

# Risco Suicidário em Jovens: Avaliação e Intervenção em Crise

## *Youth Suicide Risk: Evaluation and Crisis Intervention*

Catarina Pereira \*

### RESUMO:

As tentativas de suicídio e os comportamentos suicidários representam um problema complexo, com elevada prevalência na adolescência. Estas situações de crise podem ser abordadas em diversos contextos da actividade da Psiquiatria da Infância e da Adolescência, seja no serviço de urgência, na actividade de ligação, ou na consulta de ambulatório. A intervenção na crise suicidária requer o envolvimento tanto do jovem como da família e representa um momento determinante na avaliação clínica e na adesão ao processo terapêutico.

No presente artigo é realizada uma revisão sobre os comportamentos suicidários na infância e na adolescência, focando-se sobre a caracterização dos mesmos e das especificidades ligadas à fase de desenvolvimento, factores de risco e protecção e orientações na avaliação e abordagem terapêutica da crise suicidária em jovens.

**Palavras-Chave:** Suicídio; Crianças; Adolescentes; Tentativa de Suicídio; Factores de Risco; Perturbações do Humor; Tratamento.

### **Abstract:**

*Suicide attempts and suicidal behaviors represent a complex problem, with high prevalence in adolescence. The management of*

*youth suicidal behavior may occur in diverse contexts of child and adolescent psychiatric activity, not only in the emergency room, but also in liaison work and ambulatory consultation. In suicidal crisis intervention it's fundamental to involve the youth and the family as this represents a crucial moment for clinical assessment and treatment compliance.*

*This review on child and adolescent suicidal behavior focuses on characterizing and understanding the developmental features of these behaviors, risk and protection factors and it offers orientations about assessment and acute management of children and adolescents who present with suicidal behavior.*

**Key-Words:** *Suicide; Children; Adolescents; Suicide Attempts; Risk Factors; Mood Disorders; Treatment.*

### CARACTERIZAÇÃO

#### **Epidemiologia**

Na maioria dos países da Europa o suicídio, embora raro na adolescência, representa a segunda causa de morte de jovens entre os 15 e os 24 anos, depois dos acidentes de viação<sup>1</sup>. Em Portugal, as taxas de suicídio aumentam com a idade, sendo as mortes por suicídio mais frequentes na idade adulta, sobretudo no homem a partir dos 65 anos. As tentativas de suicídio

\* Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE. cat.cpereira@gmail.com

são, em contrapartida, bastante comuns na adolescência, sendo mais frequentes nas raparigas<sup>2</sup>. Num estudo realizado com adolescentes, estudantes em escolas secundárias de Lisboa, com idades compreendidas entre os 15 e os 18 anos, cerca de 7% dos jovens tinha feito uma ou mais tentativas de suicídio<sup>3</sup>.

### Definição

Tentativa de suicídio representa todo o acto ou gesto não fatal, auto-infligido e auto-destrutivo, associado a intenção de morrer explícita ou implícita (O' Carroll, 1996)<sup>4</sup>.

Por outro lado, o conceito de para-suicídio refere-se de acordo com a Organização Mundial de Saúde, a um acto ou comportamento não fatal, eventualmente não habitual num dado indivíduo, em que este não tem clara intenção de morrer, mas no qual se arrisca a causar danos a si próprio (mais ou menos graves) caso não exista a intervenção de outrem; o para-suicídio pode também ocorrer na sequência de ingestão excessiva de determinadas substâncias com o intuito de provocar alterações desejadas. No para-suicídio estão incluídos os comportamentos de auto-mutilação no sentido de auto-lesão deliberada, sem intenção de morte<sup>5</sup>.

O conceito de equivalente suicidário representa um conceito para o qual não existe um verdadeiro consenso. Refere-se a comportamentos de alto risco ou acidentes associados a importante impulsividade, sem existir uma intencionalidade consciente de morte (ex: correr para a estrada, expor-se a acidentes,

ingestão de produtos perigosos...). Estes acidentes podem ocorrer na infância e associar-se a contextos de *stress* familiar grave, sendo importante uma avaliação cuidadosa dada a dificuldade de reconhecimento das tentativas de suicídio nesta faixa etária<sup>5</sup>.

Por outro lado, embora a intencionalidade de morte represente um elemento essencial na definição de tentativa de suicídio, é importante notar que a criança pode não ter ainda adquirido um conceito de morte definitiva e irreversível, e pode não ter noção da letalidade real do seu comportamento<sup>6</sup>.

### Evolução do Conceito de Morte

O conceito de morte é objecto de um processo evolutivo ao longo da vida da criança e do adolescente. Na infância, a morte é concebida como uma cessação, uma partida, uma separação, uma ausência temporária e reversível. Segundo vários autores, o carácter de irreversibilidade da morte é adquirido por volta dos 8 anos. Sabe-se, contudo, que a construção do conceito de morte está dependente das experiências de vida, pelo que crianças pequenas confrontadas com experiências de eminência da sua própria morte (ex: no contexto de uma doença letal) ou de um trabalho de luto precoce, podem adquirir esta noção de imutabilidade e irreversibilidade da morte muito mais cedo<sup>7</sup>.

Na adolescência assiste-se a uma idealização do conceito de morte, que pode representar algo de mágico, de irreal e não permanente. Ao negar a irreversibilidade da morte, o adoles-

cente pode tentar o suicídio como uma forma de passagem para um estado mais pacífico ou de menor tensão<sup>10</sup>.

### **Adolescência e Comportamentos Suicidários**

A adolescência representa um período do desenvolvimento que envolve uma maior susceptibilidade para a ocorrência de comportamentos suicidários.

A necessidade de mudança por um lado e de escolhas por outro explicam a vulnerabilidade psíquica potencial do adolescente. Neste período de transição para a idade adulta, é necessário o adolescente desenvolver um trabalho psíquico de renúncia e de luto (do corpo infantil, das imagens parentais idealizadas, do papel infantil e dependente, etc), podendo surgir diversas ameaças, que se intensificam quando surgem constrangimentos nesse processo. A ameaça ansiosa parece estar directamente ligada à emergência pubertária, à transformação do corpo com a flutuação de identidade que ela suscita. A ameaça depressiva resulta do trabalho necessário de perda e de luto (o adeus à infância) que toda a adolescência implica, com a necessidade de afastamento relativamente aos pais reais mas ainda relativamente às imagens parentais, e de renúncia à onipotência infantil para entrar no período dos paradoxos, dos conflitos e das escolhas. A “depressão” pode instalar-se quando o adolescente “recusa” empenhar-se em tal trabalho psicológico<sup>8</sup>.

Salienta-se ainda o lugar central do corpo na adolescência, (constituindo a tentativa de suicídio um ataque ao corpo e tudo o que ele representa), bem como a tendência para o agir neste período, como meio de provocar resposta nos outros mas também como forma de evitar confrontar-se com a reflexão e elaboração mental<sup>8</sup>.

Os comportamentos suicidários constituem uma forma não verbal de comunicação em que é usado o corpo. Podem ter vários significados: apelo, renascimento, reunião com uma pessoa falecida, fuga de uma situação intolerável, passagem para um estado de tranquilidade, ou desejo de vingança, entre outras<sup>9</sup>.

Toda a tentativa de suicídio num adolescente é um sinal de perturbação grave, e a sua importância não deve ser minimizada. É um pedido de ajuda de alguém emocionalmente perturbado e muito vulnerável, e exige uma avaliação cuidadosa<sup>10</sup>.

O espectro de gravidade dos comportamentos suicidários pode ser pensado ao longo de um *continuum* desde a ideação suicida passiva e inespecífica, passando pela ideação suicida activa com intenção de morte e/ou plano até à tentativa de suicídio e o suicídio consumado<sup>4,6</sup>. Os comportamentos suicidários são frequentemente precipitados por acontecimentos de vida, que não representam a causa, mas que vêm acumular-se a um conjunto de factores de risco, desencadeando a crise suicidária<sup>9</sup>.

## FACTORES DE RISCO – PREDISPONENTES

### Factores Individuais

#### Idade

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<sup>11</sup>. Esta distribuição parece acompanhar a distribuição modal das idades de início das perturbações psiquiátricas que aumentam o risco de comportamento suicidário e que tendem a ser mais comuns na fase final da adolescência (ex: depressão major, perturbação bipolar, abuso de substâncias, esquizofrenia, perturbações da personalidade)<sup>9</sup>. A raridade do suicídio consumado antes da puberdade é um fenómeno universal (Organização Mundial de Saúde, 2002)<sup>11</sup>. Embora a criança possa apresentar ideação suicida, a sua imaturidade cognitiva parece limitar a sua capacidade para planear e executar tentativas de suicídio letais<sup>4</sup>. Os comportamentos suicidários na infância, sendo raros, podem contudo assumir a forma de equivalentes suicidários, com passagens ao acto e exposição a situações de risco, por vezes com elevado índice de gravidade (ex: atirar-se para a estrada, defenestração, afogamento, ingestão de produtos domésticos)<sup>12</sup>. Nestes casos, é comum a associação a maus-tratos físicos e/ou sexuais bem como a perturbação das relações intra-familiares<sup>4</sup>. O início precoce de comportamento suicidário antes

da puberdade é preditivo de comportamento suicidário na adolescência<sup>9</sup>.

#### Género

A taxa de suicídio consumado é significativamente mais elevada no sexo masculino, embora a ideação suicida e as tentativas de suicídio sejam mais comuns no sexo feminino<sup>11</sup>. Este padrão de diferença de género relativamente ao suicídio consumado em jovens não se verifica, contudo, em todos os países do mundo (Organização Mundial de Saúde, 2002). A maior taxa de suicídio nos rapazes parece estar relacionada com a maior frequência de factores de risco associados, nomeadamente abuso de substâncias e comportamento agressivo, e com a tendência nos rapazes à utilização de métodos mais violentos e letais, relativamente às raparigas<sup>11</sup>.

#### História Prévia de Comportamentos Suicidários

A história de tentativa de suicídio (TS) anterior representa um dos factores preditivos mais fortes para a ocorrência de suicídio, conferindo um risco mais elevado nos rapazes do que nas raparigas. Cerca de 1/3 dos jovens vítimas de suicídio fizeram uma tentativa de suicídio prévia<sup>11</sup>. Após uma primeira TS verifica-se um risco elevado de recorrência, que é mais acentuado no período imediato que se segue, mantendo-se elevado nos 3-6 meses seguintes. Pode ocorrer uma escalada dos meios com recurso a métodos cada vez mais perigosos<sup>4</sup>.

Jovens com história prévia de TS com métodos mais letais (como tentativa de enforcamento, defenestração, utilização de arma de fogo) têm um risco especialmente elevado para a ocorrência de suicídio. Contudo, é necessário ter em conta que uma TS com baixa letalidade não reflecte necessariamente uma baixa intencionalidade suicida, particularmente em crianças, que poderão sobrestimar a letalidade dos meios, sendo importante não minimizar o risco potencial de comportamento suicidário futuro<sup>4</sup>.

### Patologia Psiquiátrica

Estudos de autópsia psicológica mostram que mais de 90% dos jovens que cometeram suicídio apresentavam uma perturbação psiquiátrica pré-existente, e que em aproximadamente metade destes, a perturbação psiquiátrica teria estado presente durante 2 ou mais anos<sup>9</sup>. As formas mais comuns de perturbação psiquiátrica encontradas nos suicídios consumados são as perturbações do humor (sobretudo depressão, mas também estados de mania e mistos), e o abuso de substâncias e/ou álcool, particularmente em rapazes com mais de 15 anos<sup>9</sup>. Verifica-se uma elevada prevalência de co-morbilidade entre perturbações afectivas e abuso de substâncias. As perturbações disruptivas do comportamento são também comuns nos rapazes vítimas de suicídio, muitas vezes coexistindo com perturbações do humor, ansiedade e abuso de substâncias<sup>9</sup>. Salientam-se como perturbações psiquiátricas associadas a risco de comportamentos suici-

dários em jovens, muitas vezes em co-morbilidade: perturbações do humor, abuso de álcool e substâncias, perturbações do comportamento (sobretudo de tipo impulsivo/agressivo), perturbações do comportamento alimentar, perturbações de ansiedade e perturbações da personalidade (sobretudo a perturbação estado-limite). Embora a esquizofrenia esteja associada a taxas elevadas de suicídio, uma vez que se trata de uma condição rara na infância e adolescência, contribui de forma pouco significativa para o suicídio nos adolescentes. Contudo, é importante avaliar a presença de sintomas psicóticos, que aumentam de forma significativa a gravidade do quadro e o risco suicidário a curto termo<sup>9</sup>.

Estudos controlados de suicídio consumado em jovens sugerem factores de risco semelhantes para os rapazes e raparigas, mas com diferenças marcadas na sua importância relativa: nas raparigas, o factor de risco mais significativo é a presença de depressão major, seguido da ocorrência de TS prévia; nos rapazes, o factor preditivo mais importante é a ocorrência de TS prévia, seguido da presença de depressão, abuso de álcool ou substâncias e comportamento disruptivo<sup>9</sup>.

### Factores Psicológicos

Traços de personalidade e características individuais associados a risco de suicídio incluem: impulsividade – comportamento impulsivo/agressivo em resposta à frustração; desesperança – está correlacionada com a intencionalida-

de e prediz risco de TS e suicídio consumado; perfeccionismo – traço de personalidade que está associado a TS em jovens, mas não se encontrou associação com suicídio consumado; e dificuldades ao nível das estratégias de *coping* e na resolução de problemas interpessoais<sup>4,11</sup>.

### Factores Biológicos

Embora a maior parte dos estudos sobre mecanismos neurobiológicos tenha sido conduzido em adultos, a investigação tem vindo a apontar o papel importante das alterações da função serotoninérgica nos comportamentos suicidários, bem como no comportamento agressivo-impulsivo, independentemente do diagnóstico psiquiátrico<sup>11,6</sup>.

### Orientação Sexual

Verifica-se a presença de risco acrescido de tentativa de suicídio em jovens com orientação homossexual e bissexual. A relação entre homossexualidade e suicidalidade pode ser mediada pela coexistência de elevadas taxas de outros factores de risco suicidário nesta população de jovens, nomeadamente maior risco de rejeição parental e pelos pares, fenómenos de *bullying*; e maior risco de depressão, abuso de álcool e substâncias<sup>4</sup>.

### Doenças Médicas

Condições médicas crónicas específicas, incluindo diabetes e epilepsia, foram associadas a risco suicidário em populações pediátricas, mesmo após controlo de outros factores de risco.

Verificou-se também associação com doenças ou lesão física envolvendo prejuízo funcional<sup>4</sup>.

## **Factores Familiares**

### História Familiar de Comportamento Suicidário

A investigação sugere o envolvimento tanto de mecanismos genéticos como ambientais na transmissão familiar do comportamento suicidário e que o comportamento suicidário é transmitido em famílias de uma forma distinta da sua associação com doença psiquiátrica familiar. Os familiares de 1º grau de adolescentes que fizeram TS ou que se suicidaram apresentaram uma taxa de TS 2 a 6 vezes superior à da população geral, mesmo após controlo para as elevadas taxas de psicopatologia. Por outro lado, a descendência de adultos com perturbação do humor associada a história de TS tem 4 a 5 vezes maior risco de TS, quando comparada com a descendência de adultos com perturbação do humor sem história de TS<sup>4,11</sup>.

### Psicopatologia Parental

Verificaram-se elevadas taxas de psicopatologia parental, particularmente depressão e abuso de substâncias, associadas a TS e suicídio consumado na adolescência<sup>11</sup>.

### Outros Factores Familiares

Outros factores relativos ao contexto e funcionamento familiar que estão associados a risco suicidário em jovens incluem: ausência ou baixos níveis de comunicação entre os pais e o jovem,

elevados níveis de conflito e violência familiar, morte ou ausência parental, maus-tratos no seio familiar, isolamento da família (jovens em fuga, isolados ou sem casa, muitas vezes associando-se uma história pessoal de maus-tratos), assim como a desvalorização por parte da família de TS anterior do adolescente<sup>11,4</sup>.

### **Acontecimentos de Vida Adversos**

Situações de *stress*, como conflitos ou perdas interpessoais (ex: rotura de relação amorosa ou com o grupo de pares), conflitos familiares, problemas académicos ou disciplinares na escola ou problemas legais, estão associadas a TS e suicídio consumado em jovens, mesmo após controlo para psicopatologia<sup>11</sup>.

### *Bullying*

Seja como vítima e/ou agressor, o *bullying* está associado a aumento do risco de comportamentos suicidários<sup>11</sup>. Num estudo prospectivo de 2009 que analisou a associação entre *bullying* na infância e desenvolvimento posterior de comportamentos suicidários na adolescência verificou-se que os rapazes com perfil de agressor-vítima de *bullying* apresentavam maior risco de comportamentos suicidários, embora esta associação não se mantivesse quando era feito controlo para psicopatologia; as raparigas vítimas de *bullying* apresentavam maior risco de comportamentos suicidários, mantendo-se esta associação mesmo após controlo de sintomas de depressão e de problemas do comportamento<sup>13</sup>.

Os avanços na tecnologia permitiram o surgimento de novas formas de *bullying*. O *cyberbullying* pode ocorrer através de mensagens e imagens enviadas através de e-mails, telemóvel ou comentários nas redes sociais (ex: Facebook, Myspace, Twitter), podendo ser promovido por jovens ou adultos. A associação entre *cyberbullying* e suicídio é uma área que ainda carece de estudos publicados<sup>14</sup>.

### Abuso Físico e Sexual

Tanto o abuso físico como o abuso sexual têm uma associação significativa com TS e suicídio consumado na adolescência, mesmo após controlo para outros factores de risco<sup>11</sup>. Assim, perante suspeita de abuso de criança ou adolescente, recomenda-se que seja avaliada a presença de ideação ou comportamentos suicidários actuais ou no passado. Inversamente, uma vez que o risco atribuído é bastante elevado (15 a 20% das raparigas que fazem TS têm uma história de abuso), quando se avalia uma TS deve-se investigar a ocorrência de antecedentes ou experiências actuais de abuso físico ou sexual<sup>11</sup>. O abuso sexual intra-familiar, abuso sexual continuado, e a maior gravidade do abuso conferem um risco acrescido de tentativas de suicídio.

### **Factores Sociais**

#### Efeito de Imitação/Contágio

Sabe-se que suicídio pode ser facilitado em adolescentes vulneráveis pela exposição a situações de suicídio real ou ficcional, incluindo a forma

como os *media* apresentam notícias de suicídio (por ex: a cobertura mediática intensiva do suicídio de uma celebridade) ou a representação ficcional de um suicídio num filme conhecido ou programa televisivo. O risco de suicídio por imitação/contágio é especialmente elevado nos jovens. O fenómeno de “*clusters*” de suicídio, que envolve um número excessivo de suicídios que ocorrem em estreita proximidade temporal e geográfica, parece estar relacionado com processos de imitação. Os *clusters* de suicídio geralmente envolvem adolescentes ou jovens adultos previamente perturbados, que tomaram conhecimento da morte por suicídio de outra pessoa, não conhecendo a vítima pessoalmente<sup>9</sup>. Dadas as características deste período de desenvolvimento, os adolescentes são mais susceptíveis a reproduzir e imitar modelos de comportamento do seu grupo ou círculo de influência. Neste âmbito, verificou-se que jovens vulneráveis expostos a comportamentos suicidários entre os seus pares têm um maior risco de desenvolver comportamentos suicidários imitativos, nomeadamente perante uma situação de *stress* interpessoal<sup>6</sup>.

### Internet e Suicídio

Mais recentemente, têm sido publicados relatos de casos acerca de *cybersuicidas*. É necessário ter em atenção o crescimento de sites e fóruns na internet em que é incentivado o suicídio como estratégia de resolução de problemas, levando a um risco acrescido de comportamentos suicidários em adolescentes

vulneráveis. Existem diferentes sites e fóruns de suicídio na internet: alguns aconselham a procurar a ajuda e fornecem ligações e contactos no sentido do jovem procurar apoio. Contudo, outros sites e fóruns assumem uma mensagem pró-suicídio, fornecendo informações sobre métodos e valorizando positivamente os comportamentos suicidários<sup>14</sup>.

### Isolamento Social / Rede de Suporte Social Pobre

#### **Disponibilidade de Meios Letais**

A presença de armas de fogo em casa (especialmente nas zonas rurais), e de outros meios letais (cordas, facas, medicamentos) e, por outro lado, a supervisão parental inadequada aumentam o risco de suicídio consumado em jovens<sup>4</sup>.

### **FACTORES DE RISCO - DESENCADEANTES**

No adolescente, os factores desencadeantes mais frequentes são: conflitos com os pais, conflitos ou roturas afectivas (rotura de relação amorosa) e os problemas disciplinares e académicos<sup>4</sup>. Estes acontecimentos precipitam o comportamento suicidário no jovem que se encontra em sofrimento e vulnerável pela acumulação de factores de risco, mas não representam a sua causa<sup>9</sup>. O prognóstico é pior quando não há factor desencadeante ou quando os precipitantes são crónicos e continuados, especialmente no abuso físico ou sexual recorrente<sup>4</sup>.

## FACTORES DE PROTECÇÃO

São considerados factores de protecção a presença de *coping* adequado (competências do jovem na resolução de conflitos e problemas), bom suporte familiar, boa ligação do jovem à escola e a um grupo de pares pró-social, a religiosidade<sup>4,11</sup>, e por outro lado, ao nível das respostas dos serviços de saúde, a existência de uma boa acessibilidade ao tratamento e apoio médico adequado.

## ABORDAGEM TERAPÊUTICA

### Avaliação do Jovem em Crise Suicidária

#### Avaliação do Comportamento Suicidário

É importante obter um conhecimento detalhado sobre o método utilizado na TS e sobre a sequência de acontecimentos, qual a letalidade médica potencial (risco de morte que ocorreu realmente), o grau de planeamento versus impulsividade envolvido, qual a probabilidade de receber ajuda (avisou pessoas, esperava ficar sozinho?), história de TS prévia, grau de intensidade e frequência da ideação suicida actual (pervasiva), e a acessibilidade a agentes potencialmente letais (armas, cordas, medicações letais)<sup>9</sup>.

#### Avaliação da Intencionalidade Suicida

A intencionalidade suicida representa o balanço entre o desejo de morte e o desejo de vida que coexiste no indivíduo face ao suicídio<sup>9</sup>.

A avaliação da presença e do grau de intencionalidade suicida é importante para a compreensão da gravidade da TS e do risco de recorrência. Assim, elevada intencionalidade como traduzida pela expressão do desejo de morrer/crença que a tentativa iria conduzir à morte, planeamento prévio da TS, programação de forma a não ser encontrado e não obter ajuda e comunicação da intenção suicida antes da tentativa, está associada a TS recorrentes e suicídio consumado.

#### Avaliação da Letalidade Médica

Tentativas de suicídio com elevada letalidade médica (ex: enforcamento, utilização de arma de fogo ou medicações letais) associam-se frequentemente a elevada intencionalidade e a um maior risco de suicídio consumado ulterior. Contudo, a evidência também aponta que uma TS impulsiva com relativa baixa intencionalidade mas com acesso imediato a meios letais pode conduzir a uma TS grave ou mesmo letal. Por outro lado, as crianças e adolescentes tendem a sobrestimar a letalidade de diferentes métodos suicidários, de forma que uma TS com baixa letalidade pode, contudo estar associada a elevada intencionalidade<sup>4</sup>.

#### Avaliação da Motivação

A motivação refere-se ao motivo que o jovem atribui a sua suicidalidade. Indivíduos com elevada intencionalidade tendem a indicar que a sua primeira motivação era morrer ou escapar permanentemente de uma si-

tuação dolorosa, e estes jovens apresentam um risco elevado de recorrência. Muitos jovens que tentam o suicídio descrevem que procuravam provocar uma resposta no outro ou comunicar um sentimento<sup>4</sup>. Se estas motivações não forem exploradas na avaliação, poderá persistir um elevado grau de intencionalidade suicida<sup>9</sup>. Por outro lado, a compreensão da motivação da TS tem importantes implicações para o tratamento, na medida em que a intervenção pode focar-se em ajudar o jovem a identificar as suas necessidades de forma mais explícita e a encontrar formas alternativas de as comunicar e respostas mais adaptadas, que não o coloquem em risco<sup>4</sup>.

#### Avaliação do Risco de Recorrência ou Suicídio Consumado

São considerados factores de alto risco de suicídio em adolescentes: TS em rapaz; nos rapazes, ocorrência de TS prévia, idade  $\geq 16$  anos, perturbação do humor associada, e abuso de substâncias; nas raparigas, presença de perturbação do humor e TS prévia. O risco suicidário é imediato se existir alteração marcada do estado mental.

#### Exame do Estado Mental e Avaliação de Psicopatologia Subjacente

Tentativas com maior risco de suicídio (“Checklist for Assessing Child or Adolescent Suicide Attempters in an Emergency Room or Crisis Center”)<sup>9</sup>:

- História Suicidária: Mantém ideação suicida ou TS prévia;
- Demográficos: Rapaz, isolamento social;
- Estado Mental: Estado depressivo, maníaco, hipomaníaco, gravemente ansioso, ou uma combinação destes estados;
- Abuso de substâncias isolado ou em associação a perturbação do humor;
- Agitado, irritável, delirante ou com alucinações.

#### **Tratamento na Crise Suicidária**

Deve ser estabelecida uma relação com o jovem e a família e reforçar a importância do tratamento, sendo dada prioridade aos aspectos ligados à segurança<sup>9</sup>. É necessário o envolvimento tanto do jovem como da família, seja na colheita de informação clínica para avaliação, seja na intervenção. Contudo, é igualmente importante existir um momento individual com o adolescente<sup>9</sup>.

Reforçar junto do jovem e da família a importância da TS como sinal de perturbação grave e o risco real de morte envolvido. O adolescente pode estar a proteger-se da completa realização da morte e esta pode assumir vários significados. Muitos adolescentes tentam matar-se mas comportam-se como se algo neles pudesse permanecer vivo; ou, inconscientemente, esperam um renascimento. Alguns tentam destruir, eliminar ou adormecer alguma parte deles sem a intenção de se matarem. É importante desvendar estas fantasias, decifrar o que a morte sig-

nifica em termos reais, e lembrar-lhes o seu medo da morte<sup>10</sup>.

Explorar com o adolescente as motivações para o comportamento suicidário e procurar estabelecer um espaço de conversação entre o jovem e a família no sentido de promover a comunicação e a identificação de potenciais precipitantes, bem como ajudar a perspectivar alternativas na resolução de problemas, sendo este na realidade o início do tratamento<sup>9</sup>.

### Contrato de Segurança

O Contrato de Segurança representa um compromisso que o adolescente assume no sentido de não desenvolver qualquer comportamento suicidário e informar o médico, os pais ou outro adulto significativo no caso de voltar a ter ideias de suicídio<sup>9,4</sup>. Não existem estudos que confirmem a eficácia do contrato de segurança. Contudo, este continua a ser um instrumento útil como forma: de estabelecer uma aliança terapêutica; identificar uma sequência de comportamentos alternativos a que o jovem pode recorrer perante crises futuras; perceber o que prevalece na ambivalência entre desejo de vida e desejo de morte no jovem, as suas forças e fragilidades, e também como indicador para a necessidade de internamento, quando o jovem recusa estabelecer o contrato de segurança<sup>9,4</sup>.

É necessário, por outro lado, ter em conta as limitações do contrato de segurança. Apenas se deve recorrer a este se existe indicação,

pela avaliação do estado mental e do nível de desenvolvimento, que o doente compreende o compromisso que está a ser estabelecido. Mesmo quando o jovem concorda com o contrato, o risco suicidário pode persistir e devem evitar-se comunicações coercivas, que tendem a reforçar atitudes de defesa e desafio por parte do jovem<sup>9,4</sup>.

### Decisão de Internamento Versus Alta do Jovem

Esta decisão deve ter em conta a avaliação do risco suicidário. São indicadores para a necessidade de internamento: incapacidade para estabelecer uma aliança terapêutica / recusa do contrato de segurança; alteração marcada do estado mental (pensamento, humor); presença de sintomas psicóticos ou persistência de ideação suicida; presença de elevado risco suicidário (por ex. tentativa de suicídio prévia, especialmente no sexo masculino, e maior risco de letalidade); falta de suporte familiar/social e acessibilidade de meios letais<sup>9</sup>.

### Quando se Considera Alta / Tratamento em Ambulatório

Os pais devem ser responsabilizados por medidas de protecção e supervisão do adolescente, devendo comprometer-se a remover de casa e/ou limitar o acesso a meios suicidários (medicamentos, facas, cordas, armas); os pais e o adolescente devem ser informados quanto aos riscos associados ao consumo de álcool e drogas, pelos seus efeitos desinibidores; ajudar a família a

identificar potenciais precipitantes e a tomar medidas de resolução de problemas e preventivas eficazes; ajudar a família a construir uma teoria sobre a situação e o comportamento suicidário; a família deve comprometer-se a assegurar a continuidade do seguimento do adolescente em consultas de Pedopsiquiatria; e estabelecer um contrato de segurança com o adolescente<sup>9</sup>.

De forma a promover a adesão ao tratamento em ambulatório, é importante deixar marcação de consulta num curto período de tempo e manter consultas próximas temporalmente, com maior flexibilidade e disponibilidade para receber o jovem em caso de agravamento da ideação suicida. É igualmente necessário informar o jovem sobre os limites da confidencialidade na relação médico-doente (sendo a confidencialidade mantida para vários aspectos, mas se o médico apurar a presença de ideação ou comportamento suicidário eminente, essa informação será partilhada com os pais)<sup>9</sup>.

#### **Conflitos de Interesse / *Conflicting interests:***

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

*The authors have declared no competing interests exist.*

#### **Fontes de Financiamento / *Funding:***

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

*The authors have declared no external funding was received for this study.*

#### **Bibliografia / *References***

1. Sampaio D, Oliveira A, Vinagre MG, Pereira MG, Santos N, Ordaz O: Representações sociais do suicídio em estudantes do ensino secundário. *Análise Psicológica*. 2000; 2 (XVIII): 139-155.
2. Organização Mundial de Saúde, Suicida de Prevention and Special Programmes. *Country Reports and Charts*. 2009; (Versão electrónica).
3. Oliveira A, Amâncio L, Sampaio D: Arriscar morrer para sobreviver – Olhar sobre o suicídio adolescente. *Análise Psicológica*. 2001, 4 (XIX): 509-521.
4. Goldstein TR, Brent DA: *Youth Suicide. Dulcan's Textbook of Child and Adolescent Psychiatry*. American Psychiatry Publishing. 1<sup>st</sup> Edition, 2010.
5. Tedo FP: O suicídio na criança. *Dicionário de Psicopatologia da criança e do adolescente*. 1<sup>a</sup> ed., Lisboa, Climepsi Editores, 2004.
6. Collett B, Kathleen M: *Suicidality and Youth – Identification, Treatment and Prevention. Child and Adolescent Psychiatry – The Essentials*. Lippincott Williams & Wilkins, 2005.
7. Ferrari P: Morte na criança (conceito de). *Dicionário de Psicopatologia da criança e do adolescente*. 1<sup>a</sup> ed., Lisboa, Climepsi Editores, 2004.
8. Braconnier A, Marcelli D: *As mil faces da adolescência*. 1<sup>a</sup> ed., Lisboa, Climepsi Editores, 2000.

9. Shaffer D, Pfeffer CR: Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Suicidal Behavior. *Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*; 40:7 Supplement, 2001: 24S-51S.
10. Laufer M: *O adolescente Suicida*. 1ª ed., Lisboa, Climepsi Editores, 2000.
11. Gould MS, Greenberg T, Velting DM, Shaffer D: Youth Suicide Risk and Preventive Interventions – A Review of the Past 10 Years. *Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*; 42:4, 2003: 386-405.
12. Jacobsen et al.: Interviewing Prepubertal Children about Suicidal Ideation and Behavior. *Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*; 33:4, 1994.
13. Klomek AB, Sourander A, Niemela S et al.: Childhood Bullying Behaviors as a Risk for Suicide Attempts and Completed Suicides: a Population-Based Birth Cohort Study. *Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*; 48:3, 2009, 254-261.
14. Cash SJ, Bridge JA: Epidemiology of Youth Suicide and Suicidal Behavior. *Current Opinion Pediatric*; 21 (5), 2009, 613-619.