, indivíduos que, devido a fatores sociodemográficos ou patogénicos, apresentem alto risco de suicídio; no terceiro, indivíduos que tenham cometido tentativa de suicídio¹.

a) Estratégias de prevenção para a população em geral

As campanhas de prevenção do suicídio para a população em geral visam sobretudo a diminuição do estigma e o aumento do conhecimento em torno dos comportamentos da esfera suicidária, nomeadamente promover o reconhecimento do risco de suicídio, sinais de alarme, informação sobre fatores de risco e protetores, doença mental, sendo o combate ao estigma transversal a toda a campanha. Apesar dos estudos realizados apontarem para uma eficácia modesta desta medida², o seu valor é reconhecido para além da avaliação relativa ao aumento do conhecimento da população. Por outro lado, é identificada uma relação estreita entre a agudização de problemas e reduzidos índices de conhecimento^{3,4}.

• Restrição do acesso a meios letais

A remoção ou controlo dos meios habitualmente usados para cometer suicídio tem sido eficaz em vários países. Medidas como alterações legislativas visando um maior controlo no uso de armas (p. ex. Estados Unidos da América, Canadá), restrição ao uso e manuseamento de pesticidas (p. ex. China, Índia, Sri Lanka), destoxificação do gás de uso doméstico (p. ex. Suíça, Reino Unido), restrições ao consumo e venda de barbitúricos (p. ex. Noruega, Suécia, Austrália), alterações nas embalagens de analgésicos para uma apresentação em *blisters* (p. ex. Reino Unido), uso obrigatório de conversores catalíticos nos motores dos veículos (p. ex. Reino Unido, Estados Unidos da América), construção de barreiras em locais públicos usados para precipitação (p.

ex. Nova Zelândia) e uso de antidepressivos menos tóxicos (p. ex. Estados Unidos da América)¹.

Esta estratégia inclui um maior rigor na concessão de licenças de uso e porte de arma de fogo, incluindo caçadeiras, vedação do acesso a certos sítios de altura elevada, colocação de redes ou barreiras de proteção em certos locais, dificuldade na compra, armazenagem e distribuição de pesticidas.

Este objetivo carece não só de legislação e fiscalização adequadas, mas também de um maior envolvimento das autarquias e da sociedade civil de modo a promover a informação e as ações pedagógicas relativamente a alguns dos perigos inerentes.

- **Prevenção do consumo de bebidas alcoólicas**

Esta estratégia decorre da relação direta entre o consumo de risco e suicídio, resultante não só da dependência alcoólica como de consumos episódicos muito elevados. Envolve diversos aspetos como: respostas dos serviços de saúde (nomeadamente de diagnóstico ativo de problemas ligados ao álcool (PLA)), incluindo intervenção da saúde pública, venda, consumo público e publicidade de bebidas alcoólicas, redução das consequências negativas das intoxicações alcoólicas, maior fiscalização e nível de coimas e outras penalizações para os infratores do Código da Estrada.

A ação pedagógica na comunidade é relevante também para esclarecer os mitos acerca do alcoolismo, tirando partido, por exemplo, do depoimento de figuras representativas da sociedade.

A OMS⁵ refere como caso de maior sucesso na implementação deste tipo de medidas no séc. XX, a redução de suicídios nos homens na então URSS durante a *Perestroika*, através da diminuição do consumo de álcool. A proximidade e acessibilidade a estes meios podem, eventualmente, levar a que pessoas com comportamentos autolesivos se transformem em suicidas “involuntários”.

- **Autorregulação da comunicação social**

(ver desenvolvimento no ponto 3.4.1)

- **Consumo de medicamentos**

A ingestão de medicamentos em excesso representa uma das formas mais frequentes de suicídio, especialmente entre as mulheres e idosos⁶. Por exemplo nos EUA, onde os medicamentos mais frequentemente utilizados na consumação do suicídio são os analgésicos opiáceos e os psicofármacos⁷, em Portugal, embora não haja estudos recentes, a sobredosagem de psicofármacos (ansiolíticos e antidepressivos) representa um dos meios mais utilizados nos comportamentos autolesivos e atos suicidas, sobretudo pelas mulheres⁷. Também a revisão da literatura mostra que os ansiolíticos, especialmente as benzodiazepinas, são mais prescritos às mulheres e aos idosos, constituindo, além disso, em muitos países, o grupo de fármacos mais frequentemente utilizado em tentativas de suicídio, isoladamente ou em associação com o álcool ou outros medicamentos⁸. Portugal apresenta um dos mais elevados índices de consumo de benzodiazepinas ao nível europeu^{9,10}, tendo-se verificado, num estudo retrospectivo envolvendo 13 países europeus¹¹, um aumento do consumo no nosso país, não apenas de benzodiazepinas, mas também de antidepressivos.

Numa Unidade de Saúde Familiar (USF) verificou-se que o consumo no sexo feminino era duas vezes superior ao do sexo masculino e com tendência para aumentar após os 50 anos de idade¹². Os principais motivos de consumo e prescrição são a ansiedade, a perturbação do sono e a depressão. Os utentes com prescrição de benzodiazepinas procuram três vezes mais os cuidados terapêuticos do que outros. As benzodiazepinas mais prescritas foram as de semi-vida intermédia com propriedades ansiolíticas e os hipnóticos. A reconhecida eficácia e razoável margem de segurança destes psicofármacos poderá explicar a sua popularidade junto de médicos e pacientes, embora dê lugar a consumos prolongados (entre 2 e 8 anos)¹³, quando a indicação terapêutica não deve exceder, em média, as 2 a 4 semanas.

Assinale-se que, segundo os resultados dos exames toxicológicos realizados em 1339 suicidas autopsiados na Delegação do Sul do INMLCF, entre 1 de janeiro de 2009 e 31 de dezembro de 2012, 1161 (86,7%) revelaram a presença de, pelo menos, uma substância ou metabolito, e 468 (40,6%) eram positivos para benzodiazepinas. Ainda que estes resultados se refiram apenas a uma região geográfica circunscrita (concelhos de Lisboa, Loures e Sintra) e não incluam mortes de etiologia médico-legal

indeterminada, nem por isso deixam de ser fortemente sugestivos da associação entre consumo/ingestão de benzodiazepinas e morte por suicídio.

Torna-se, pois, necessário adotar medidas destinadas a reduzir a prescrição e o consumo crónico destes psicofármacos. Contudo, as medidas legislativas mais recentes (Portaria nº 198/2011, de 18 de maio, e Portaria nº 137-A/2012, de 11 de maio), visando uma *“maior racionalidade, transparência e monitorização, como elementos fundamentais para uma política do medicamento centrada no cidadão, promovendo acesso, equidade e sustentabilidade, à luz da melhor evidência científica disponível e nas melhores práticas internacionais”*¹⁴, não se revelaram suficientemente disciplinadoras da prescrição médica, em especial de psicofármacos (benzodiazepinas e antidepressivos), o que acentua a necessidade de desenho e implementação de ações complementares orientadas para a informação e sensibilização de médicos e pacientes.

b) Estratégias de prevenção para grupos de risco

- **Comunicação social** (ver desenvolvimento em 3.3.2)
- **Mobilização da comunidade**

Esta medida estratégica visa motivar a comunidade, numa articulação com os diversos serviços da rede, nomeadamente de saúde, segurança, autarquias, ONG e IPSS, para uma ajuda de proximidade, sobretudo em situações de crise económica e social.

• Sobreviventes

A estratégia de pós-venção visa apoiar, no processo de luto, familiares e amigos de uma pessoa que se tenha suicidado, ou seja, os designados sobreviventes. Os principais objetivos são não só facilitar a resolução do processo de luto, mas também prevenir outros atos suicidas.

A efetividade das medidas referidas anteriormente foi comprovada em diversos contextos e sem um aumento excessivo de gastos. No entanto, a complexidade dos comportamentos suicidários, onde a especificidade cultural tem particular relevância, implica uma avaliação das medidas anteriormente referenciadas.

Nalguns contextos parece ter-se assistido, com a restrição de acesso aos meios, a uma aparente substituição de métodos. Pese embora ter havido sempre uma redução na

taxa global de suicídios, alguns métodos, ditos de substituição, conheceram um ligeiro aumento¹⁵. Parece contudo consensual que a restrição de meios é uma estratégia com evidência mais robusta e com maior possibilidade de avaliação da sua efetividade. Mas, dadas as características do comportamento suicidário, uma medida isolada não poderá constituir um programa de prevenção do suicídio.

c) Estratégias preventivas ao nível individual

- **Identificação e tratamento das perturbações mentais**

Esta estratégia visa aproximar a temática do suicídio dos cuidados de saúde primários. O despiste de quadros depressivos graves e do consumo de substâncias psicoativas, lícitas ou ilícitas, são dois bons exemplos do reconhecimento de fatores de risco de suicídio, complementado por uma intervenção terapêutica adequada e o mais precoce possível.

Outros exemplos incluem depressão bipolar, esquizofrenia, principalmente nos primeiros anos da doença, perturbação estado limite da personalidade e ainda doença oncológica e dor crónica, numa lista não exaustiva, conquanto estas duas últimas entidades não tenham que ser encaradas como uma inevitabilidade face aos avanços dos cuidados paliativos.

- **Indivíduos que cometeram tentativa de suicídio**

Esta estratégia visa a abordagem de indivíduos com comportamentos autolesivos, ingestão de medicamentos em excesso ou utilização de um outro método potencialmente letal.

Nessa abordagem deverá existir um “compreender e explicar”, que está para além do reconhecimento de sintomas. Existem procedimentos específicos mais diferenciados de psicoterapia, psicofarmacologia e suporte social, privilegiando um acompanhamento regular de proximidade.

Referências Bibliográficas

1. WHO (2012). *Public Health Action for the Prevention of suicide: a Framework*, WHO. Acedido a 14 de fevereiro.
Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75166/1/9789241503570_eng.pdf
2. MANN J. et al. (2005). Suicide Prevention Strategies: A Systematic Review. JAMA.294 (16):2064-74.

3. JORM, A. (2000). Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 177:396-401.
4. RICWOOD, D. *et al.* (2005). Young people's helpseeking for mental health problems. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 4(3):1-34.
5. WHO (2011). Impact of economic crises on mental health. WHO, Regional Office for Europe, Denmark.
6. COSTA SANTOS, J. (1998). Suicídio e Autópsia Psicológica: Estudo compreensivo e redefinição das estratégias de categorização das mortes auto-infligidas. Tese de doutoramento apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. :534.
7. JONES, C., MACK, K., PAULOZZI, L. (2013). Pharmaceutical Overdose Deaths, United States, 2010. *JAMA*. 2013;309(7):657-659. doi:10.1001/jama.2013.272. Acedido em 28 março. Disponível em <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1653518>
8. RIBEIRO, C. (2005). *Revisão de Suicídios com Tranquilizantes*, in. PsiqWeb, internet, disponível em <http://www.psiqweb.med.br/>2005
9. GUEDES, J. (2008). Consumo de Benzodiazepinas em Portugal, internet, disponível em <http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/991/1/11488.pdf>.
10. FURTADO, C., TEIXEIRA, I. (2005). Evolução da Utilização das Benzodiazepinas em Portugal Continental entre 1999 e 2003. Observatório do Medicamento e Produtos de Saúde. Direcção de Economia do Medicamento e Produtos de Saúde. Junho de 2005.
11. DIAS, M. (2012). Prevalência de álcool e outras substâncias psicoactivas nos condutores em geral e em feridos graves ou mortos em acidente de viação. Seminário *DRUID - Driving Under Influence of Drugs, Alcohol and Medicines*, comunicação oral, Lisboa, 16.01.2012. Acedido a 16 de março. Disponível em:
<http://www.ansr.pt/LinkClick.aspx?fileticket=qf7bBs1qsoM%3D&tabid=36&language=pt-PT>
12. CADILHE, S. (2004). Benzodiazepinas – prevalência de prescrição e concordância com os motivos de consulta. *Rev Port Clin Geral* 2004;20:193-202.
13. FORSAN, M. A. (2010). O Uso indiscriminado de benzodiazepínicos: uma análise crítica das práticas de prescrição, dispensação e uso prolongado. Monografia para obtenção do grau de Especialista em Atenção Básica em Saúde de Família na Universidade Federal de Minas Gerais. Campos Gerais/MG. Disponível em <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0649.pdf>
14. Portaria nº 137-A/2012, (2012). Diário da República, 1.ª série, n.º 92, de 11 de maio:2478-(2) (Preâmbulo). Disponível em <http://dre.pt/pdf1sdip/2012/05/09201/0000200007.pdf>
15. FLORENTINE, J., CRANE, C. (2010). "Suicide prevention by limiting access to methods: a review of theory and practice". *Social Science and Medicine*, 70 (10), 1626-32.4.

3.3.1 Comunicação social

Os média podem ajudar ou dificultar na prevenção do suicídio, consoante promovam a educação pública ou aumentem a visibilidade do suicídio apresentando-o como uma solução para os problemas da vida. Nesse sentido, os média podem ter um efeito devastador na propagação de comportamentos autolesivos e atos suicidas através do denominado *efeito Werther*¹. Estudos realizados em finais dos anos 80, mostraram a importância do papel dos média neste domínio. A redução de notícias sobre os suicídios consumados no metropolitano, na Áustria, traduziu-se por uma redução de 80% destes².

Reconhecendo a importância dos média nesta área, a OMS e a IASP^{3,4} (anexo VII) editaram um manual contendo recomendações simples, mas eficazes, sobre o tratamento noticioso dos casos de suicídio:

- Trabalhar em conjunto com as autoridades de saúde quando da apresentação dos factos;
- Referir-se ao suicídio como consumado e não como bem sucedido;
- Apresentar apenas os dados relevantes nas páginas interiores;
- Realçar as alternativas ao suicídio;
- Fornecer informações sobre as linhas de ajuda e recursos comunitários;
- Publicar indicadores de risco e sinais de aviso.

A OMS alerta ainda para o que se não deve fazer, nomeadamente:

- Publicar fotografias ou notas de suicídio;
- Noticiar detalhes específicos do método usado;
- Apresentar razões simplistas; não glorificar ou apresentar de forma sensacionalista o ato suicida; não usar estereótipos religiosos ou culturais;
- Dividir a culpa.

Fenómeno relativamente recente e ainda pouco estudado tem a ver com a Internet e as redes sociais (*facebook*, *twitter* e outras). Se é impossível negar a sua influência, mais difícil é o seu controlo, visto depender essencialmente dos utilizadores e, por isso,

não permitir medidas individuais, mas apenas de natureza global⁵. No campo da prevenção, a sensibilização e formação de todos para as vantagens da comunicação social e das redes sociais na promoção da saúde mental, é uma medida importante, pelo que ações de formação a jornalistas deverão ser implementadas regularmente. Esta estratégia deve encorajar a comunicação social a uma forte contenção na publicação de notícias de suicídios.

Referências Bibliográficas

1. PIRKIS, J. (2009). Suicide and media, *Psychiatry*, vol.8, nº 7:269-71.
2. ETZERSDORFER E., SONNECK G. (1998). Preventing suicide by influencing mass media reporting: the Viennese experience 1980-1996. *Archives of Suicide Research*.4:67-74.
3. OMS (2000). Prevenir o Suicídio. Um Guia para os media. OMS, Genebra.
4. WHO (2008). Preventing suicide: a resource for media professionals. WHO, Geneva.
5. LUXTON, D., JUNE, J., FAIRALL, J. (2012). Social media and suicide: a public health perspective. *American Journal of Public Health*, 102 suppl 2:S195-200.

3.3.2 Porteiros Sociais

A formação de porteiros sociais tem sido importante para a identificação de indivíduos em risco e promoção da primeira ajuda na avaliação e referenciação para acompanhamento mais especializado¹, sendo indicada como uma componente importante para a prevenção de atos suicidas^{2,3}. Apesar de haver algumas dificuldades na avaliação da sua eficácia, tem-se verificado que os programas de porteiros sociais mais eficazes estão incluídos em estratégias mais abrangentes de prevenção de comportamentos autolesivos e atos suicidas, sendo necessários mais estudos para a compreensão do seu modo de atuação e da sua efetividade em diferentes partes da implementação de uma estratégia global de prevenção⁴.

Apesar das suas reconhecidas potencialidades, existem alguns obstáculos ao trabalho dos porteiros sociais: dificuldade na seleção de pessoas interessadas, escasso reconhecimento do papel dos porteiros sociais por parte das pessoas em risco, falta de confiança das pessoas em risco devido a questões de confidencialidade e privacidade, particularmente em comunidades pequenas⁴. Outro nível de dificuldade prende-se com a referenciação para serviços de saúde mental, uma vez que, devido ao estigma existente, as pessoas em risco não reconhecem a necessidade de recorrer a estes serviços⁵.

Podem ser incluídos como porteiros sociais vários tipos de profissionais ou agentes sociais². Tradicionalmente são considerados em dois grupos: designados e emergentes. Nos designados incluem-se os profissionais da área da saúde, com treino e formação. Os emergentes são membros da comunidade sem formação prévia formal para uma intervenção eficaz com pessoas em risco de comportamentos autolesivos ou atos suicidas, mas capazes, após treino específico, de reconhecer e encaminhar alguém em risco⁶. Nos primeiros estão incluídos os médicos de família, médicos do INEM, enfermeiros, psicólogos, técnicos de serviço social e outros profissionais dos serviços de saúde. Nos emergentes incluem-se os bombeiros, taxistas, professores, sacerdotes, farmacêuticos, agentes de autoridade, cuidadores e pessoas disponíveis e com maior

sensibilidade, voluntários de grupos de entre-ajuda, trabalhadores em escolas, estabelecimentos prisionais, estabelecimentos militares, locais de diversão, líderes da comunidade, entre outros. Alguns autores incluem ainda a família, dada a sua proximidade⁷.

O treino e formação dos porteiros sociais deve permitir o desenvolvimento do conhecimento, atitudes e competências para a identificação de pessoas em risco, avaliação do risco e controlo da situação, com encaminhamento quando necessário⁸. A duração das ações de formação varia consoante o modelo adotado e o nível de diferenciação dos interessados. As especificidades contextuais e culturais dificultam a emergência de um modelo universal. Todavia, há consenso de que as ações de formação deverão ser regulares e acompanhadas de informação escrita.

Os programas de treino e formação de porteiros sociais nas escolas têm sido os mais comuns, com resultados no aumento do conhecimento, atitudes e competências. Contudo, escasseiam os estudos que provem a eficácia nos comportamentos autolesivos e atos suicidas⁴. Também em Portugal tem havido alguns programas implementados nas escolas que incluem porteiros sociais como elementos importantes no desenvolvimento dos mesmos⁹.

Programas que contemplam a existência de porteiros sociais para a população em geral, apesar de melhorarem o conhecimento, as atitudes e as competências dos envolvidos, necessitam de estudos aleatórios mais alargados que avaliem a longevidade do efeito, a sua consistência e impacto nas taxas de comportamentos autolesivos e atos suicidas⁴.

Referências Bibliográficas

1. KESSLER, R.; BERGLUND, P.; BORGES, G.; NOCK, M.; WANG, P. (2005). Trends in suicide ideation, plans, gestures, and attempts in the United States, 1990-1992 to 2001-2003. *JAMA*,293:2487-95.
2. MANN, J., et al. (2005). Suicide Prevention Strategies: A Systematic Review. *JAMA*,294 (16):2064-74.
3. BEAUTRAIS, A. et al. (2007). Effective strategies for suicide prevention in New Zealand: a review of the evidence. *New Zealand Medicine Journal*, 120:U2459.
4. ISAAC, M. et al. (2009). Gatekeeper Training as a Preventative Intervention for Suicide: A Systematic Review. *Canadian Journal Psychiatry*,54(4):260-8.

5. CAPP, K., DEANE, F., LAMBERT, G. (2001). Suicide prevention in Aboriginal communities: application of community gatekeeper training. *Aust New Zealand Journal Public Health*.25(4):315-21.
6. RAMSAY, R., COOKE, M., LANG, W. (1990). Alberta's suicide prevention training programs: a retrospective comparison with Rothman's developmental research mode *Suicide Life Threatening Behaviour*.20:7-22.
7. MOSKOS, M. et al. (2005). Utah Youth Suicide Study: psychological autopsy. *Suicide Life Threatening Behaviour*.35:536-46.
8. GOULD, M., KRAMER, R. (2001). Youth suicide prevention. *Suicide Life Threatening Behaviour*, 31(Suppl):6-31.
9. SANTOS, J., ERSE, M., FAÇANHA, J., SIMÕES, R., AMÉLIA, L. (2010). School-Based Suicide Prevention Program +Contigo: Methodological Issues, 13th European Symposium on Suicide and Suicidal Behaviour, International Association for Suicide Prevention, Roma.

3.3.3 Linhas de Telefones SOS

A história dos serviços de ajuda pelo telefone acompanha o aparecimento e a disseminação deste meio de comunicação.

Em 1953, Chad Varah, pastor protestante, fundou na Grã-Bretanha os Samaritanos e pôs em funcionamento uma linha de apoio às pessoas em desespero e em risco de suicídio. A divulgação feita nos jornais levou ao crescimento exponencial dos apelos. A evolução foi surpreendente, existindo hoje Telefones de Ajuda por todo o mundo, funcionando com voluntários não profissionais

O primeiro serviço de ajuda telefónica em Portugal, o SOS-Voz Amiga (Lisboa), surgiu em 1978. Seguiram-se muitos outros de que se destacam o SOS-Telefone Amigo (Coimbra, atualmente inativo), o Telefone da Amizade (Porto), o SOS-Estudante (Coimbra), o SOS-Palavra Amiga (Viseu, atualmente inativo), o Escutar-Voz de Apoio (Gaia) e a Conversa Amiga (Lisboa). O Telefone da Esperança (Porto), surgiu recentemente em Portugal, mas faz parte da mais antiga e maior organização de voluntariado em Espanha.

A maioria destes serviços de ajuda telefónica está filiada em grandes organizações internacionais, nomeadamente a Federação Internacional dos Serviços Telefónicos de Emergência e os Samaritanos – *Befrienders Internacional*. Estas organizações partilham normas gerais como a confidencialidade das chamadas, o anonimato do apelante, a aceitação da diferença, a ausência de julgamento ou pressão, incluindo a pressão religiosa, política ou ideológica e a seleção e formação adequadas. Nos serviços ligados aos Samaritanos os voluntários avaliam sistematicamente a problemática do suicídio.

Os telefones de ajuda surgem intimamente ligados ao problema da prevenção do suicídio. Tentam diminuir o isolamento das pessoas em risco oferecendo alguém que está disponível para escutar. Os sentimentos, geralmente contraditórios, querer morrer e querer viver, não ser capaz de viver e não ser capaz de morrer, podem ser partilhados com outra pessoa. São pontos fortes dos telefones de ajuda o voluntário ser um desconhecido, a que não se vê a cara ou as reações, e ser um igual (na medida em que não é um profissional) que não tem qualquer possibilidade de intervenção fora

da relação estabelecida ao telefone. É, paradoxalmente, esta possibilidade de estabelecer uma ponte com outra pessoa, este reavivar de sentimentos de partilha, de solidariedade, que permite algumas vezes ultrapassar ou adiar a situação aguda de risco de suicídio. Ainda que as pessoas em alto risco de suicídio representem menos de dez por cento das chamadas para os telefones de ajuda, estes são importantes recursos de saúde mental para as pessoas em sofrimento.

O voluntário tem consciência que o essencial neste tipo de ajuda é saber escutar. Escutar com atenção, compreensão e respeito. Escutar criando empatia, isto é tentando ver a realidade como a outra pessoa a vê. Escutar, sentindo-se solidário com o outro. Ser um interlocutor ativo e apoiante do outro, fazendo-lhe companhia na sua viagem e ajudando-o a ganhar confiança em si próprio e na sua capacidade de autodeterminação.

As formas de organização destes serviços de ajuda são as mais diversas, mas têm em comum o oferecerem serviços públicos de ajuda emocional pelo telefone em situações de crise.

Todos os serviços fazem a seleção dos candidatos a voluntários e uma formação inicial formal. A supervisão ou intervisão das relações estabelecidas ao telefone é feita por voluntários mais experientes (podendo alguns deles ter formação na área da saúde mental) ou por técnicos da área da saúde mental contratados (no caso de um serviço). Os voluntários são sujeitos a uma sobrecarga emocional marcada, pelo que se torna necessário que haja um espaço/tempo em que possam falar sobre a forma como vivenciam o trabalho de escuta e as emoções experienciais.

A avaliação da intervenção destes serviços é muito difícil devido à exigência do anonimato. Contudo, a experiência da Linha SIDA do Ministério da Saúde, gerida pela Fundação do Bom Sucesso, apesar da exigência do anonimato tem obtido resultados bastante positivos através de um sistema padronizado de recolha de informação registada em computador. Os dados são depois analisados e interpretados por especialistas na matéria. Têm sido feitos alguns estudos a partir de inquéritos mediados por órgãos de informação. O que é mais fácil de avaliar são os procedimentos de seleção, formação e supervisão.

A ideia de construir uma rede com os diversos serviços de ajuda pelo telefone tem estado presente. A criação de uma federação é dificultada pelos diferentes estatutos

jurídicos dos serviços. A colaboração em rede implica estabelecimento de relações de confiança e partilha entre os diversos serviços.

A existência de um organismo independente que pudesse fazer a auditoria dos serviços seria um caminho a explorar.

A vantagem dos serviços de ajuda com voluntários não profissionais é dupla, por um lado a mais-valia que representa a relação de ajuda ser feita por pares, e por outro lado o aumento na sociedade do número de pessoas que viveram a experiência gratificante de ajudar e com formação específica. Os serviços de ajuda com profissionais são mais fáceis de manter em funcionamento e gerir.

SOS – Voz Amiga: 800 202 669, 21 354 45 45, 91 280 26 69, 96 352 46 60

Facebook: <https://www.facebook.com/pages/SOS-VOZ-AMIGA/321088290699>

Telefone da Amizade: 808 223 353, **228 323 535**, jo@telefone-amizade.pt

Apartado 4857, 4014 Porto

SOS – Estudante: 808 200 204, 969 554 545

Escutar – Voz de Apoio: 225 506 070, sos.vozdeapoio@sapo.pt,

Apartado 2533, 4401-401 Vila Nova de Gaia

Conversa Amiga: 808 237 327, 210 027 159

Telefone da Esperança: 222 030 707

3.3.4 Saúde 24

Saúde 24 - abordagem clínica no âmbito do atendimento telefónico

No atendimento telefónico da Linha Saúde 24, a avaliação da situação específica da pessoa que indiciue perturbação mental é realizada no âmbito da Triagem, Aconselhamento e Encaminhamento (TAE), com avaliação algorítmica (anexo VIII).

O atendimento é, predominantemente, orientado para a avaliação dos problemas de saúde agudos e realizado em tempo real (demora média para atendimento de 27 segundos).

Com a avaliação algorítmica, é possível dar a oportunidade à pessoa de expressar a sua situação de crise. A relação de ajuda estabelecida é fundamental, em particular, a empatia, o escutar ativamente e a validação das mensagens.

Pessoas em risco de suicídio requerem um seguimento com reavaliação periódica. Identificar quadros de perturbação mental e assegurar a continuidade dos cuidados reveste-se de especial importância para um planeamento e intervenção terapêutica eficazes.

Ao ter presente que o risco de tentativas repetidas de suicídio é maior durante o primeiro ano subsequente, a identificação do utente deverá permitir uma efetiva gestão do caso com referenciação para os recursos de saúde mais adequados.

O atendimento telefónico realizado é gerador de confiança porque se baseia numa adequada condução da entrevista, de onde se destaca:

- Encorajar a maior abertura quanto à verbalização dos problemas identificados e dos sentimentos associados;
- Reconhecer o suicídio como uma escolha, mas não a aceitando como uma escolha “normal”, inevitável;
- Escutar ativamente com intervenções que reforcem, de forma positiva, a necessidade da pessoa se tratar bem a si mesma.

Triagem clínica do comportamento suicida

Os objetivos na avaliação da ideação suicida estão relacionados com o despiste/avaliação do risco das situações agudas e com o propósito de facultar informação para a prevenção e o aconselhamento. A triagem é suportada na árvore de decisão e guia a avaliação/decisão clínica, a intervenção terapêutica, a prevenção e a orientação ou encaminhamento mais adequado.

A avaliação algorítmica permite:

- Inventariar fatores de risco;
- Identificar antecedentes pessoais, nomeadamente atos suicidas;
- Caracterizar a magnitude dos sintomas suicidas atuais e os fatores de stresse suscetíveis de precipitar a passagem ao ato suicida;
- Otimizar os níveis de impulsividade e de controlo pessoal e potenciar os fatores de proteção contra o suicídio.

Na avaliação das situações de ideação suicida é reconhecida a existência de um problema de saúde, pelo que a identificação dos fatores desencadeantes e necessidades imediatas, é prioritário.

O processo de atendimento (anexo IX) obedece a princípios orientadores e uniformes de forma a poder seguir a situação da forma mais homogénea possível.

De referir ainda que todas as chamadas são gravadas e podem estar disponíveis até durante um ano para efeitos de monitorização ou outros procedimentos legais; existe a possibilidade de os enfermeiros efetuarem registos escritos, em forma de “comentário”, sobre a chamada atendida; toda a informação escrita originada pela utilização do algoritmo ou comentários registados pelos enfermeiros ficam disponíveis para consulta posterior.

3.4 Estratégias preventivas ao nível de populações específicas

3.4.1 Adolescentes

O suicídio nos jovens, tal como nos adultos, é um fenómeno complexo e multideterminado com uma interligação dos vários fatores que, em cada caso individual, podem conduzir a um resultado fatal.

O jovem que tenta o suicídio fracassou no seu processo de desenvolvimento, numa tripla perspetiva, individual, familiar e social, determinando uma visão negativa de si próprio, provavelmente de lenta organização desde a infância, mas que eclodiu devastadoramente na adolescência^{1,2}.

Apesar da taxa global ter vindo a descer nos últimos anos, os resultados continuam a apontar o suicídio como uma das três principais causas de morte entre os 15 e os 24 anos.

A gravidade deste problema global de saúde pública já tinha sido realçada pela Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa em 2008, vinculando todos os países membros a este problema como uma prioridade política.

A investigação sobre o suicídio juvenil tem sido feita pelos países europeus, Estados Unidos da América, Canadá, Nova Zelândia, Austrália e Japão, conhecendo-se muito pouco sobre o assunto no resto do mundo.

As estatísticas oficiais do suicídio dão-nos apenas uma visão parcelar do problema. De facto, as taxas reais de suicídio juvenil não existem, as que são descritas são subestimadas por sistemas de registo pouco eficazes e por razões familiares de estigma social, religiosas e culturais. A situação agudiza-se em relação aos comportamentos autolesivos e às tentativas de suicídio, em que os dados epidemiológicos são muito incompletos, considerando-se que só se conhece uma pequena parte da realidade, com a gravidade inerente a que a ideação suicida, os comportamentos autolesivos e as tentativas de suicídio representam alguns dos principais fatores de risco para o suicídio^{4,5,6}. Apesar das taxas de suicídio nos jovens

em Portugal não terem uma expressão muito significativa, também aqui não podemos ignorar a fragilidade dos dados. Neste século, a taxa foi sempre inferior a 5 por 100.000, com ligeiras alterações.

a) Fatores de risco

Os fatores de risco para os atos suicidas e para os comportamentos autolesivos, partilham muitas semelhanças, que passamos a assinalar:

- Individuais;
- Sociodemográficos;
- Idade, género e orientação sexual.

As taxas de suicídio e de tentativas de suicídio aumentam com a idade, apresentando uma maior incidência na fase final da adolescência e adulto jovem^{6,7,8,9,10,11}. Num estudo realizado em 15 países europeus em jovens entre os 15 e os 24 anos, Portugal apresentava as taxas de suicídio mais baixas para homens (5.5) e mulheres (1.3), mas entre os 15 e os 29 anos era a 2ª causa de morte para homens, sendo a 6ª entre 2000 e 2006¹⁴.

Os rapazes cometem mais suicídio, em todos os países em que os dados foram analisados, com exceção da China, em contraste com a ideação suicida e tentativas de suicídio em que as raparigas apresentam taxas mais elevadas^{15,16,17}. Nas raparigas entre os 12 e 15 anos os comportamentos autolesivos são cinco vezes mais frequentes que nos rapazes⁶.

Verifica-se a presença de risco acrescido de tentativas de suicídio e comportamentos autolesivos em jovens com orientação homossexual e bissexual, com risco 6 vezes mais elevado que o grupo heterossexual, registando-se tentativas de suicídio em 20-40% dos jovens homossexuais entre os 15 e 17 anos¹⁷.

Nos atos suicidas, as intoxicações medicamentosas, em especial por ingestão de psicofármacos, são o método mais utilizado pelas raparigas. Os rapazes usam métodos mais violentos como a precipitação e as armas brancas ou de fogo. Nos comportamentos autolesivos, as automutilações e as sobredosagens medicamentosas são o método mais utilizado. Portugal, acompanha a tendência dos outros países^{1,6,7,18}.

b) Perturbação mental

A investigação realizada tem mostrado taxas elevadas de perturbação mental em adolescentes com suicídio, tentativas de suicídio e comportamentos autolesivos^{6,10}. Os

estudos envolvendo autópsias psicológicas mostram que cerca de 90% dos jovens que se suicidaram tinham uma perturbação mental¹⁹. Deve salientar-se que os comportamentos autolesivos e atos suicidas podem ocorrer em adolescentes que não apresentavam nenhum quadro de perturbação mental, o que sucede em cerca de 5-10% dos jovens que se suicidam¹⁰.

As perturbações psiquiátricas mais prevalentes associadas ao suicídio e comportamentos suicidas não fatais, incluem a depressão, sendo a comorbilidade, particularmente com abuso de álcool e/ou outras substâncias psicoativas, um fator de risco acrescido. Alguns estudos apontam que 50% dos jovens com tentativas de suicídio apresentavam um quadro de depressão¹⁷. A perturbação bipolar tem sido associada com taxas de suicídio entre 20-44%¹⁰.

As perturbações de ansiedade, particularmente em comorbilidade com depressão, têm sido identificadas como aumentando o risco de comportamentos fatais e não fatais, estando fortemente associadas com tentativas de suicídio e comportamentos autolesivos.

O abuso de substâncias está acentuadamente relacionado com as tentativas de suicídio e o suicídio consumado, sendo o risco mais elevado nos rapazes, sobretudo em associação com perturbações do comportamento^{6,9,14,15}.

As perturbações disruptivas do comportamento constituem fator de risco para o suicídio e comportamentos autolesivos, sendo mais comuns nos rapazes, muitas vezes coexistindo com depressão e abuso de substâncias psicoativas. De salientar que muitos dos fatores de risco para as perturbações do comportamento são também fatores de risco para comportamentos autolesivos. Os traços ou perturbações da personalidade mais associados correspondem ao estado limite e antissocial^{6,9,10,15}.

As perturbações psicóticas contribuem de forma pouco significativa para as taxas globais de suicídio nos jovens¹⁵.

c) Características psicológicas, cognitivas e vulnerabilidades da personalidade

São particularmente significativas a desesperança, o pensamento dicotómico e a confusão identitária. Outros fatores associados incluem a baixa autoestima e autoconfiança, um modelo de autoapreciação e de culpabilidade negativamente distorcido e um *locus* de controlo externo. Os traços de personalidade mais

frequentemente associados são a impulsividade, a agressividade e o perfeccionismo^{1,5,6,11,18,20}.

d) Tentativas de suicídio anteriores e ideação suicida

A investigação mostra que as tentativas de suicídio prévias são dos mais fortes preditores de risco para a consumação do suicídio, elevando-o para 10-60 vezes, sobretudo nos 3 a 6 meses subsequentes, podendo ocorrer uma escalada dos meios com recurso a métodos mais letais¹⁴. As tentativas de suicídio, como acima referido, nos jovens são mais prevalentes do que o suicídio, com uma relação de 30 para 1 e no sexo feminino⁵, sendo de assinalar que 86% não contactam os serviços de saúde²¹. A presença de ideação suicida e de comportamentos autolesivos são também importantes preditores de suicídio. Num estudo realizado em Portugal com estudantes de escolas secundárias do Norte, Centro e Sul do país, com idades entre os 15 e os 18 anos, cerca de 7% tinha feito uma ou mais tentativas de suicídio¹.

Uma história familiar de suicídio ou tentativas de suicídio aumenta o risco de suicídio ou comportamentos autolesivos nos adolescentes. A investigação sugere o envolvimento de mecanismos genéticos e ambientais na transmissão familiar.

Verificaram-se elevadas taxas de psicopatologia parental, particularmente depressão e abusos de substâncias, associadas a tentativas de suicídio e suicídio na adolescência.

e) Familiares

Além de antecedentes de atos suicidas e de psicopatologia parental, em particular a depressão e abuso de substâncias, 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^{1,23} e escassas redes de sociabilidade. São também fatores associados a disputa parental, o divórcio, a separação, a morte de uma das figuras parentais e famílias adotivas.

f) Sociais

- Escola e grupo de pares

Múltiplos estudos de revisão de jovens com comportamentos autolesivos e atos suicidas mostram que estes registam insucesso ou abandono escolar, problemas de comportamento e isolamento escolar^{6,20}.

Na relação com o grupo de pares, são marcadas as dificuldades nas relações interpessoais, frequentemente com isolamento ou agressividade. Ter um amigo com tentativa de suicídio aumenta o risco de tentativa de suicídio, tanto nos rapazes como nas raparigas, 2-4 vezes mais nos jovens entre os 15-19 anos, ocorrendo particularmente nas escolas^{6,20}.

O *bullying*, seja como vítima ou agressor, está associado ao aumento de risco, apresentando as raparigas, quando vítimas, maior risco, mantendo-se esta associação mesmo após o controlo da depressão e de problemas de comportamento¹⁹. A associação entre *cyberbullying* e suicídio é uma área que ainda carece de mais investigação¹⁴.

- Abuso sexual e físico

Os abusos sexuais e físicos estão fortemente associados ao suicídio juvenil: 15 a 20% das raparigas que fazem tentativas de suicídio têm uma história de abuso. O abuso sexual intrafamiliar continuado representa um rico acréscimo de tentativas de suicídio e comportamentos autolesivos.

g) Situacionais

- Acontecimentos de vida/fatores precipitantes

Alguns acontecimentos de vida estão fortemente associados ao suicídio nos jovens nomeadamente:

- as perdas, de amigos, namorado(a);
- os conflitos familiares;
- a morte de uma pessoa significativa;
- os problemas disciplinares e académicos;
- o envolvimento no sistema de justiça;
- a doença física;
- atos suicidas nos colegas ou amigos^{6,7,9,18,20,21,22}.

O desemprego na família ou problemas financeiros são também fatores de risco.

- Exposição ao suicídio: média e *internet*

A evidência da investigação aponta que, tal como nos adultos, a influência dos média (jornais, filmes, televisão, internet) nos relatos sobre o suicídio e na forma como o fazem, aumenta o risco de atos suicidas e de comportamentos autolesivos. O risco de suicídio por imitação/contágio é especialmente elevado. O fenómeno dos *clusters* de

suicídio envolve geralmente adolescentes e jovens adultos com perturbações prévias. Mais recentemente têm sido publicados relatos de casos relacionados com os *cybersuicidas*. É necessário ter em conta o crescimento de sítios e fóruns na *internet* em que o suicídio é incentivado como estratégia de resolução de problemas^{6,10}.

- Acesso aos meios

A acessibilidade a meios potencialmente letais é um importante facilitador do suicídio, especialmente nos suicídios impulsivos, que caracterizam muitos dos atos suicidas nos jovens. A presença de armas de fogo em casa e de outros meios letais (p. ex. medicamentos), e a supervisão parental inadequada aumentam o risco de suicídio^{10,14}.

- Fatores protetores

Os fatores protetores são semelhantes aos da população em geral, existindo, no entanto, áreas mais específicas, nomeadamente:

- fatores familiares: cuidados parentais mantidos, coesão familiar, capacidade de envolvimento mútuo, partilha de interesses e suporte emocional;
- fatores individuais: capacidades de resolução dos problemas, sentido de valor pessoal, abertura para novas experiências e projetos de vida; a não utilização de substâncias nocivas;
- fatores sociais: pertença a um clima escolar positivo, boa relação com amigos e colegas, boas relações com professores e outros adultos, suporte dos pares, valores culturais e religiosos^{3,4}.

Sabe-se que o sentimento de pertença a uma família, a uma escola, a um grupo, a uma instituição ou a uma comunidade, podem proteger um jovem do suicídio.

- Prevenção

Todas as medidas de prevenção dos atos suicidas e dos comportamentos autolesivos nos adolescentes têm que ter em conta não só as suas características particulares, mas também que muitos jovens com comportamentos autolesivos não acedem aos cuidados de saúde mental, sendo detetados nas escolas ou no sistema de justiça.

A maioria dos estudos sobre a eficácia de programas de prevenção tem sido feita em adultos. Existem ainda muito poucos estudos que provem a eficácia, custo-benefício e adaptação cultural das estratégias com enfoque em meio escolar visando a redução de grupos de risco e de comportamentos de risco. O objetivo do projeto *SEYLE*, um estudo

envolvendo 11000 adolescentes de 11 países Europeus, procura justamente encontrar respostas para estas questões¹².

O programa da OMS para a prevenção do suicídio (SUPRE) coloca o enfoque em três áreas:

- Diminuição no acesso a meios letais;
- Detecção precoce e tratamento das perturbações mentais, através da formação dos profissionais de saúde e de outros sectores profissionais;
- Sensibilizar os média para a prevenção, essencial na adolescência devido ao efeito de contágio.

Vários programas de prevenção já implementados e em avaliação incluem também:

- Identificação precoce dos jovens com fatores de risco e sinais de alarme e intervenção efetiva;
- Maior acessibilidade aos serviços de saúde;
- Intervenção no espaço escolar;
- Programas escolares de sensibilização para o 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;
 - Existe controvérsia relativamente à triagem escolar dos jovens em risco;
 - Programa de sensibilização para a saúde mental.
- Políticas governamentais relativas ao consumo de álcool e outras substâncias psicoativas;
- Internet como fonte de ajuda: *websites* de prevenção;
- Redução do estigma das perturbações mentais e procura de ajuda;
- Educação e sensibilização da população;
- Proteção contra o efeito dos desafios globais, nomeadamente a recessão económica na saúde mental dos adolescentes.

Referências Bibliográficas

1. SAMPAIO, D., OLIVEIRA, A., VINAGRE, M., PEREIRA, M., SANTOS, N., ORDAZ, O. (2000). Representações Sociais do Suicídio em Estudantes do Ensino Secundário: as Explicações dos Jovens. *Análise Psicológica*, 2 (XVIII),139-155.
2. NES (2013). <http://nes.pt/>
3. WHO (2009). World Suicide Prevention Day Media Release: Suicide Prevention (Supre).
4. WHO; IASP (2012). [Disponível em <http://www.iasp.info/wspd/index.php.un>. 2011].
5. WASSERMANN, D. (2009). *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention*. Oxford, University Press.
6. HAWTON, K. SAUNDERS, K. CONNOR, R. (2012). Sel-Harm and Suicide in adolescents. *The Lancet*, vol 379, 2373-82.
7. SANTOS N. e SAMPAIO, D. (2013). Adolescentes em Risco de Suicídio: A experiência do NES. *Psiquiatria Clínica*,18(3):187-94. Lisboa.
8. FRAZÃO, P., ALMEIDA, N., SANTOS, N., SAMPAIO, D. (2006). Atalhos, Trilhos e Caminhos: estudo de follow-up de adolescentes e jovens adultos que recorreram ao NES. *Psycologica*,41:205-20. Lisboa.
9. CRUZ, D., SAMPAIO, D., SANTOS, N. (2007). Comportamentos auto-destrutivos na adolescência: experiência de avaliação clínica por uma equipa hospitalar. *Saúde Mental* IX,4:10-23. Lisboa.
10. HAWTON, K., FORTUNE, S. (2008). Suicidal behavior and Deliberate Self-Harm. :648-69. Rutter's Child and Adolescent Psychiatry, 5ª Ed. Blackwell Publishing.
11. KUTCHER, S., CHEHIL, S. (2007). Gestão de Risco de Suicídio – Um manual para profissionais de saúde. Massachusetts: Blackwell Publ.
12. WASSERMANN et al (2010). Savingand Empowering Young Lives in Europe (SEYLE). *BMC Public Health*, 10:192.
13. VARNIK et al. (2009). Gender issues in suicide rates, trends and methods among youths aged 15-24 in 15 European countries. *Journal of Affective Disorders*, Mar;113(3):216-26.
14. BRIDGE, J.; GOLSTEIN, T.; BRENT, D. (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of child psychology and psychiatry*,47(3/4):372-94.
15. BEAUTRAIS, A. (2003). Suicide and serious suicide attempts in youth: A multiple-group comparison study. *American Journal of Psychiatry*,160:1093-9.
16. WHO (2002). Suicide Prevention in Europe – The WHO European monitoring survey on national suicide prevention programmes and strategiesand strategies. Europe (WHO).
17. GREYNDANUS D, CALLES, J. (2007). Suicide in Children and Adolescents 2007. *Primary Care: Clinics in Office Practice*,34:259-73.
18. SARAIVA, C. (2006). Estudos sobre o para-suicídio – o que leva os jovens a espreitar a morte. Redhorse, Indústria Gráfica, Coimbra.

19. GOULD, M. SHAFFER, D. GREENBERG, T. (2003). The epidemiology of youth and preventive interventions: a review of the past 10 years. *Journal American Academy Child Adolescent Psychiatry*;42(4):386-405.
20. SAMPAIO, D. (2002). *Ninguém Morre Sozinho. Os Adolescentes e o Suicídio*. 12ª ed. Caminho. Lisboa.
21. HAWTON, K. (2005). *Prevention and treatment of suicidal behaviour*. Oxford, University Press.
22. SARAIVA, C. (2010). Suicídio: de Durkheim a Shneidman, do determinismo social à dor psicológica individual. *Psiquiatria Clínica*, 31,(3):41-61, 2010.
23. SANTOS, J. (2007). *Para-suicídio. O que dizem as famílias. A Emoção Expressa*. 1ª ed. Coimbra: Formasau.

3.4.2 População Idosa

O suicídio após os 65 anos de idade é considerado como um dos mais sérios problemas de saúde pública¹. Também em Portugal as taxas de suicídio após os 65 anos são mais elevadas, aumentando consideravelmente a partir dos 75 anos. Na década de 90 a taxa entre os 65 e 74 anos foi aproximadamente de 20, com uma subida para a ordem dos 30 a partir dos 75 anos¹. Para o mesmo período, a taxa global para Portugal foi de cerca de 10 por 100.000 habitantes.

O envelhecimento constitui um período de crise de desenvolvimento do ser humano, relacionado, direta ou indirectamente, com as dificuldades surgidas nesta fase da vida, nomeadamente com:

- As doenças crónicas, que podem representar um fator limitativo da autonomia;
- A reforma, que pode corresponder a uma diminuição do estatuto da pessoa e contribuir para o isolamento social;
- A viuvez, que constitui um dos fatores de stresse intenso na vida do indivíduo, exigindo um grande poder de adaptação e reestruturação;
- A perda de autonomia, que vai evoluindo com a perda da mobilidade e o aparecimento dos défices cognitivos, com uma alteração de papéis, podendo diminuir a autoestima do idoso.

É neste contexto que algumas pessoas idosas, sentindo que o seu mundo se transformou ao não possuírem competências para lidar com as perdas, a incapacidade e as pressões a que se encontram sujeitas, se podem tornar mais vulneráveis à depressão, constituindo uma das principais razões de sofrimento e perda de qualidade de vida.

O suicídio está frequentemente relacionado com perturbações depressivas e estas constituem precisamente as patologias psiquiátricas tratáveis mais comuns entre os idosos. Algumas mortes por suicídio são, por isso, potencialmente evitáveis. A redução das taxas de suicídio é um objetivo importante na agenda de qualquer plano nacional

¹ Instituto Nacional de Estatística, 2013, www.ine.pt

de saúde e particularmente relevante quando orientado para a população idosa. O risco de suicídio é mais elevado, nos homens com idade superior a 75 anos, viúvos, deprimidos, com problemas de álcool ou doenças crónicas incapacitantes e dolorosas².

Múltiplos fatores estão associados ao aparecimento de depressão:

- doenças somáticas: hipotireoidismo, cancro, doenças cardiovasculares, diabetes, doenças reumáticas, osteoarticulares, etc.;
- perdas afetivas e patrimoniais, lutos, conflitos, isolamento social.

Apesar de se saber que a prevalência da depressão é relativamente alta (8 a 17% nos que residem na comunidade) e de aumentar significativamente com a idade (sobretudo acima de 85 anos), continua a não ser diagnosticada eficazmente nos cuidados de saúde primários. A identificação de situações de risco de suicídio nos cuidados de saúde primários é crucial para a prevenção. Os estudos diferem entre regiões e países diferentes, mas há um número considerável de idosos que tem contacto, nos meses anteriores ao suicídio, com os serviços de saúde. Podemos identificar estudos em que mais de metade (53,9%) tem contacto com os cuidados de saúde primários na última semana e 82,2% no último mês⁴, cerca de três vezes mais que os jovens. As queixas mais comuns são sintomatologia depressiva e dor⁴. Contudo, na elaboração diagnóstica deve ter-se em conta que nem sempre a tristeza que um idoso apresenta corresponde a um estado depressivo. Este diagnóstico exige a associação de outros sintomas como a indecisão, a dificuldade em resolver determinados assuntos da sua vida, a perda de prazer, a culpabilidade, as alterações de sono e do apetite.

Entre 60-80% dos casos de suicídio em idosos estão relacionados com depressão⁵. Todavia, embora pouco estudada, a doença física também surge associada ao suicídio³. Alguns fatores podem explicar esta escassez de estudos, nomeadamente a raridade do suicídio, dificuldade na seleção da amostra e do grupo de controlo, a duração do estudo, dificuldade na diferenciação da somatização, dificuldade na identificação de mortes por suicídio⁶. Na literatura internacional são referidos seis fatores de risco relacionados com o suicídio no idoso⁷:

- Sexo masculino;
- Perdas cumulativas;
- Alcoolismo (cerca de 30% dos suicídios estão relacionados com o consumo de

bebidas alcoólicas);

- Isolamento (cerca de 60% das pessoas idosas em Portugal vivem sós ou com outra pessoa idosa, segundo o Censo de 2011);
- Desespero e angústia;
- Acesso a meios letais;
- Dificuldade em aceitar o envelhecimento e seus limites;
- Maior vulnerabilidade em situações de crises económicas.

Dado tratar-se de um grupo de risco, deve ser feita uma cuidadosa avaliação das condições de vida do doente, dos recursos sociofamiliares, incluindo alimentação, ocupação diária, como e onde dorme, se com quem convive e pode prestar cuidados – rede de suporte.

A equipa terapêutica deve transmitir ao idoso uma mensagem clara que lhe dê segurança e certeza de proteção sempre que necessário, nomeadamente quando se sinta em situação de desespero e sem um sentido de continuidade e/ou falta de apoio para ultrapassar as dificuldades.

Relativamente aos familiares, é importante avaliar a existência das condições que permitam dar apoio e satisfazer as necessidades dos progenitores e cônjuges. A presença de angústia e tristeza por culpa, saudade ou pelo forte impacto de ter um familiar que se suicidou é comum, podendo ocorrer um efeito de rutura em cascata, que é necessário considerar⁸.

Se também os familiares são portadores de patologia psiquiátrica devem ser envolvidos no tratamento, procurando criar-se alternativas saudáveis às novas rotinas de forma a reencontrar um sentido de vida para os mais velhos, incentivando-os a ter atividades e a preencher os seus dias com atividades prazerosas, mantendo a sua autoestima.

A fragilização cumulativa de recursos pessoais e sociais no ciclo vital mostra que o risco de suicídio na população idosa exige cuidados permanentes da área de saúde pública⁸ e do apoio social, seja através da identificação de necessidades, incremento de apoio e fortalecimento de redes, seja através de uma maior vigilância e supervisão do estado de saúde, com especial enfoque no diagnóstico e tratamento precoces de sintomatologia depressiva.

Referências Bibliográficas

1. KRUG, E., DAHLBERG, L., MERCY, J., ZWI, A., LOZANO, R. (2002). World report on violence and health. Geneva: World Health Organization. Self-directed violence;183-210.
2. MARQUES, L., RAMALHEIRA, C. (2006). O suicídio no Idoso, in *Psicogeriatría*:233-244, (ed. Horácio Firmino, Psiquiatria Clínica/Novalmedina).
3. LONNQVIST J. (2001). Physical illness and suicide. In *Suicide: An Unnecessary Death*, Wasserman D (ed.). Martin Dunitz: London:93-8.
4. TADROS, G.; SALIB, E. (2007). Elderly suicide in primary care. *International journal of Geriatric Psychiatry*,22:750-6.
5. GOTTFRIES, C., KARLSSON, C. (1998). Depression in later life, Oxford, Lundbeck International Psychiatric Institute.
6. STENAGER, E., STENAGER, E. (2000). Physical illness and suicide behaviour. In *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*. Hawton K, Heeringen K (eds). John Wiley: Chichester;404–20.
7. SHAH J., BHAT R. (2008). The relationship between elderly suicide rates and mental health funding, service provision and national policy: a cross-national study. *Int Psychogeriatr* 20(3):605-15.
8. MINAYO, M., CAVALCANTE, F., MANGAS, R., SOUZA, J. (2012). Psychological autopsies into suicide among the elderly in Rio de Janeiro. *Ciência e Saúde Coletiva*,17:2773-81.

3.4.3 População Prisional

Suicídio nas prisões

A prisão é um subuniverso da sociedade em que vivemos, e, como tal, reflete as mesmas vicissitudes sociais e dramas pessoais. O suicídio entre reclusos não é significativamente diferente do suicídio de outros cidadãos, ainda que os métodos utilizados para a sua consumação sejam bastante mais limitados – quase sempre o enforcamento. Embora os fatores de risco sejam amplamente sobreponíveis aos da população em geral, importa, ainda assim, ter em conta o peso específico da privação da liberdade, com tudo o que esta representa, e o próprio sistema prisional, gerador de violência hetero e autodirigida.

Nestes casos, a família e os amigos não perdem apenas uma pessoa amada, perdem-na em circunstâncias especialmente dolorosas, porque fisicamente distantes e em condições potencialmente mais traumatizantes. Mas o suicídio na prisão não afeta apenas os familiares do suicida. O suicídio neste meio representa um fator de convulsão interna, afetando não só os guardas e outros funcionários prisionais, mas também os reclusos – em especial, os que conviviam mais de perto com o suicida –, dando lugar a um processo de luto multidimensional, que justifica a adoção de medidas ajustadas a esta realidade¹.

A situação em Portugal

O número de suicídios registado na população prisional portuguesa entre 2000 e 2012 é apresentado na Tabela 1. Os valores registados em cada ano não podem, como é óbvio, ser dissociados do número total de reclusos, que, em 31 de dezembro de 2012, era de 13655, sendo a taxa de ocupação de 118,8%, com uma sobrelotação nas prisões regionais da ordem dos 139,7%, de acordo com dados da Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais (DGRSP). Ao longo destes 13 anos, o número de suicídios oscilou entre um mínimo de 7 em 2008 e um máximo de 23 em 2001. Por seu turno, a média

das taxas anuais por 10000 reclusos na última década (2000-2009) foi de 11,0, o que coloca Portugal numa posição intermédia entre os países da Comunidade Europeia, que regista um mínimo (zero) no Chipre e em Malta e um máximo de 22,1 na Eslovénia¹.

Tabela 1. Nº de suicídios na população prisional portuguesa entre 2000 e 2012

Anos	Total de óbitos	Suicídios	Incidência proporcional*	Nº de reclusos a 31 de dezembro	Prevalência**
2000	81	10	12,3%	12771	0,078302%
2001	106	23	21,7%	13112	0,175412%
2002	97	19	19,6%	13772	0,137961%
2003	100	16	16,0%	13635	0,117345%
2004	80	22	27,5%	13152	0,167275%
2005	93	9	9,7%	12889	0,069827%
2006	91	9	9,9%	12636	0,071225%
2007	77	10	13,0%	11587	0,086304%
2008	68	7	10,3%	10807	0,064773%
2009	56	16	28,6%	11099	0,144157%
2010	46	19	41,3%	11480	0,165505%
2011	62	8	12,9%	12696	0,063012%
2012	66	16	24,2%	13655	0,117087%

* % de suicídios relativamente ao nº total de óbitos

**% de suicídios relativamente à totalidade da população prisional

Fonte: Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais

Os 16 suicídios registados em 2012 nas prisões portuguesas correspondem a uma taxa bruta de 117,2, ou seja, cerca de 12 vezes superior à observada na população em geral. Todavia, estes valores têm de ser relativizados. Primeiro, porque os números absolutos são reduzidos. Depois, porque, em meio prisional, os mecanismos de identificação do suicídio são bastante mais fiáveis do que na população em geral, ou, dito de outro modo, a sua ocultação resulta praticamente impossível, porquanto, em regra, todos os casos dão lugar a um inquérito e a autópsia médico-legal.

Importa, todavia, ter presente que as taxas de suicídio, mesmo nas prisões, são demasiado baixas para serem consideradas como indicadores de efetividade, exceto ao cabo de vários anos.

O que mostram alguns estudos

Os estudos realizados em vários países ocidentais^{2,3,4,5,6} mostram, no essencial, o seguinte:

- Os regimes prisionais com maior investimento em medidas de suporte e apoio aparentam registar menos comportamentos suicidários que os demais;
- A ênfase da prevenção deve ser colocada nas fases iniciais da detenção;
- A identificação de reclusos em risco requer formação e treino específicos;
- A melhor forma de lidar com um recluso em risco de suicídio é a construção de uma relação com os elementos da equipa prisional;
- A entreaajuda entre reclusos é particularmente importante;
- O isolamento é um meio inadequado de lidar com reclusos; suicidas;
- Os reclusos sofrendo de perturbações mentais não devem ser colocados no isolamento;
- Todos os estabelecimentos prisionais devem possuir um programa de prevenção do suicídio perfeitamente identificável e conhecido pelos seus profissionais;
- Os registos estatísticos rigorosos são importantes.

Estratégia preventiva em meio prisional

a. Medidas gerais

A maioria dos programas de prevenção do suicídio nas prisões^{7,8} contempla as seguintes medidas gerais:

- Criação de um ambiente seguro, reduzindo os riscos estruturais (arquitetónicos, equipamento, etc.) e procedimentais (acesso a instrumentos e outros meios letais, etc.);
- Toda a instituição prisional deve estar permanentemente atenta ao problema e empenhada nos cuidados a dispensar aos reclusos em risco de suicídio;
- Todas as prisões devem dispor de uma unidade de cuidados de saúde primários e do apoio de uma equipa de saúde mental;
- Cuidados especiais para os reclusos em crise;
- Cuidados diferenciados para os reclusos que cometeram tentativas de suicídio ou automutilações;
- Formação e treino dos elementos da equipa prisional envolvendo noções elementares de psicologia e psiquiatria, estruturadas em módulos;

- Os elementos da equipa de saúde devem possuir formação específica na identificação de comportamentos suicidários e na forma de lidar com estes, bem assim como com casos de depressão e abuso/dependência de drogas e outras substâncias psicoativas;
- Revisões e auditorias periódicas.

b. Medidas específicas

- Triagem de todos os detidos;
 - Todos os reclusos admitidos devem ser avaliados nas primeiras 48 horas, mantendo-se a monitorização durante pelo menos 7 dias;
 - Os diagnósticos devem ser fundamentados e precisos;
- Elaboração de fichas de avaliação padronizadas e de procedimentos, visando o acompanhamento e a recolha sistemática de informação;
- As síndromes de abstinência, que ocorrem quando da admissão de reclusos toxicodependentes, devem merecer especial atenção, pois podem gerar comportamentos autolesivos e atos suicidas;
- Definição de critérios para tratamento e internamento dos reclusos em risco de suicídio;
- Todos os casos de suicídio ou de comportamentos suicidários devem ser sistematicamente revistos, analisados e discutidos por elementos da equipa prisional;
- Todos os casos de suicídio devem dar lugar a uma investigação interdisciplinar destinada a apurar as circunstâncias da sua ocorrência;
- Deve ser criada uma base de dados centralizada, relativa aos suicídios e comportamentos suicidários registados.

Assinale-se que a Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais (DGRSP) dispõe de um programa de prevenção do suicídio (PIPS), em fase de implementação, que contempla algumas das medidas atrás elencadas, tendo celebrado, em julho de 2012, um protocolo com a Sociedade Portuguesa de Suicidologia (SPS), com vista ao seu aperfeiçoamento e acompanhamento externos.

Referências Bibliográficas

1. Council of Europe Annual Penal Statistics 2000-2009. Acedido em 5 de fevereiro. Disponível em www3.unil.ch/wpmu/space/space-i/annual-reports/.
2. SHAW, J., BAKER, D., HUNT, I.M., MOLONEY, A. & APPLEBY, L. (2004). Suicide by prisoners: national clinical survey. *British Journal of Psychiatry*.184:263-7.
3. FAZEL, S., BENNING, R., DANESH, J. (2005). Suicides in male prisoners in England and Wales, 1978-2003. *Lancet*, 366:1301-2.
4. DANIEL, A. E., & FLEMING, J. (2006). Suicides in a State Correctional System, 1992-2002: A review. *Journal of Correctional Health Care*,12,(1):24-35.
5. MOREIRA, N. A. (2008). *Sufrimento, desespero e comportamentos suicidários na prisão*. Coimbra: Quarteto.
6. MOREIRA, N. (2010): *Suicídio nas Prisões*. Porto, Legis Editora.
7. ROYAL COLLEGE OF PSYCHIATRISTS (2002): *Suicide in Prisons*. Council Report CR99, London.
8. HAYES, L. M. (1995): *Prison Suicide: An Overview and Guide to Prevention*. Washington DC: National Institute of Corrections.

3.4.4 Forças de Segurança

A investigação e as observações científicas efetuadas em Forças de Segurança, apontam para o facto de alguns dos elementos militares apresentarem, fruto da circunstância especial relacionada com a sua atividade, sentimentos de solidão e de angústia, e manifestarem dificuldade em lidar com esses mesmos sentimentos, bem como em desenvolver mecanismos de adaptação a circunstâncias particulares da atividade militar. Algumas dessas dificuldades expressam-se no primeiro ano de serviço, que se considera um período de especial vulnerabilidade. Para além da importância de uma seleção adequada dos candidatos às Forças de Segurança, deve ser tida em conta a importância dos fatores de adaptação à nova condição profissional. A acessibilidade e disponibilidade de meios de ajuda e a mudança nos conceitos acerca do adoecer e da necessidade de ajuda psiquiátrica e psicológica revelam-se de enorme importância^{1,2,3}.

O desenvolvimento de estratégias conducentes à redução da morbilidade, mortalidade e demais consequências dos comportamentos suicidários, assenta essencialmente em programas de formação e educação na área da suicidologia, e na existência de um suporte assistencial em matéria de saúde mental que inclua, necessariamente psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais. Uma estreita e correta articulação entre os sectores de prestação de cuidados de saúde no âmbito da Forças de Segurança e a assistência dos Departamentos de Psiquiatria e Saúde Mental do Serviço Nacional de Saúde, é crucial para uma planificação adequada da prevenção do suicídio tendo em conta a complexidade dos comportamentos autodestrutivos e o reconhecimento da existência de uma psicopatologia subjacente^{1,2,3}.

Em Portugal, o número de casos de suicídios nas Forças de Segurança, na última década apresenta algumas oscilações quanto ao número, embora na sua esmagadora maioria sejam consumados com recurso a arma de fogo de serviço:

Ano	Suicídios (PSP)	Suicídios (GNR)
2000	6	3
2001	3	1
2002	2	3
2003	1	2
2004	0	2
2005	5	4
2006	5	2
2007	2	5
2008	4	11
2009	5	8
2010	3	5
2011	7	4
2012	0	3

Fontes: Direção Nacional da PSP e Comando Geral da GNR

Muitos suicídios são evitáveis e isso mesmo é referido na maioria dos estudos, no entanto sabe-se também que é imprescindível que existam programas de prevenção que se adaptem às características da população para a qual são dirigidos, aumentando dessa forma a sua eficácia. A restrição de uso e porte de arma a elementos que apresentem sinais ou sintomas de perturbação mental, nomeadamente ideação suicida, é um dos aspetos relevantes na especificidade de um programa de prevenção do suicídio dirigido às forças de segurança.

Sabe-se que a limitação do acesso a meios letais é uma estratégia correta para prevenir os comportamentos autodestrutivos, pois é sabido que uma percentagem dos suicídios resulta da conjugação de vários elementos de ordem psicopatológica e de alguns traços de personalidade designadamente a impulsividade. A característica repentina da passagem ao ato condicionada por este traço de personalidade faz crer que a disponibilidade de um método de utilização rápida e letal, é determinante para o desfecho fatal do ato suicida, ou seja, para pessoas com estas características o efeito

tempo joga progressivamente a seu favor na atenuação gradual do momento da determinação suicida.

Por estas razões a definição de uma estratégia de prevenção do suicídio dirigida a profissionais com características particulares, como são os elementos das Forças de Segurança, terá que ter em conta, para além dos aspetos gerais, outros mais relacionados com a sua atividade.

De forma abrangente, estes incluem:

- Melhoria da deteção precoce e da avaliação do risco de suicídio, com consequente monitorização;
- Facilitação do acesso a Gabinetes de Psicologia e Psiquiatria, e estabelecimento de normas de referenciação simplificadas e desburocratizadas;
- Promoção do acesso a informação sobre prevenção do suicídio, aos profissionais das áreas de saúde e outras relacionadas;
- Implementação de formação específica sobre a identificação de fatores de risco de suicídio;
- Manutenção de programas educacionais de treino de intervenção na área da suicidologia;
- Estabelecimento de um sistema de recolha e registo de dados, que permita a identificação de padrões de risco;
- Criação de condições para a implementação de procedimentos relativos à restrição do uso e porte de armas de fogo a elementos que apresentem sinais de vulnerabilidade ou risco de suicídio;
- Redução da disponibilidade e/ou acessibilidade aos meios de suicídio nos casos sinalizados;
- Implementação de estratégias que visem uma diminuição do estigma associado à doença mental e ao seu tratamento;
- Estabelecimento de procedimentos relativos à informação aos órgãos de comunicação social;
- Desenvolvimento e implementação de um programa específico de prevenção dos atos suicidas;
- Promoção da investigação sobre as perturbações mentais e suicídio.

Faz-se referência às seguintes áreas de ação:

a) Plano específico de prevenção do suicídio nas Forças de Segurança

A implementação dos programas de prevenção deve obedecer a uma metodologia criteriosa que preconize o seu desenvolvimento, essencialmente em três fases:

- a.1) Análise e estudo através de métodos retrospectivos, designadamente de autópsias psicológicas dos suicídios consumados, com vista à identificação de eventuais perfis de alto risco para os atos suicidas. A reconstrução da vida psicológica do suicida, especialmente do período que precedeu imediatamente a morte, é crucial para uma melhor compreensão das circunstâncias psíquicas que conduziram a esse mesmo comportamento fatal, podendo contribuir, através de análises comparativas, para a identificação de grupos-alvo com indicação para intervenções seletivas.
- a.2) Estabelecimento de um programa de ação de prevenção de acordo com as políticas orientadoras da saúde mental, e tendo em consideração os caminhos apontados pelos estudos retrospectivos; os objetivos devem ser bem estabelecidos e monitorizáveis em períodos a estabelecer. Estes programas devem ser dirigidos aos médicos, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais e outros elementos da instituição. É desejável a existência de manuais sobre os sinais de alarme, os principais fatores de risco de suicídio, informação sobre os locais de atendimento e eventuais linhas de telefone SOS, com ampla divulgação em todas as unidades.
- a.3) Implementação, monitorização e avaliação do programa de prevenção, podendo a última ser em parceria com organizações de reconhecido mérito no campo da suicidologia. A colaboração interinstitucional a este nível e a troca de experiências nas áreas da formação e da investigação são desejáveis, devendo ser instituídas como uma boa prática. A avaliação dos programas de prevenção do suicídio constitui um desafio na medida em que preconiza uma atualização permanente da definição dos elementos de prevenção como resultado do estudo de observação clínica.

b) Programa de seleção e reavaliação de candidatos

É fundamental o estabelecimento de critérios de seleção dos candidatos às Forças de Segurança com especial ênfase para a avaliação dos traços da personalidade e da

motivação para o tipo de atividade a que se candidatam, implementando-se ainda uma avaliação psicológica durante o curso e uma reavaliação no final do mesmo. A identificação de fatores subjacentes aos atos suicidas é essencial logo na fase de selecção, embora não seja isenta de algumas dificuldades, que têm a ver com a transitoriedade de certas manifestações psíquicas. Contudo, a avaliação de características como, por exemplo, a dificuldade do controlo dos impulsos, a agressividade e a hostilidade excessivas e desproporcionadas, pode revelar-se essencial para uma selecção correcta, tendo em vista a especificidade da atividade das Forças de Segurança. Por outro lado, o alargamento do tempo de avaliação como acima foi definido permite a observação das capacidades adaptativas às exigências das funções e a sinalização de indivíduos em risco perante o impacto de novas situações stressantes, como a recruta.

c) Procedimentos de restrição do uso e porte de armas

A redução do acesso aos meios de suicídio diminui consideravelmente as taxas pela utilização desses mesmos métodos. Devem ser desenvolvidos procedimentos relativos à restrição do uso e porte de armas de fogo, de serviço e pessoais, quando existirem fatores de vulnerabilidade psíquica que indiquem risco de suicídio.

d) Linha telefónica SOS

Desenvolvimento de uma Linha Telefónica SOS de ajuda e intervenção em crise que permita a identificação de situações de risco de suicídio e possibilite uma ação imediata nesse contexto específico. Sabe-se que cerca de 10% das chamadas efetuadas para as linhas telefónicas de prevenção do suicídio correspondem a pedidos de ajuda de pessoas que se encontram em risco efetivo de suicídio.

O planeamento de estratégias de divulgação e acessibilidade a este tipo de assistência representa um reforço significativo para a eficácia da intervenção.

e) Avaliação periódica e aleatória do abuso de álcool e outras substâncias psicoativas

A avaliação médica e psicológica, periódica e aleatória, do abuso e dependência de substâncias psicoativas, sobretudo de álcool, é essencial num programa correto de prevenção do suicídio.

O consumo de bebidas alcoólicas aumenta consideravelmente o risco de suicídio, designadamente quando associado a depressões e a algumas características de personalidade, como a impulsividade e a agressividade, razão pela qual se impõe uma atenção muito especial neste domínio.

f) Estudo e investigação dos comportamentos suicidários nas Forças de Segurança
Os comportamentos suicidários são complexos, multideterminados e não acontecem usualmente por uma única razão, mas sim pela conjugação de diversos fatores.

O objeto de estudo do suicídio diz respeito não só aos casos fatais mas também às tentativas de suicídio, aos comportamentos autolesivos e a toda a psicopatologia subjacente.

O estudo e a investigação do suicídio nas Forças de Segurança permitirão uma melhor compreensão das razões para este comportamento e a possibilidade de identificação de fatores de risco com alguma especificidade, o que se revela um contributo essencial no estabelecimento, tanto de estratégias de tratamento e acompanhamento, quanto na definição das medidas de prevenção do suicídio mais adequados a este grupo profissional.

Referências Bibliográficas

1. ZAMORSKI, M.A. (2011). Suicide prevention in military organizations. *Int Rev Psychiatry*. Apr; 23(2):173-80.
2. ZIMMERMANN P., HÖLLMER H., GUHN A., STRÖHLE A., (2012). Predictors of suicidality in German soldiers. *Nervenarzt*. Mar;83(3):359-65.
3. NELSON C., CYR K.S., CORBETT B., HURLEY E., GIFFORD S., ELHAI J.D., RICHARDSON J.D. (2011). Predictors of posttraumatic stress disorder, depression, and suicidal ideation among Canadian Forces personnel in a National Canadian Military Health Survey. *Journal Psychiatry Research*. Nov;45(11):1483-8.

3.4.5 Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transsexuais/Transgéneros

Os primeiros trabalhos sobre comportamentos autolesivos na população LGB (Lésbica, Gay e Bissexual) surgiram nos Estados Unidos da América e foram efetuados com base em pequenas amostras de jovens *gays* e lésbicas que procuravam ajuda em associações LGB, grupos de apoio ou em abrigos comunitários. Com efeito, é nos adolescentes e nos jovens adultos que se verifica uma maior incidência de comportamentos autolesivos, facto explicado pela inexistência de uma autonomia emocional, social e económica que os torna mais expostos e mais vulneráveis a contextos de discriminação.

Alguns trabalhos desta época¹ referiam que os jovens *gays* tinham 2 a 3 vezes mais probabilidade de tentar o suicídio do que outros jovens e que cerca de 30% dos suicídios na adolescência seriam de jovens *gays*. Estes trabalhos foram muito criticados porque este tipo de estimativas eram (e continuam a ser) extremamente difíceis de determinar, uma vez que é quase impossível obter dados fiáveis sobre a orientação sexual das pessoas que cometem suicídio¹.

A partir de 1990 surgiu uma nova geração de estudos sobre o risco de suicídio na população LGB. Embora estes estudos tenham procurado incluir amostras mais representativas desta população, persistem alguns enviesamentos a este nível, tais como o facto destas amostras serem compostas quase exclusivamente por jovens LGB provenientes de contextos de apoio social ou clínico, ou a ausência de uma comparação dos resultados obtidos com populações heterossexuais. Alguns autores² salientam ainda a existência de problemas na definição dos conceitos de orientação sexual e dos diferentes comportamentos autolesivos na maioria dos estudos realizados neste contexto.

Apesar destas limitações, é importante referir que alguns destes estudos encontraram valores bastante significativos de tentativas de suicídio em jovens LGB^{3,4}, entre 30% e 42%. Nestes trabalhos sobressai também a relação entre tentativas de suicídio e

variáveis como a presença de comportamentos de género considerados atípicos, a adoção de uma identidade homossexual numa idade mais precoce³, a existência de uma exteriorização a mais pessoas, a perda de amizades na sequência dessa exteriorização e a vitimização devido à orientação sexual⁴.

Noutra linha de estudos⁵ existe já uma comparação entre a prevalência de comportamentos autolesivos em jovens que se descreviam como homossexuais ou bissexuais e jovens que se descreviam como heterossexuais. Os dados mostram que a prevalência de tentativas de suicídio é claramente superior nos jovens LGB (28.1% nos rapazes homossexuais/bissexuais; 20.5% nas raparigas homossexuais/bissexuais) do que nos seus pares heterossexuais (14.5% nas raparigas heterossexuais; 4.2% nos rapazes heterossexuais).

Os estudos mais recentes revelam um maior cuidado nas questões de amostragem e também nas questões da definição de conceitos. Por exemplo, um estudo⁶ envolvendo 2942 estudantes do ensino secundário na Noruega, mostrou que os jovens LGB apresentavam uma incidência de tentativas de suicídio de 15.4%, enquanto os jovens heterossexuais apresentavam uma taxa de 3.6%, ou seja, apresentavam quatro vezes mais tentativas de suicídio do que os pares heterossexuais. Os autores concluíram também que a maioria das tentativas de suicídio dos jovens LGB ocorria depois ou durante o período em que estas pessoas percebiam que não eram exclusivamente heterossexuais.

Acrescentando a estes estudos os resultados do relatório efetuado pelo *Suicide Prevention Resource Center*⁷, sabe-se hoje que a população de jovens LGB têm:

- 1.5 a 3 vezes mais probabilidade de apresentar ideação suicida do que os jovens heterossexuais;
- 1.5 a 7 vezes maior probabilidade de ter efetuado uma tentativa de suicídio;
- uma exteriorização precoce expõe estes jovens a um maior risco;
- mais fatores de risco, como falta de apoio familiar e escolar, depressão e abuso de substâncias.

Estando ainda longe do nível de complexidade e de amostragem que os estudos realizados noutros países demonstram, é importante referir que em Portugal já existem alguns trabalhos sobre comportamentos autolesivos neste grupo. Por exemplo, num questionário aplicado a 323 jovens LGB sobre a existência de ideação

suicida ao longo das suas vidas, verificou-se que os não assumidos, que sofreram mais experiências de discriminação, mais infelizes com a vida e com maiores índices de homofobia internalizada apresentam uma maior incidência de ideação suicida⁸. Concluiu também que os jovens bissexuais apresentam mais ideação suicida. No seguimento deste estudo, num questionário *online* a 389 jovens LGB e heterossexuais, encontrou-se uma correlação entre homofobia internalizada nos jovens LGB e a presença de ideação suicida (os jovens *gays* apresentavam níveis mais elevados de homofobia internalizada e, tal como no estudo anteriormente referido, a maior incidência de ideação suicida ocorria nos jovens bissexuais)⁹.

Em relação à população de transsexuais e transgéneros, os estudos são muito mais raros, tendo em conta a sua invisibilidade mesmo dentro da comunidade LGBT e o facto de muitas destas pessoas se encontrarem em situações sociais particularmente desprotegidas.

Outros autores¹⁰ entrevistaram 329 (MTF)^m e 123 (FTM) transsexuais/transgéneros de várias idades, em São Francisco (Estados Unidos da América), num estudo sobre comportamentos de risco, tendo verificado que cerca de um terço destas pessoas já tinha efetuado pelo menos uma tentativa de suicídio (32% nos MTF e 39% nos FTM).

Num estudo posterior com esta mesma amostra¹¹, constataram que as tentativas de suicídio nesta população se associavam a uma faixa etária mais nova (menos de 25 anos), depressão, história de tratamento por abuso de substâncias psicoativas, situações de sexo forçado, discriminação com base no género e vitimização.

Mais recentemente¹², foram entrevistados 55 jovens transgéneros, tendo-se verificado que 45% já tinha pensado seriamente em suicidar-se e 26% já tinha efetuado tentativas de suicídio. A maioria destes jovens que efetuaram tentativas de suicídio tinham vivido situações de abuso verbal e físico por parte dos pais, e apresentavam uma menor satisfação com o corpo, com o peso e com as avaliações que os outros faziam do seu corpo e da sua aparência.

Acrescentando a estes dados as indicações do relatório do *Suicide Prevention Resource Center*⁷ sobre este tema, pode concluir-se que os jovens transsexuais/transgéneros

^m A sigla MTF refere-se a transsexuais que mudaram a sua identidade de género masculina para uma identidade de género feminina, e a sigla FTM refere-se a transsexuais que mudaram a sua identidade de género feminina para uma identidade de género masculina.

apresentam um elevado risco de suicídio e falta de fatores protetores para minimizar o comportamento suicida. Acresce ainda que o grau de rejeição e de violência física e verbal por parte dos seus pais é claramente superior ao dos seus pares LGB.

É possível afirmar de forma inequívoca que a prevalência de comportamentos autolesivos em jovens LGB é muito maior do que na população heterossexual, sendo necessário ter em conta fatores de risco específicos como o desconforto interno com o reconhecimento da condição de LGB, uma exteriorização em idades precoces nos jovens LGB, discriminação, vitimização, rejeição dos pais, rejeição dos pares e rejeição social em geral.

Assim, parece fundamental adotar um conjunto de medidas para tentar minimizar este problema, com destaque para a necessidade de:

- promover a realização de estudos científicos que permitam aceder à prevalência de comportamentos autolesivos e à identificação dos fatores de risco de suicídio/fatores protetores na população portuguesa de jovens LGB;
- efetuar um treino especializado dos técnicos (de saúde, sociais e escolares) para o reconhecimento dos fatores específicos das vidas das pessoas LGB;
- articular os técnicos (de saúde, sociais e escolares) com as associações provenientes da comunidade LGB;
- promover na sociedade civil o acesso à informação sobre as questões LGB;
- fornecer às famílias informação adequada e apoio especializado com vista à aceitação dos jovens LGB após a exteriorização e dos jovens transsexuais/transgéneros em processos de transformação da identidade de género.

Referências Bibliográficas

1. RUSSEL, S. (2003). Sexual Minority Youth and Suicide Risk. *American Behavioral Scientist*, 46(9):1241-57.
2. SAVIN-WILLIAMS, R. (2001). Suicide Attempts Among Sexual Minority Youths: Population and Measurement Issues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.69,(6):983-91.
3. REMAFELDI, G. FARROW, J. DEISHER, R. (1991). Risk Behaviors for Attempted suicide in Gay and Bisexual Youth. *Pediatrics*.87(6);869-75.
4. HERSHBERGER, S. PILKINGTON, N. D'AUGELLI, A. (1997). Predictors of Suicide Attempts Among Gay, Lesbian, and Bisexual Youth. *Journal of Adolescent Research*.12(4):477-97.

5. REMAFELDI, G., FRENCH, S., STORY, M., RESNICK, M., & BLUM, R. (1998). The Relationship between Suicide Risk and Sexual Orientation: Results of a Population-Based Study. *American Journal of Public Health*.88(1):57-60.
6. WICHSTROM, L. & HEGNA, K. (2003). Sexual Orientation and Suicide Attempt: A Longitudinal Study of the General Norwegian Adolescent Population. *Journal of Abnormal Psychology*.112(1);144-51.
7. SUICIDE PREVENTION RESOURCE CENTER (2008). *Suicide risk and prevention for lesbian, gay, bisexual, and transgender youth*. Newton, Education Development Center, Inc.
8. PEREIRA, H. (2009). *Saúde, Suporte Social, Homofobia e Suicídio em Jovens LGB*. Comunicação apresentada no Fórum Sexo, Género e Saúde XXI. Lisboa, Portugal.
9. RODRIGUES, P. (2010). *Homofobia Internalizada e Suicidalidade em Jovens LGB e Não LGB*. Dissertação de Mestrado não publicada. ISPA, Lisboa.
10. CLEMENTS-NOLLE, K., MARX, R., GUZMAN, R., & KATZ, M. (2001). HIV Prevalence, Risk Behaviors, Health Care Use, and Mental Health Status of Transgender Persons: Implications for Public Health Intervention. *American Journal of Public Health*.91(6):915-21.
11. CLEMENTS-NOLLE, K.; MARX, R., & KATZ, M. (2006). Attempted Suicide among Transgender Persons: The Influence of Gender-Based Discrimination and Victimization. *Journal of Homosexuality*. 51(3):53-69.
12. GROSSMAN, A. & D'AUGELLI, A. (2007). Transgender Youth and Life Threatening Behaviors. *Suicide and Life Threatening Behavior*.37(5):527-37.

3.4.6 Pessoas Com Deficiência Intelectual

Risco de suicídio

Na população de pessoas com deficiência intelectual o risco de suicídio está aumentado, principalmente devido:

- Aos fatores de risco de psicopatologia que são, na sua maioria, também fatores de risco para comportamentos suicidários, sobretudo os traços *borderline*, a desesperança, a depressão, o maior risco de abuso, a psicopatologia familiar;
- Ao aumento da prevalência de perturbações mentais, sobretudo a depressão, a esquizofrenia e as perturbações relacionadas com o consumo de álcool e outras substâncias psicoativas;
- Às dificuldades no diagnóstico correto das perturbações mentais e de outras condições médicas associadas¹.
- Ao enorme impacto da deficiência intelectual, sobretudo quando mais grave, na família e na sociedade, com as inerentes necessidades aumentadas de continuidade de cuidados² para garantir o tratamento eficaz das perturbações mentais associadas.

Prevenção de suicídio nos portadores de deficiência intelectual

As estratégias que mostraram evidência de maior eficácia na prevenção do suicídio incluem^{3,4}:

- Intervenções destinadas à melhoria da capacidade de diagnóstico e tratamento das perturbações mentais, com garantia de acesso a cuidados continuados, intervenções na crise e seguimento dos que efetuaram tentativas de suicídio;
- Intervenções junto de pessoas-chave na comunidade, sobretudo médicos de família e técnicos de educação;
- Diminuição do acesso a meios de suicídio.

As intervenções destinadas à prevenção do suicídio que compreendem vários níveis são consideradas as mais eficazes. Este tipo de intervenção a vários níveis tem sido dinamizado pela *European Alliance Against Depression*.

Como na população em geral, são particularmente importantes os programas educativos para formação de médicos de família e outros técnicos dos cuidados primários para o diagnóstico e tratamento de pacientes com perturbações afetivas. Quanto à restrição do acesso a meios de suicídio aplicáveis no nosso país, vários estudos mostraram uma associação entre a posse de armas de fogo na residência e as taxas de suicídio^{4,5}. Também útil será a restrição ao acesso a medicamentos, como benzodiazepinas, que devem ser prescritos sob vigilância médica e pelo mínimo tempo necessário. As intervenções baseadas na escola, envolvendo a intervenção na crise, o reforço da autoestima, o desenvolvimento de aptidões para enfrentar a vida e um processo sadio de tomada de decisões reduzem o risco de suicídio entre os jovens⁶.

Todas estas estratégias devem pois aplicar-se de modo integrado relativamente a pessoas com deficiência intelectual, nomeadamente através da intervenção terapêutica a cargo de equipas comunitárias de saúde mental, em estreita articulação com os médicos de família e outros técnicos dos cuidados de saúde primários, mas também com as escolas de ensino regular e especial e com as residências para os que sofrem de deficiência intelectual com limitações significativas no seu funcionamento adaptativo, garantindo por um lado aos jovens e adultos com deficiência intelectual e perturbações mentais associadas, intervenções destinadas a aumentar a sua capacidade adaptativa e, por outro lado, proporcionar ações de formação contínua no âmbito de saúde mental aos técnicos cuidadores.

Referências Bibliográficas

1. BORTHWICK-DUFFY, S. A. (1994). Epidemiology and prevalence of psychopathology in people with mental retardation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol 62 (1):17-27.
2. DIESERUD, G. et al. (2000). Suicidal behaviour in the municipality of Baerum, Norway: a 12-year prospective study of parasuicide and suicide. *Suicide Life Threatning Behaviour*.30:61-73.
3. MINOLETTI (2009). Internacional Master in Mental Health Policy and Services:2009-2013.
4. KELLERMAN A. et al. (1992). Suicide in the home in relation to gun ownership. *New England Journal of Medicine*. 327:467-72.
5. LESTER, D. MURRELL, M. (1980). The influence of gun control laws on suicidal behavior. *American Journal Psychiatry*. 137(1):121-2.
6. MISHARA, B. L. & YSTGAARD, M. (2000). Exploring the potential of primary prevention: evaluation of the Befrienders International Reaching Young Europe Pilot Programme in Denmark. *Crisis*. 21(1):4-7.

3.4.7 Outros Grupos

No panorama internacional, a literatura é bastante escassa quando se trata de estudar a relação entre suicídio e populações marginalizadas e estigmatizadas. A pouca literatura existente foca-se geralmente em apenas um tipo de grupo marginalizado e estigmatizado (ex. prostitutas, sem-abrigo, imigrantes, toxicodependentes). Não existe qualquer estudo que agregue os diferentes grupos marginalizados e estigmatizados e explore os factores de risco e as prevalências dos comportamentos suicidários. Iremos abordar sobretudo as prostitutas, os sem-abrigo e os toxicodependentes.

Uma revisão da literatura revela alguns dados preocupantes. Encontraram-se prevalências de ideação suicida, que variaram entre 16% e 42% em indivíduos sem-abrigo^{1,2}, 31% em dependentes de drogas injectáveis³, 14,2% e 46% em prostitutas de rua^{4,5}. A incidência de tentativas de suicídio encontrada foi igualmente significativamente alta, variando entre 40% em heroíno-dependentes⁶ e 44% em prostitutas de rua⁵.

Embora o estigma e a marginalização não sejam geralmente encarados como factores de risco, *per se*, não podemos deixar de notar que, embora seja escassa existência de estudos, estes apontam para um incremento da prevalência de comportamentos suicidários em grupos marginalizados e estigmatizados em comparação com a população em geral, bem como uma miríade de factores de risco.

A maioria dos estudos reforça a necessidade da existência de futuras investigações e do desenvolvimento de estratégias de prevenção de suicídio especialmente concebidas para estes grupos, que não são facilmente intervencionados pelos serviços de saúde convencionais.

A agregação de toxicodependentes, prostitutas ou sem-abrigo, entre outros, numa só categoria de pessoas marginalizadas e estigmatizadas não é casual, e resulta do facto de que embora praticamente todos os estudos se foquem apenas numa determinada característica, na maioria dos casos os indivíduos que participam dos estudos congregam em si múltiplas características, podendo ser, por exemplo, prostituta, toxicodependente e sem-abrigo. Faz então todo o sentido olhar para estes indivíduos

como um grupo, que, embora possam possuir simultaneamente algumas características heterogêneas, compartilham várias características semelhantes.

Atendendo aos factores de risco, dois deles destacam-se, merecendo especial atenção: *(i)* problemas de saúde mental^{3,7,8,9,10} e *(ii)* a falta de apoio social e isolamento social^{7,11,12,13,14}. No entanto, não devem ser ignorados três outros factores de risco, que são igualmente importantes e estão presentes em quatro dos grupos: as agressões sexuais e físicas na idade adulta, o abuso de drogas e o baixo nível socioeconómico^{1,3,4,6,8,15}.

Dos dados apresentados surgem duas ordens de factores de risco, uma primeira que se prende com a maior facilidade de intervenção quando integrados num programa de prevenção de suicídio (p. ex. problemas de saúde mental) e a segunda resultante de uma conjuntura mais ampla (p. ex. baixo nível socioeconómico). Afigura-se, pois, fundamental que intervenções junto destes grupos incluam estratégias sociais, económicas e de promoção da saúde mental, nomeadamente:

1. Educação sobre comportamentos suicidários aos grupos marginalizados e estigmatizados e às mulheres que se prostituem:
embora não existam ainda evidências suficientes que demonstrem a eficácia deste tipo de intervenções na redução da taxa de suicídios, aquelas tendem a aumentar o conhecimento e a melhorar as atitudes em relação à saúde mental e ao suicídio.
2. Educação sobre comportamentos suicidários aos técnicos de proximidade: o contacto de organizações que desenvolvem projetos na área da redução de risco e minimização de danos, com populações especialmente vulneráveis, representa uma mais-valia na identificação de sinais de risco, bem como possibilita o encaminhamento para uma melhor avaliação e intervenção por parte dos serviços de saúde¹⁶.
3. Disponibilização de serviços de apoio emocional: estes serviços, para além de providenciarem algum nível de apoio (por telefone, carta, e-mail), têm a possibilidade de informar sobre locais e serviços onde a pessoa em crise pode procurar ajuda, quer através de grupos de auto-ajuda, quer através de encaminhamento para serviços de urgência no caso de existir risco iminente de passagem ao ato suicida.

4. Encaminhamento para serviços de saúde em situações de crise suicidária: um rápido e adequado encaminhamento em situação de crise suicidária pode ser determinante no sucesso ou não de um ato suicida. O encaminhamento pode ser levado a cabo por qualquer um dos intervenientes anteriormente mencionados (p. ex. equipas de redução de riscos).
5. Acompanhamento posterior à crise suicidária: o tratamento médico nestes grupos que, em regra, se encontram bastante alheados dos serviços do Sistema Nacional de Saúde, não deve cingir-se ao momento da crise/tentativa de suicídio. O acompanhamento posterior à crise suicidária/tentativa de suicídio por um período de cerca de dois anos tem demonstrado um aumento na aderência à terapêutica prescrita, bem como uma diminuição do número de tentativas¹⁶. Este acompanhamento pode ser levado a cabo através de consultas regulares em serviço de prevenção de suicídio, eventualmente por via postal ou telefónica.

Importa reforçar a pertinência de desenvolver novos estudos, quer para conhecer esta realidade, quer para melhor adaptar e ajustar modelos de prevenção de suicídio nestes grupos, a custos controlados.

Referências Bibliográficas

1. DIETZ, T. (2011). Substance Misuse, Suicidal Ideation, and Suicide Attempts Among a National Sample of Homeless. *Journal of Social Service Research*.37:1-18.
2. RODELL, D., BENDA, B. & RODELL, L. (2003). Suicidal Thoughts Among Homeless Alcohol and Other Drug Abusers. *Alcoholism Treatment Quarterly*,21(2):55-74.
3. HAVENS, J., SHERMAN, S., SAPUN, M. & STRATHDEE, S. (2006). Prevalence and Correlates of Suicidal Ideation Among Young Injection vs. Noninjection Drug Users. *Substance Use & Misus.*, 41:245-254.
4. HONG, Y., LI, X., FANG, X. & ZHAO, R. (2007). Correlates of Suicidal Ideation and Attempt Among Female Sex Workers in China. *Health Care for Women International*.28:490-505.
5. TEIXEIRA, A. (2001). *Ideação Suicida em Prostitutas de Rua*. Tese de Mestrado em Medicina Legal. Universidade do Porto. Porto.
6. DARKE, S., TOROK, M., KAYE, S. & ROSS, J. (2010). Attempted Suicide, Self-Harm, and Violent Victimization among Regular Illicit Drug Users. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 40(6):587-96.
7. LIPSICAS, C. & MÄKINEN, I. (2010). Immigration and Suicidality in the Young. *La Revue canadienne de psychiatrie*, 55(5):274-81.

8. LING, D., WONG, W., HOLROYD, E. & GRAY, S. (2007). Silent Killers of the Night: An Exploration of Psychological Health and Suicidality among Female Street Sex Workers. *Journal of Sex & Marital Therap.* 33:281-99.
9. KELLY, B., RAPHAEL, B., JUDD, F., PERDICES, M., KERNUTT, G., BURNETT, P., DUNNE, M. & BURROWS, G. (1998). Suicidal Ideation, Suicide Attempts and HIV Infection. *Psychosomatics.* 39(5):405-15.
10. REW, L., TAYLOR-SEEHAFFER, M. & FITZGERALD, M. (2001). Sexual Abuse, Alcohol and Other Drug Use, and Suicidal Behaviors in Homeless Adolescents. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing.* 24:225-40.
11. DARKE, S. & ROSS, J. (2002). Suicide among heroin users: rates, risk factors and methods. *Addiction.* 97:1383-94.
12. KIDD, S. & KRAL, M. (2002). Suicide and Prostitution Among Street Youth: A Qualitative Analysis. *Adolescence.* 37(146):411-30.
13. CHRISTENSEN, R. & GARCES, L. (2006). Where Is the Research on Homeless Persons and Suicide? *Psychiatric Services,* 57(4):447.
14. MANCOSKE, R. (1996). HIV/AIDS and Suicide: Further Precautions. *Social Work.* 41(3):325-6..
15. HJERN, A. & ALLEBECK, P. (2002). Suicide in first and second-generation immigrants in Sweden. A comparative study. *Soc Psychiatry Epidemiol.* 37:423-9.
16. MANN, J., APTER, A., BERTOLOTE, J., BEAUTRAIS, A., CURRIER, D., HAAS, A., HEGERL, U., LONNQVIST, J., MALONE, K., MARUSIC, A., MEHLUM, L., PATTON, G., PHILIPS, M., RUTZ, W., RIHMER, Z., SCHMIDTKE, A., SHAFFER, D., SILVERMAN, M., TAKAHASHI, Y., VARNIK, A., WASSERMAN, D., YIP, P. & HENDIN, H. (2005). Suicide Prevention Strategies: A Systematic Review. *JAMA,* 294(16):2064-74.

3.5 Monitorização e avaliação

A principal dificuldade apontada e identificada atualmente, no âmbito da prevenção do suicídio, reside na reduzida investigação científica existente relativa à avaliação de planos desta natureza, ou, de forma mais geral, a avaliação de qualquer estratégia desenhada e implementada para a prevenção do suicídio. Ora, a investigação científica neste domínio específico representa um requisito indispensável ao processo de avaliação, pelo que se torna necessário incrementar a produção deste tipo de estudos.

A implementação e subsequente mensuração das intervenções plasmadas nas orientações dos planos de prevenção do suicídio, encontram-se, assim, igualmente dentro da órbita da produção científica que não pode deixar de lhes servir de base.

A necessidade da avaliação e monitorização, a efetuar de forma sistemática, por uma equipa multidisciplinar, de um plano preventivo do suicídio, adquire, assim uma importância tão ampla quanto a existência do próprio plano. A sua inexistência transforma o plano num conjunto de orientações meramente teóricas, sem o impacto preventivo na realidade que preside à sua conceção e que constitui, afinal, o seu objetivo primordial.

A existência de inúmeros planos de prevenção do suicídio nos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), maioritariamente países desenvolvidos, contrasta com a quase inexistência de formulações destinadas a medir o impacto, e a eficácia no concreto, que tais planos supõem à partida.

A confirmá-lo está a reduzida dimensão das referências, encontradas na literatura disponível, a planos de prevenção do suicídio que foram objeto de uma rigorosa implementação e avaliação em termos de eficácia^{1,2,3,4,5,6,7,8}.

Assim, qualquer estratégia preventiva do suicídio, deverá ter na sua base preocupações de génese de planificação da avaliação/mensuração, e deve obedecer a um determinado número de princípios definidos com base nas orientações existentes a nível internacional. Foi esta, aliás, a postura geral da comissão de peritos nomeada para elaborar a proposta nacional em apreço, que teve em conta essas orientações,

nomeadamente as da OMS, a investigação científica na área dos atos suicidas e outros dados existentes a nível nacional, com vista a elaborar formulações adequadas à nossa realidade e a eleger critérios de avaliação conformes.

Desse conjunto de critérios elegíveis para se proceder a uma avaliação sistemática de um plano desta natureza afigura-se como fundamental:

- (a) a identificação de indicadores considerados relevantes e resultados que permitam uma mensuração clara e distinta;
- (b) uma avaliação e monitorização contínuas da eficácia do plano, tendo sempre presente eventuais melhorias a concretizar;
- (c) manter permanentemente em aberto a possibilidade de se proceder a alterações com base na eficácia que se for apurando.

a) Indicadores e resultados mensuráveis

A redução observável nas taxas de suicídio, na sequência de uma intervenção, é o objetivo central, mas não deve ignorar outros indicadores igualmente importantes para obtenção da desejada mensuração.

Sendo o suicídio um fenómeno de grande complexidade e multiplicidade fatorial, haverá que obter mensurações através de indicadores diversos como a redução ou decréscimo da prevalência da depressão; o decréscimo mensurável da ideação suicida; dos comportamentos autolesivos e atos suicidas; a difusão de maior conhecimento sobre o suicídio, e a existência de fatores de proteção, para enumerar apenas alguns.

Os resultados obtidos para cada indicador carecem, em seguida, de monitorização e acompanhamento, a partir de uma linha de base estabelecida, para poder proceder a uma avaliação de forma sistemática e que possa proporcionar melhorias e adaptações. Estando em implementação o Sistema de Informação dos Certificados de Óbito (SICO), através da DGS, que permitirá uma maior fiabilidade dos dados relativos a mortes violentas a nível nacional, condição considerada essencial para a aplicação de indicadores, apenas poderemos proceder a uma avaliação objetiva após a implementação e estabilização do referido sistema.

Os indicadores de processo considerados são os seguintes:

- número de ACES com mais de 80% de profissionais de saúde com formação na área da suicidologia;

- número de consultas especializadas em prevenção de comportamentos suicidários a funcionar em hospitais;
- número de profissionais que frequentaram ações de formação sobre prevenção de comportamentos autolesivos e atos suicidas;
- número de ações de sensibilização junto de jornalistas;
- número de pessoas em seguimento após internamento por ideação suicida, comportamentos autolesivos e/ou tentativas de suicídio;
- número de ações de sensibilização/formação desenvolvidas para porteiros sociais;
- número de escolas 2/3 e secundárias com ações de combate ao estigma e prevenção de depressão, ideação suicida, comportamentos autolesivos e atos suicidas;
- número de instituições de ensino superior (medicina, psicologia, serviço social, enfermagem) que aderem ao PNPS através da inclusão ou reforço de conteúdos acerca de comportamentos suicidários nos seus currículos;
- número de relatórios de monitorização e avaliação produzidos.

Os indicadores de resultado a considerar são os seguintes:

- número de suicídios;
- número de procedimentos destinados a esclarecer mortes violentas inicialmente certificadas como de etiologia indeterminada;
- número de internamentos por ideação suicida, comportamentos autolesivos e/ou atos suicidas;
- número de admissões no serviço de urgência por ideação suicida, comportamentos autolesivos e/ou atos suicidas;
- número de suicídios durante o internamento;
- número de suicídios no primeiro mês após a alta;
- número de suicídios nos primeiros 3 meses após a alta;
- número de suicídios nos primeiros 6 meses após a alta;
- número de suicídios nos primeiros 12 meses após a alta;
- tempo decorrido entre a alta e a 1ª consulta de seguimento;
- número de abandonos à consulta de seguimento após a alta, aos 3, aos 6 e aos 12 meses.

b) Avaliação contínua

A avaliação é, em termos genéricos, um processo que visa medir o sucesso/insucesso de um determinado plano ou programa. Os componentes básicos de uma avaliação devem incluir objetivos claros, uma descrição da população-alvo e a identificação daquilo que está a ser avaliado. Para além disso, a avaliação deve repousar num processo dinâmico e contínuo para permitir adaptações e melhorias.

Uma intervenção desenhada para a prevenção do suicídio deve ser conduzida a partir dos dados provenientes da pesquisa e da avaliação que se faz a essa mesma intervenção.

A pesquisa e a avaliação providenciam uma visão mensurável sobre o funcionamento das intervenções, permitindo assim identificar quais as que funcionam melhor. Os recursos disponíveis, que são normalmente escassos no âmbito destas intervenções, devem então ser alocados da forma mais adequada possível, visando rentabilizar a sua ação.

A avaliação tem um custo que normalmente resulta de fatores diversos como a experiência dos auditores, o tipo de avaliação que é requerido, características da população em causa, localização geográfica do plano, para enumerar apenas alguns.

Cerca de 15%-20% do orçamento total deve ser alocado à avaliação⁹, devendo esta ser conduzida por uma equipa interdisciplinar onde estejam representadas as valências científicas com relevância para a concretização do PNPS. Estes recursos financeiros devem ser encarados como um investimento futuro e como um fator potenciador da redução a prazo dos comportamentos autolesivos e/ou atos suicidas.

c) Alterações/adaptações com base na eficácia apurada

A avaliação deve ser um processo dinâmico e permanente, que possa verter na estratégia geral ou no plano específico, conhecimento da eficácia testada de modo a produzir melhorias e a proporcionar assim uma linha de orientação e evolução contínua.

A avaliação deve ser não só sistemática como permanentemente analisada e incorporada em todas as ações que se dirigem à prevenção do suicídio. Deve ser equacionada a realização de formação específica dirigida aos agentes da avaliação.

O processo dinâmico avaliativo deve poder usufruir de fundos adequados à sua concretização integral. Deve ser efetuado um registo extensivo de todos os componentes da avaliação e identificar quais os aspetos que funcionam melhor e com maior eficácia.

Um plano de prevenção do suicídio deve sempre conter uma dimensão de avaliação que se assume como tão importante como o próprio plano. Deve guiar-se pela monitorização de indicadores relevantes, fiáveis e objetivos.

Os indicadores geralmente utilizados nessas intervenções, carecem, por um lado, de fiabilidade e validade, e, por outro lado, a alocação de recursos é normalmente escassa, apenas para assinalar dois dos pontos a considerar como fundamentais na abordagem a este tema.

A fiabilidade dos indicadores deve constituir-se, desde logo, a partir da expressão numérica daquela realidade que acreditamos encontrar-se consideravelmente subnotificada ou subdimensionada.

Esta subnotificação deforma os raciocínios seguintes na abordagem à questão, enviesando as intervenções planeadas ou a planear.

Independentemente das dúvidas existentes sobre os dados disponíveis, é de boa norma incluir um capítulo de avaliação e monitorização sistemática num plano de prevenção do suicídio.

Uma vez precisado e dimensionado o quadro relativo à realidade do suicídio, a alocação de recursos deverá ser ponderada e adequada para que possa efetivamente proceder-se a uma intervenção eficaz.

A fiabilidade dos dados e a ponderação estimada da alocação de recursos devem, pois, constituir a base da informação técnica condensada que, por sua vez, possa servir uma decisão adequada.

Referências Bibliográficas

ASELTINE, R., DE MARTINO, R. (2004). An outcome evaluation of the SOS Suicide Prevention Program. *American Journal of Public Health*.94:446-51.

1. DE LEO, D., DELLO BUONO, M., DWYER, J. (2002). Suicide among the elderly: The long-term impact of a telephone support and assessment intervention in northern Italy. *British Journal of Psychiatry*, 181, 226-9.
2. HAWTON, K., TOWNSEND, E., DEEKS, J., APPLEBY, L., GUNNELL, D., BENNEWITH, O., COOPER, J. (2001). Effects of legislation restricting pack sizes of paracetamol and salicylates on self-poisoning in the United Kingdom: before and after study. *British Medical Journal*, 322:1203–7.
3. KNOX K.L. *et al.* (2003). Risk of suicide and related adverse outcomes after exposure to a suicide prevention programme in the US Air Force: cohort study. *British Medical Journal*, 327(7428):1376.
4. RIHMER Z., RUTZ W. PIHLGREN H. (1995). Depression and suicide on Gotland. An intensive study of all suicides before and after a depression-training programme for general practitioners. *Journal of Affective Disorders*.35(4):147-52.
5. RUTZ, W. VON KNORRING, L. WALINDER, J. (1992). Long-term effects of an educational program for general practitioners given by the Swedish Committee for the Prevention and Treatment of Depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*.85(1):83-8.
6. TOUMBOUROU J.W., GREGG M.E. (2002). Impact of an empowerment-based parent education program on the reduction of youth suicide risk factors. *Journal of Adolescent Health*. 31(3):277-285.
7. WONG, P.W. *et al.* (2009). An integrative suicide prevention program for visitor charcoal burning suicide and suicide pact. *Suicide and Life-Threatening Behavior*,39(1):82-90.
8. SPAN USA, Inc. (2001). Suicide Prevention: Prevention Effectiveness and Evaluation. SPAN USA, Washington, DC.

4. GLOSSÁRIO

Existem 4 conceitos básicos que são utilizados em todas as nomenclaturas¹: **método**, **resultado**, **letalidade** e **intencionalidade**.

Método – refere-se ao meio ou processo utilizado na produção da autolesão/comportamento suicidário/tentativa de suicídio. São exemplos: o enforcamento, a sobredosagem de substâncias tóxicas, feridas ou queimaduras corporais, precipitação no vazio.

Resultado – pode ser a morte (acidental ou suicida), a sobrevivência com lesões e/ou sequelas, ou a sobrevivência sem lesões².

Letalidade – refere-se ao potencial de resultado mortal associado ao método utilizado¹. Nesta perspectiva, a utilização de armas de fogo, a precipitação no vazio e o enforcamento são considerados métodos de elevada letalidade, enquanto, por exemplo, certas automutilações ou alguns tipos de sobredosagem medicamentosa podem ser considerados de baixa letalidade. O conceito de letalidade pode ser visto em duas dimensões: a **letalidade objetiva** (avaliada, por exemplo, por um médico) ou **subjativa** (avaliada pelo próprio sujeito). À luz dos dados da investigação, a percentagem das pessoas com comportamentos autolesivos que avaliam mal a letalidade do método³ pode chegar aos 50%, de onde a importância da dimensão subjativa deste conceito.

Intencionalidade – é provavelmente o conceito mais controverso, sendo aquele que mais desacordo gera entre os investigadores nesta área. Pode ser definida como a determinação para agir de modo a atingir um objetivo, neste caso o suicídio. A sua avaliação é feita primariamente com base no autorelato, um meio insatisfatório pelo potencial de viés que envolve ao nível da sua precisão, da memória do ato ou mesmo da ambivalência associada ao desejo de morrer⁴. Por outro lado, a intencionalidade pode referir-se não ao objetivo de suicídio, mas apenas ao propósito de provocar lesões ou dor autoinfligidas.

Tendo em conta o referido anteriormente e a tentativa de uniformização da terminologia nacional, propomos os seguintes conceitos:

Ideação suicida – Pensamentos e cognições sobre acabar com a própria vida, que podem ser vistos como precursores de comportamentos autolesivos ou atos suicidas. Podem apresentar-se sob a forma de desejos e/ou plano para cometer suicídio, sem que haja necessariamente passagem ao ato.

Comportamentos autolesivos – 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).

Atos suicidas: tentativas de suicídio e suicídio consumado

Tentativa de suicídio – Ato levado a cabo por um indivíduo e que visa a sua morte, mas que, por razões diversas, resulta frustrado.

Suicídio consumado – Morte provocada por um ato levado a cabo pelo indivíduo com intenção de pôr termo à vida, incluindo a intencionalidade de natureza psicopatológica.

Sobreviventes – familiares, amigos ou outros significativos de alguém que morre por suicídio, podendo necessitar como consequência deste acontecimento (do suicídio de alguém significativo) de cuidados ou apoio geral e/ou de tratamento específico.

Pósvenção – é a intervenção específica e especializada que se deve disponibilizar/providenciar após a morte por suicídio de alguém e inclui os cuidados e o apoio geral, assim como o tratamento específico que os sobreviventes de um ato suicida ou comportamento autolesivo necessitem. Estes sobreviventes podem ser familiares, amigos, outros utentes (sobretudo em meio hospitalar), profissionais de saúde que tenham acompanhado o caso, desconhecidos do falecido mas que, por circunstâncias particulares, sejam afetados pelo caso – referem-se aqui casos de suicídio de figuras mediáticas ou representativas para determinada comunidade

Referências Bibliográficas

1. OUGRIN, D., NG, A., & ZUNDEL, T. (2010). *Self-harm in young people: a therapeutic assessment manual*. London: Hodder Arnold.
2. DE LEO, D., BURGIS, S., BERTOLOTE, J., KERKHOF, A. & BILLE-BRAHE, U. (2006). Definitions of suicidal behavior: lessons learned from the WHO/EURO multicentre Study. *Crisis*, 27(1):4-15.
3. BROWN, G., HENRIQUES, G., SOSDJAN, D. & BECK, A. (2004). Suicide intent and accurate expectations of lethality: predictors of medical lethality of suicide attempts. *J Consult Clin Psychol*, 72(6):1170-4.
4. NOCK, M. (2010). Self-injury. *Annu Rev Clin Psychol*, 6:339-63.



Alameda D. Afonso Henriques, 45
1049-005 Lisboa - Portugal
Tel: +351 21 843 05 00
Fax: +351 21 843 05 30
E-mail: geral@dgs.pt