



Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia
Departamento de Psicologia Clínica
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura

O JULGAMENTO CLÍNICO DO RISCO DE SUICÍDIO.

Beatriz Montenegro Franco de Souza Parente

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Tavares

2012



Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia
Departamento de Psicologia Clínica
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura

O JULGAMENTO CLÍNICO DO RISCO DE SUICÍDIO.

Beatriz Montenegro Franco de Souza Parente

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura no Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, como parte dos requisitos exigidos para obtenção do grau de Doutor em Psicologia Clínica.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Tavares

2012

Agradecimentos

Agradeço a Deus pelo dom da vida, pela gratidão que trago comigo e pela coragem e vontade de retribuir.

À meu orientador, mentor e amigo, por seu apoio, dedicação, empenho e pela parceria fiel e constante no desenvolvimento de trabalhos voltados à prevenção do suicídio.

À colega e amiga, Mestre em Psicologia, Julia Camarotti, pela parceria no desenvolvimento deste trabalho, por sua generosidade e pelas valiosas contribuições ao longo do percurso e em sua dissertação de mestrado.

Às equipes do Hospital São Vicente e Paulo e do Programa de Promoção da Saúde Integral do Universitário da Universidade de Brasília, por acolherem esta pesquisa viabilizando a coleta de dados.

Aos participantes da pesquisa, pela confiança depositada em nós e por generosamente compartilharem suas vidas.

Aos voluntários, estagiários e alunos de pesquisa que contribuíram no desenvolvimento deste trabalho: Lude Marieta, Marília Vilela Alencastro Veiga, Júlia Salvagni, André Ferreira, Carmem, Carolina Braga e Fernando.

Aos membros da banca de qualificação, Profa. Dra. Blanca Werlang, Profa. Dra. Sheila Murta e Profa. Dra. Daniela Prieto, por suas valiosas contribuições.

À equipe da Diretoria de Saúde Mental da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, pelo apoio e convívio estimulante e alegre na árdua tarefa de melhorar a Rede de Atenção Psicossocial do Distrito Federal. Especialmente ao Dr. Augusto Cesar de Farias Costa pela confiança depositada em mim e por possibilitar a minha realização pessoal na implementação da Política Distrital de Prevenção do Suicídio.

À Profa. Gláucia Diniz, exemplo de perseverança e coragem, pelo carinho e incentivo.

À todos meus amigos, pelo apoio e incentivo.

Às famílias Montenegro Franco de Souza e Bandeira de Mello Parente por todo afeto e apoio, especialmente nos cuidados amorosamente dispensados à pequena Carolina, que possibilitaram a conclusão deste trabalho sem prejuízos para ela.

À minha amada família, Pedro e Carolina, meus companheiros de vida.

Índice

Introdução e contextualização.....	1
Artigo 1 – Avaliação e julgamento clínico do risco de suicídio.....	3
Consideração sobre avaliação e julgamento clínico do risco de suicídio.....	5
Modelos de avaliação de risco de suicídio.....	6
Fatores de risco.....	8
Fatores de proteção.....	13
Indicadores de risco agudo de suicídio.....	14
Afetos intoleráveis e dor psíquica.....	14
Comportamento suicida atual.....	18
Apresentação Sintomática.....	20
Precipitadores: contexto pessoal e eventos de vida.....	22
Considerações finais.....	26
Referências Bibliográficas.....	27
Artigo 2 – <i>HeARTS – CL</i> : a operacionalização de variáveis como recurso para o julgamento clínico do risco de suicídio	32
Método.....	38
Discussão e resultados.....	39
Considerações finais.....	50
Referências Bibliográficas.....	51
Artigo 3 - A compreensão clínica do risco de suicídio por meio da <i>HeARTS</i> e <i>HeARTS-CL</i>	54
Método.....	57
Resultados Parte 1 - Check List.....	59
Dados Demográficos.....	59

Correlações entre variáveis de risco iminente e da última tentativa....	60
Análise das variáveis da última tentativa de suicídio.....	66
Discussão – Parte 1	68
Resultados Parte 2 - Casos clínicos.....	70
Ricardo.....	70
Maria.....	77
Cecília.....	81
Discussão – Parte 2.....	85
Considerações finais, limites e perspectivas para o futuro.....	87
Referências Bibliográficas.....	89
Anexos.....	92
Anexo 1 – HeARTS – CL.....	93

Introdução de contextualização

Este estudo foi motivado pela experiência clínica e de pesquisa na avaliação do risco de suicídio ao longo dos últimos 12 anos. Durante esse período tivemos a oportunidade de acompanhar muitas pesquisas desenvolvidas no Laboratório de Saúde Mental e Cultura que avaliaram risco de suicídio em diversas populações, com diferentes tipos de instrumentos (técnicas projetivas, escalas de auto-relato e entrevistas clínicas). A experiência acumulada nos trabalhos de pesquisa, juntamente com o acompanhamento da produção acadêmica em suicidologia, destacou a entrevista como o método mais adequado para avaliação do risco de suicídio no contexto clínico. Concomitantemente, a experiência clínica no manejo de pacientes em crise suicida evidenciou o desafio do julgamento clínico do risco de suicídio e da adoção de condutas extremas, como, por exemplo, a internação involuntária. Dessa forma compreendeu-se a importância da associação entre a técnica para o levantamento de informações sobre o risco de suicídio e recursos que auxiliassem o profissional no processo de julgamento clínico.

A entrevista História e Avaliação de Risco de Tentativas de Suicídio - HeARTS vinha sendo desenvolvida desde 1997. Novas versões foram aperfeiçoando-a ao longo do tempo, culminando na dissertação de mestrado que analisou sua capacidade de produção de narrativas relevantes na avaliação do risco de suicídio (Camarotti, 2009). Nesse contexto iniciou-se o processo que deu origem ao presente estudo. O trabalho integra três artigos que compõem um processo de construção de recursos para auxiliar o profissional de saúde no julgamento clínico do risco de suicídio. O primeiro artigo trata de uma revisão sobre as principais variáveis a serem consideradas na avaliação do risco de suicídio, discutindo critérios e fatores relevantes para a identificação do risco iminente de uma tentativa. O segundo artigo descreve a construção de uma *check list* a

partir da HeARTS, denominada HeARTS-CL e teve como objetivo a operacionalização de variáveis chaves para auxiliar o avaliador no processo de julgamento clínico do risco. O terceiro artigo traz um estudo empírico com a análise de 20 casos avaliados pela HeARTS e pela HeARTS-CL que buscou verificar a contribuição dos instrumentos utilizados na compreensão do risco e no processo de julgamento clínico. Os resultados desse estudo foram organizados em duas partes: a análise estatística descritiva da amostra e de correlações entre as variáveis da HeARTS-CL; e a análise qualitativa de três casos clínicos.

Artigo 1: Avaliação e julgamento clínico do risco agudo de suicídio

Resumo

A avaliação do risco de suicídio e a formulação de um julgamento clínico são demandas constantes da prática clínica em saúde mental. Diante da complexidade do fenômeno e da ampla gama de variáveis associadas ao risco de suicídio, essa tarefa é considerada um grande desafio para a maior parte dos profissionais da área. Nesse contexto, a identificação dos fatores que contribuem principalmente para a formulação do julgamento clínico do risco de suicídio é de fundamental importância para o delineamento de uma conduta clínica adequada. O presente trabalho tem como objetivo identificar e discutir os fatores associados ao risco de suicídio que contribuem para o julgamento clínico, especialmente àqueles associados ao risco agudo de suicídio.

Abstract

Suicide risk assessment and clinical judgment of suicidal risk are frequent and challenging demands on mental health clinical practice. There are too many factors associated to suicidal risk that increases the complexity of risk assessment processes. The identification of the most relevant factors for clinical judgment formulation of suicide risk contributes to a better and safer clinical decisions based on these factors. For this, we aim to identify and discuss specially suicide risk factors related to imminent and acute suicide risk.

O suicídio é um fenômeno bastante complexo que resulta de uma série de fatores que envolvem desde aspectos genéticos, psicológicos e ambientais até aqueles de cunho social, histórico-situacional e cultural (Barrero, Nicolato & Corrêa, 2006; Bertolote, Mello-Santos & Botega, 2010; Botega & Werlang, 2004; Mann, Waternaux, Haas & Malone, 1999; Wasserman, 2001).

Diante dos diversos fatores relacionados ao comportamento suicida, a tarefa de avaliação de risco de suicídio torna-se um desafio até para os clínicos mais experientes (Granello, 2010; Rudd, Cukrowicz & Bryan, 2008). Wingate, Joiner, Walker, Rudd e Jobes (2004), em um artigo de revisão, encontraram mais de 75 fatores de risco diretamente associados ao comportamento suicida. A avaliação de uma grande quantidade de fatores torna-se muitas vezes inviável, o que não necessariamente contribui para uma compreensão mais abrangente do problema e para o processo de julgamento e decisão clínica em relação ao risco de suicídio. Nesse contexto, os autores defendem a construção de estratégias de avaliação baseada em fatores de risco e de proteção mais relevantes em termos clínicos, teóricos e empíricos encontrados na literatura especializada.

Discussões e anseios por modelos preditivos do comportamento suicida estão presentes na literatura. Entretanto, até o momento não é possível prever comportamento suicida de maneira confiável por modelos estatísticos (Bryan & Rudd, 2006; Cassells, Paterson, Dowding & Morrison, 2005; Kulic, 2005; Reynolds, 1990; Shea, 2000; Wollersheim, 1974).

Predição de comportamento suicida é um processo distinto de avaliação de risco de suicídio (Cassells e cols, 2005). Os autores colocam que a impossibilidade de prever o comportamento suicida de maneira confiável não significa que importantes fatores que aumentam o risco de suicídio não tenham sido identificados no meio científico. Ou

seja, apesar das dificuldades preditivas, vários fatores importantes que contribuem para a composição do risco de suicídio já são bastante conhecidos e estudados. Segundo os autores, a tarefa dos clínicos não é prever suicídio, mas reconhecer quando o paciente entra em um estado de alto risco e proceder adequadamente.

Considerações sobre Avaliação e Julgamento Clínico do Risco de Suicídio

A avaliação do risco e a formulação de um julgamento clínico são atividades interdependentes e fundamentais para a definição de um encaminhamento adequado para cada caso. Os dois processos se complementam, permitindo uma compreensão mais ampla do contexto no qual o risco de suicídio se configura.

A avaliação consiste na utilização de técnicas e instrumentos para o levantamento de dados relevantes associados ao risco de suicídio. Os contextos de avaliação são diversos e podem envolver *screenings* em populações com indicação de risco, processos psicodiagnósticos e acompanhamentos de pacientes, muitos dos quais terão o risco configurado, por vezes crônico, e que apresentam momentos em que o risco de suicídio fica mais elevado. Para cada um desses contextos caberá instrumentos e técnicas específicas.

Granello (2010) coloca que apesar da disponibilidade de instrumentos auto-aplicáveis e guias de entrevistas para avaliar o risco de suicídio, esses recursos não oferecem respostas exatas. Ou seja, o clínico sempre terá que lidar com um grau de incerteza nesse tipo de avaliação. O autor descreve doze princípios norteadores do processo de avaliação de risco de suicídio, entre os quais indica o fato de tal prática estar fundamentada no julgamento clínico.

O julgamento clínico consiste na interpretação dos dados levantados com base no treinamento, conhecimento e experiência do clínico em relação ao tema. Dele resulta a definição da estratégia mais adequada para lidar com o risco aferido. Essa habilidade

pode ser aprimorada com treinamento e experiência. Contudo, a supervisão é apontada como um dos principais recursos para capacitar profissionais de saúde mental na avaliação e julgamento clínico do risco de suicídio (Granello, 2010; Rudd, Cukrowicz & Bryan, 2008). A supervisão propicia a reflexão sobre os casos acompanhados, analisando a dinâmica da díade, levando em consideração as próprias vivências do profissional e as interferências dessas vivências no acompanhamento do paciente. Sendo assim, para o aprimoramento profissional em avaliação e julgamento clínico do risco é necessário: conhecimento da literatura especializada, habilidade técnica para condução de entrevistas e para utilização de instrumentos de avaliação, experiência adquirida por meio da utilização das técnicas e do conhecimento especializado e supervisão – o momento em que todo conhecimento objetivo é posto a prova na relação intersubjetiva paciente-terapeuta.

Diante da complexidade do fenômeno, do processo de avaliação e do grande número de variáveis associadas ao risco de suicídio, se fazem necessárias a identificação e a discussão dos principais fatores que auxiliam o profissional de saúde a identificar o grau de severidade do risco e tomar decisões a partir desse referencial. Serão abordadas neste trabalho as variáveis mais importantes para a identificação do risco de suicídio no contexto clínico. Um dos aspectos críticos para a definição da conduta clínica é a identificação do risco iminente ou agudo de suicídio.

No intuito de contextualizar essa discussão serão apresentados a seguir os principais modelos de avaliação de risco de suicídio e a relação de fatores de risco, proteção e daqueles que indicam risco agudo de suicídio. Discussão desses conceitos e variáveis se dá a partir de uma revisão bibliográfica seletiva de livros e artigos científicos identificados em bancos de dados com as palavras-chave: *suicide risk*, *suicide risk assessment* e *suicide risk instruments*.

Modelos de Avaliação de Risco de Suicídio

Os modelos mais utilizados para avaliação de risco de suicídio envolvem o levantamento de fatores de risco e fatores de proteção (Barrero & cols., 2006; Mann & cols., 1999; OMS, 2000; Wasserman, 2001; Werlang & Botega, 2004;). A maior parte dos autores define fatores de risco como aqueles que apresentam uma relação estatística significativa com suicídios consumados (Bertolote & cols., 2010; Cassels & cols., 2005; Hendin & cols., 2001; Shea, 2000). Esses fatores são de grande relevância para a identificação de grupos de maior risco e para o desenvolvimento de pesquisas e de estratégias preventivas voltadas para população. No contexto clínico esses fatores contribuem para contextualizar uma situação de risco específica. Porém, os fatores estatisticamente derivados pouco contribuem para identificação do risco agudo de suicídio de um paciente específico, porque o conjunto de fatores de risco não necessariamente caracteriza o risco agudo de suicídio. Ou seja, nesse contexto, os fatores de risco geralmente não são suficientes para que o profissional de saúde possa identificar o risco agudo e tomar uma decisão sobre o manejo clínico mais adequado e seguro para cada caso. Nesse sentido, risco e risco agudo são condições clínicas distintas.

Alguns autores começaram a diferenciar fatores de risco de fatores que identificam risco agudo ou iminente de suicídio (Bertolote & cols., 2010; Cassels & cols., 2005; Hendin, Maltzberger, Hass & Kyle, 2001; Shea, 2000). Não há um consenso sobre a nomenclatura específica para os indicadores de risco agudo de suicídio. São utilizados termos como: preditores de risco (Shea, 2000), marcadores de crise suicida (Hendin & cols., 2001), fatores de risco de suicídio de curto prazo ou dinâmicos (Cassels & cols., 2005) e fatores precipitantes (Bertolote & cols., 2010). Apesar da utilização de termos distintos, o conceito que os define é muito semelhante.

Trata-se de fatores que sinalizam o risco de suicídio em termos de horas, dias e semanas. Ou seja, que identificam o sujeito que necessita de uma intervenção imediata mais diretiva e intensiva para prevenir uma tentativa de suicídio e possivelmente uma morte.

Hendin, Maltsberger e Szanto (2007) discutem a utilização dos termos “risco iminente” e “risco agudo” de suicídio. Entendem que o termo iminente é mais correto quando se trata do risco previsto para as próximas 48 horas, sendo mais preciso e amplamente adotado na medicina em geral ao referir risco de morte. O risco agudo estaria circunscrito entre o período após 48 horas e um ano. Entretanto, em seus trabalhos sobre identificação de risco de suicídio, os autores adotam risco agudo para se referirem ao período de dois meses.

A compreensão do risco de suicídio passa pelo levantamento da história de cada paciente, pela relação entre os elementos que compõem o risco, os elementos que podem contribuir como fatores de proteção e pela identificação de sinais de alerta sobre o risco iminente (Barrero & cols, 2006). Todas essas informações devem ser analisadas e contextualizadas para que o profissional seja capaz de emitir um julgamento clínico adequado.

Fatores de risco associados ao comportamento suicida

Os fatores de risco presentes na literatura abordam basicamente: características de dados sócio-demográficos, história e características de comportamento suicida, psicopatologias mais associadas ao risco de suicídio, características psicológicas, condições de vida na infância, eventos de vida adversos, condições clínicas degenerativas ou dolorosas e história de psicopatologia ou de comportamento suicida na família (Allen & cols, 2005; Camarotti, 2009; Cassel, Peterson, Dowding & Morrisson,

2005; Côrrea & Barrero, 2006; Fremouw, Perczel & Ellis, 1990; Hasley & cols, 2008; Meleiro, 1997; Werlang, 2000a; Werlang 2000b).

Os dados estatísticos de pessoas que morreram por suicídio evidenciam populações com maior probabilidade para esse comportamento. Nesse sentido, percebe-se que os homens morrem mais por suicídio e que as mulheres fazem mais tentativas (Kutcher & Chehil, 2007; Mello-Santos, Bertolote & Wang, 2005; OMS, 2000). No que diz respeito à idade, observa-se uma relação positiva entre o envelhecimento e o aumento do risco de suicídio. Entretanto, é possível identificar os adolescentes e jovens adultos como um grupo importante de prevenção em função de um crescimento agudo das taxas de suicídio a partir dos 15 anos de idade e o aumento progressivo das taxas entre os jovens nas últimas décadas. Teme-se que em pouco tempo o suicídio entre jovens possa superar a taxa entre os idosos (Agebro, Nordentoft & Mortensen, 2002; Bohry, 2007; Corrêa & Barrero, 2006; Kutcher & Chehil, 2007; Mello-Santos, Bertolote & Wang, 2005; Mitchell, 2005; Montenegro, 2005; Tavares, Montenegro & Prieto, 2004; Werlang & Botega, 2004). A preocupação com os jovens também se justifica pela evidência clínica que o risco é precocemente configurado na história de pessoas que mais tarde põem fim a suas vidas.

Em relação ao estado civil, as maiores taxas de suicídio encontram-se entre pessoas divorciadas, solteiras e viúvas (Agebro & cols, 2002; Botega Barros, Oliveira, Dalgalarrodo & Marín-León, 2005; Kutcher & Chehil, 2007; OMS, 2000), o que sugere que estar em um relacionamento estável é um fator de proteção. No que diz respeito ao contexto de trabalho percebe-se uma relação entre desemprego, dificuldades financeiras e suicídio (Kutcher & Chehil, 2007; OMS, 2000). Entre as pessoas que trabalham há maior risco entre aquelas que atuam em profissões que propiciam maior conhecimento e acesso a meios letais. Nesse grupo destacam-se profissionais da área de

saúde e aqueles cujos instrumentos de trabalho possam ser utilizados como método, como agricultores e policiais (Fremouw & cols, 1990; Kutcher & Chehil, 2007; OMS, 2000; Tavares & cols, 2004; Werlang & Botega, 2004;).

Os dados epidemiológicos possibilitam conhecer a prevalência do fenômeno em diferentes populações, mas devem ser utilizados com cautela no contexto de avaliação clínica do risco de suicídio (Camarotti, 2009; Fremouw & cols, 1990; Hendin, Maltsberger, Lipschitz, Haas & Kyle, 2001; Mitchell, Garand, Dean, Panzak, & Taylor, 2007; Santos, 2007;). A dificuldade de transpor os resultados estatísticos para pessoas específicas está na tensão nomotético-idiográfica: resultados estatísticos são generalizáveis a amostras ou população, mas não a pessoas (Tavares, 2003). O sentido em que o sujeito desvia da média não pode ser previsto estatisticamente. Como será visto adiante essas informações são extremamente insuficientes para avaliação do risco e devem ser compreendidas dentro de um contexto mais amplo associado a outros fatores, muitos dos quais subjetivos.

A história pregressa de comportamento suicida e suas características, principalmente as relacionadas tentativas anteriores, são fatores muito importantes a serem considerados na avaliação do risco de suicídio atual (Hendin, Maltsberger, Hass & Kyle, 2001; Kutcher & Chehil, 2007; Shea, 2000). Estima-se que cerca de 50 a 60% das pessoas que morrem por suicídio fizeram pelo menos uma tentativa anterior (Kutcher & Chehil, 2007; Werlang & Botega, 2004) Pessoas com história de múltiplas tentativas de suicídio constituem um grupo diferenciado e configuram um risco continuamente mais elevado comparado aos grupos que apresentam ideação ou apenas uma tentativa anterior (Fremouw & cols, 1990; Joiner & cols, 1999; Kutcher & Chehil, 2007; Werlang & Botega, 2004). A análise dos precipitadores do comportamento suicida, da letalidade do método utilizado, do quadro clínico apresentado e da

psicodinâmica envolvida nas tentativas anteriores contribui para identificação de padrões de repetição ou de agravamento do risco, evidenciando indicadores de risco específicos para cada paciente (Camarotti, 2009; Litman, 1996; Sterian, 2001; Tavares & cols, 2004).

Os quadros psicopatológicos têm uma forte relação com o comportamento suicida, com estimativas que variam de 90% a 100% dos casos de suicídios consumados (Cavanagh, Carson, Sharpe & Lawrie, 2003; Ernest, Lalovic, Lesage, Seguin, Tousignant & Turecki, 2004). Entre as principais psicopatologias presentes nesses casos estão transtornos de humor, seguidos de transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas, esquizofrenia e transtornos de personalidade (Bertolote, Fleischmann, De Leo & Wasserman, 2004; Chachamovich, Stefanello, Botega & Turecki, 2009). A relação de psicopatologias com comportamento suicida também é marcada por quadros frequentes de comorbidade, como por exemplo, a associação de transtornos de humor e abuso de substância.

Os eventos de vida atuam no processo suicida como fatores crônicos (aumentando o risco em geral) e agudos (atuando como precipitadores de tentativas de suicídio e de suicídios consumados). Os eventos de vida entendidos como fatores agudos ou precipitadores do comportamento suicida serão apresentados posteriormente, no tópico que aborda indicadores de risco agudo de suicídio. Como fatores crônicos, os mais relevantes estão na infância, tais como violência doméstica, experiências de múltiplos cuidadores ou de perdas importantes, além de negligência, violência física, sexual e psicológica, associadas ao comportamento suicida na adolescência ou vida adulta (Beautrais, 2003; Berner & cols, 1999; Blaauw & cols, 2002; Fekete & cols, 2004; Fergusson & cols, 2000; Joiner & cols, 1999; Prieto, 2002; Wilde & cols, 1992; Yang & Clum, 1996;).

História positiva de alcoolismo ou transtorno mental de cuidadores, ou de comportamento suicida na família, especialmente quando ocorre com um dos genitores ou cuidadores, pode ser um sinalizador de eventos de vida adversos na infância (Beautrais, 2003; Fekete & cols, 2004; Kaplan & cols, 1999; Yang & Clum, 1996). As dificuldades emocionais dos pais podem impossibilitar a criação de contextos seguros e estáveis para o desenvolvimento dos filhos, além de sugerir vulnerabilidades relacionadas a uma propensão de natureza constitucional (Wasserman, 2001). Assim, os eventos de vida adversos contribuem para constituição de vulnerabilidades psíquicas associadas a uma maior probabilidade de sofrimento e de dificuldades emocionais relacionadas ao comportamento suicida.

Características psicológicas como rigidez, baixa autoestima, dificuldades de expressão e de controle de impulso também estão relacionadas ao comportamento suicida. Essas características interferem nas capacidades de lidar com o estresse e com a dor emocional, de resolver problemas e de mobilizar recursos internos e externos para lidar com as demandas da vida (Camarotti, 2009; Chachamovich & cols, 2009).

A impulsividade é um fator claramente associado ao comportamento suicida (Hendin, 2001; Joiner & cols, 1999, Shea, 2000). Entretanto, alguns estudos têm questionado o papel da impulsividade na identificação do risco agudo de suicídio (Smith, Witte, Teale, King, Bender & Joiner, 2008). Joiner (2005) propõe um modelo compreensivo onde indivíduos impulsivos apresentam uma maior tendência a experimentar eventos dolorosos e provocativos que os habitua ao medo e à dor, o que os leva a uma capacidade adquirida para engajarem em comportamentos suicidas. Shea (2000) aponta que via de regra o comportamento suicida resulta de uma batalha interna e de planejamento e que excepcionalmente são atos impulsivos. Sendo assim, a impulsividade parece se constituir um indicador de maior risco de suicídio, mas não

seria um sinalizador de crise suicida ou risco agudo, e sim um fator que compõe o risco crônico de suicídio.

Os quadros clínicos de doenças crônico-degenerativas ou com quadros de dor crônica também estão associados ao risco de suicídio (Kutcher & Chehil, 2007; Wasserman, 2001). Com a evolução da doença há uma maior probabilidade do desenvolvimento de quadros depressivos e de sentimentos de desesperança que podem propiciar o aparecimento de ideação e outros comportamentos suicidas.

Fatores de proteção associados ao comportamento suicida

É possível identificar duas concepções acerca do modo como os fatores de proteção atuam no contexto de avaliação do risco de suicídio: 1) Os fatores de proteção participam da equação ao diminuir o risco por meio do fortalecimento da capacidade de enfrentamento e superação dos contextos adversos da vida e 2) Os fatores de proteção contribuem apenas para a definição da conduta clínica diante da configuração do risco agudo. No primeiro caso, atuação desses fatores na diminuição do risco se daria por meio do fortalecimento da capacidade de enfrentamento da pessoa (Wasserman, 2001). No segundo caso, a presença ou ausência de fatores de proteção contribuiria mais especificamente para o julgamento clínico na decisão do manejo mais adequado (Joiner & cols, 1999). Por exemplo, uma pessoa em risco agudo de suicídio pode apresentar condições de acompanhamento ambulatorial em função da presença de um bom suporte social. Suporte esse que se comprometa com o tratamento e segurança do paciente, tomando medidas de segurança orientadas pelo profissional de saúde como: administração da medicação, controle de acesso a meios e envolvimento em atividades saudáveis que promovam o bem estar do paciente.

Independente da forma como os fatores de proteção atuam no risco de suicídio, eles sinalizam os pontos saudáveis da pessoa que devem ser reforçados e incentivados

durante o acompanhamento e os recursos disponíveis no contexto que devem ser fortalecidos e ampliados. Entre os fatores de proteção ao suicídio destacam-se: suporte social; razões para viver; acesso, adesão e boas condições de tratamento especializado; vínculos saudáveis e constantes, como a psicoterapia; capacidade de tolerância ao estresse; capacidade adaptativa de teste de realidade e resolução de problemas; crenças espirituais consolidadas; senso de responsabilidade com a família e laços pessoais significativos (Allen & cols, 2005; Bisconer & Gross, 2007; Botega & cols, 2005; Camarotti, 2009; Fremouw & cols, 1990; Joiner & cols, 1999; King & cols, 2001; Kutcher & Chehil, 2007; Matzberger, 1996; Mitchell & cols, 2005; Tavares & cols, 2004; Wasserman, 2001).

Indicadores de risco agudo de suicídio

Na revisão da literatura específica, foram percebidas semelhanças entre alguns indicadores de risco agudo de suicídio. Desta forma, optou-se por organizá-los em quatro categorias: 1) afetos intoleráveis e dor psíquica, 2) comportamento suicida atual, 3) apresentação sintomática e 4) precipitadores: contexto psicossocial e eventos de vida (Tabela 1).

Afetos intoleráveis e dor psíquica

Shneidman (1993) cunhou o termo “*psychache*” para referir à dor, ao sofrimento ou à angústia psíquica intensa que leva ao comportamento suicida. O suicídio ocorre quando a dor psíquica é vivenciada pela pessoa como algo intolerável e interminável: a pessoa sente-se submetida a ela sem qualquer chance de escape. Segundo o autor, mais do que qualquer outro fator de risco associado ao suicídio este seria o principal fator que identificaria o paciente em maior risco.

Seguindo a linha de pensamento de Shneidman (1993), uma série de pesquisas apontam para os afetos dolorosos intoleráveis como o fenômeno central na crise suicida, além da depressão (Hendin & cols, 2001; Hendin & cols, 2007; Hendin & cols, 2010; Maltzberger & cols, 2006). Estes afetos, como sentimentos de abandono, ansiedade severa, desespero, desesperança, desamparo, raiva, ódio de si, solidão e humilhação, quando suficientemente intensos, levam pacientes ao suicídio. A situação intolerável

demanda alívio imediato. O desespero parece ser mais indicativo do risco do que a desesperança (Hendin, Maltzberger & Szanto, 2007). Dessa forma, a intensidade do sofrimento subjetivo, diferente das observações objetivas de severidade, discrimina pacientes suicidas dos outros pacientes. Não é a depressão em geral, mas a dor mental específica que impele o paciente para o colapso suicida.

Hendin e cols (2001) identificaram quatro fatores como marcadores de crise suicida. Essas variáveis foram identificadas a partir de dados de 26 terapeutas que estavam acompanhando pacientes quando estes cometeram suicídio. Os marcadores encontrados foram: um evento precipitador, depressão somada a um ou mais afetos intoleráveis, o deterioramento do funcionamento social ou ocupacional e o aumento de uso de substâncias psicoativas. Dentre os afetos encontrados, o principal afeto ligado à crise suicida foi o desespero, definido como um estado de angústia acompanhado por uma necessidade urgente de alívio. Outros indicadores de risco de suicídio encontrados nesse estudo foram história prévia de tentativas de suicídio e impulsividade. Esses autores também indicam que a melhora inicial do humor é um fator de risco importante, pelo efeito terapêutico da medicação na capacidade cognitiva e motora, com a possível presença da ideação e sem um fortalecimento do vínculo terapêutico. Nesse contexto, a intenção suicida pode permanecer não manifesta e ele se encontrar mais organizado para implementar o ato (Hendin & cols, 2001).

Maltzberger e Weinberg (2006) apontam que a prática atual da psicanálise em suicidologia concentra-se na identificação da crise suicida. Na dinâmica que leva o paciente progressivamente ao suicídio, estes autores propõem uma compreensão da relação entre os eventos precipitadores da crise suicida, a escala de afetos dolorosos intoleráveis que o paciente não consegue moderar, os sentimentos de desamparo, a evolução da desesperança como afeto secundário, aumentando fantasias de suicídio

como um meio de escapar, evoluindo para um processo de auto-desconstrução. Eles identificam dois estágios no processo suicida. No primeiro estágio o processo é mais influenciado por fatores ambientais e o estresse é presumidamente mais reversível. Sendo assim, os pacientes inicialmente aparecem mais ansiosos e mais irritados. À medida que o processo suicida acelera, os sentimentos de desamparo e de estar encurralado (desespero) aumentam. Nesse contexto, um processo de desmoronamento, provocado por uma falência estrutural e perda de controle se torna mais autônomo e evolui em direção a uma fragmentação egóica suicida, a auto-desconstrução. Nesse estágio a crise se estabelece e escalona independentemente de eventos de vida (Heckler, 1994, citado em Maltzberger & Weinberg, 2006).

Hendin, Maltzberger e Szanto (2007) estudaram a presença de afetos intoleráveis em 36 casos de suicídio pelo método de avaliação retrospectiva e grupo controle de pacientes deprimidos não suicidas. A avaliação foi feita por meio do relato dos terapeutas que acompanhavam esses pacientes na ocasião de suas mortes por suicídio. 58% dos pacientes que morreram por suicídio já haviam feito uma tentativa anterior. A distribuição de diagnósticos de eixo I foi semelhante para ambos os grupos. Contudo, os pacientes que morreram por suicídio apresentaram mais casos de depressão severa e quadros de comorbidade com psicopatologias de eixo I (abuso de substância ou transtornos de ansiedade) e de eixo II (Transtorno de personalidade *borderline*). Pelo menos duas semanas antes do suicídio, os pacientes apresentaram uma média de 4.8 dos nove afetos intoleráveis estudados, comparado à média de 1.4 do grupo controle quando estes se referiram ao pior período de agravamento de seus sintomas. Todos os pacientes que morreram por suicídio experienciaram pelo menos um afeto intolerável, 91.7% experienciaram três ou mais e 58% apresentaram cinco ou mais. Em contraste, 34.6% do grupo controle não apresentou afetos intoleráveis na pior fase de sua doença, 30.8%

apresentaram apenas um e 3.8% apresentaram mais de três afetos intoleráveis. O afeto que mais diferenciou os grupos foi o desespero (definido como “necessidade urgente de alívio da dor ou distress que se tornou intolerável”)

Ao falar sobre o sofrimento dos pacientes Hendin e cols (2007) indicam que:

“No âmago da tormenta afetiva experienciada pelos pacientes que morreram por suicídio estava um senso agudo que suas vidas estavam em colapso ou desmoronando, que o distress tinha se tornado intolerável e que a morte era a única forma de conseguir alívio e controle. Em outras palavras, esses pacientes estavam desesperados” (p.366, tradução livre).

Hendin e cols (2007) também observaram que sentimentos de desesperança parecem ser mais duradouros que o desespero. Muitos dos pacientes pareciam ter abandonado as esperanças de que pudesse se sentir melhor, mas não ficaram agudamente suicidas até que a angústia presente se tornasse intolerável e eles fossem impulsionados pela necessidade de alívio imediato. Dessa forma, o desespero parece ser um melhor indicador de crise suicida aguda do que desesperança.

A compreensão da desesperança como um marcador secundário da crise suicida também foi discutida no trabalho de Maltzberger e Weinberg (2006). Os autores colocam que a desesperança é um afeto que surge da autopercepção de não poder se ajudar ou ser ajudado (desamparo) a se esquivar de algo intolerável. Usam o termo *helplessness* e o definem como um sentimento que combina alguns elementos de medo, fraqueza e incompetência, que é anterior à desesperança.

Hendin, Jurdi, Houck, Hughes e Turner (2010) examinaram a utilidade do Affective States Questionnaire - ASQ na predição de risco agudo de suicídio. Entendendo risco agudo como circunscrito no período de 2 a 3 meses. O questionário foi desenvolvido a partir dos estudos anteriores sobre afetos intoleráveis, resultando em um instrumento que avalia nove afetos intoleráveis em termos de ocorrência e intensidade. O questionário apresentou sensibilidade de 60% e especificidade de 74% na

predição do comportamento suicida. Associando essa medida a indicadores de deterioração no funcionamento social/ocupacional e ao diagnóstico de abuso de substância observou-se uma redução na porcentagem dos casos de falsos positivos, com um aumento de 20% no indicador de especificidade. Esses resultados evidenciaram que o ASQ é capaz de melhorar significativamente a habilidade de predição de risco agudo de comportamento suicida em populações clínicas/psiquiátricas.

Comportamento suicida atual

O comportamento suicida pode ser entendido como um conjunto de manifestações que varia desde a ideação suicida até o suicídio consumando passando pela comunicação suicida, a ameaça e a tentativa de suicídio (Werlang & Botega, 2004). Nesse espectro, alguns comportamentos estão mais associados ao risco iminente e ao risco agudo de suicídio.

História de tentativa de suicídio de alta letalidade – há fortes evidências de que o grau de letalidade de uma tentativa de suicídio está diretamente vinculado à intencionalidade (Botega & Rapelli, 2005). Além de indicar o risco pela intenção, a tentativa de suicídio de alta letalidade evidencia o conhecimento e a capacidade do paciente de implementação de um método letal. Um paciente com história de tentativa grave de suicídio, mesmo que seja considerada uma tentativa passada ou remota (mais de 1 ano), se estiver em um novo momento de fragilidade e de risco aumentado, deve ser considerado como estando em risco severo ou extremo, pois a possibilidade de uma nova tentativa produzir a morte é muito elevada.

Tentativa de suicídio recente (90 dias) – o risco de suicídio é geralmente mais elevado no primeiro ano após uma tentativa, principalmente nos primeiros três meses (Retterstøl & Mehlum, 2001). Após uma tentativa de suicídio os fatores que contribuíram para esse comportamento ainda não puderam ser trabalhados. Ou seja, as

fragilidades e o contexto continuam os mesmos. Pode haver alguma mudança no contexto relacional em função da tentativa, mas geralmente são mudanças frágeis e fugazes. Essa perspectiva se agrava quando não há acesso ou adesão a tratamentos em saúde mental. Os sentimentos em relação à tentativa de suicídio geralmente são ambíguos. Há relatos de arrependimento por ter tentado o suicídio ou por não ter conseguido concretizá-lo. O primeiro caso pode sinalizar uma condição menos crítica. Já no segundo, há que se levar em conta a necessidade de internação, mesmo que involuntária. A resposta ao tratamento medicamentoso dos quadros depressivos também é identificada como um período mais crítico onde novas tentativas podem ocorrer. Nesses períodos a ideação suicida pode ainda estar presente e o paciente consegue ter mais energia para uma nova tentativa (Hendin & cols, 2001).

Ideação suicida e intenção de atuar - intencionalidade é um dos primeiros indicadores de risco de suicídio. Enquanto o comportamento limita-se ao ideário sem que haja uma intenção de atuar, o risco de suicídio pode ser considerado leve. Diante da intenção clara de tirar a própria vida o risco aumenta quando há planejamento, acesso a meios e outras ações preparatórias. Se o paciente apresentar uma história de comportamentos impulsivos, somente a intenção clara já poderá configurar risco agudo uma vez que o método pode ser escolhido conforme a facilidade de acesso e a oportunidade na crise suicida.

Planejamento e ações preparatórias (acesso a meios) – outro indicador de risco iminente de suicídio diz respeito a: relato de planos estruturados com acesso a meios e de ações preparatórias para implementá-lo. Existem outros sinais que podem ser consideradas ações preparatórias que sinalizam uma tomada de decisão em relação ao suicídio: medidas como, fazer visitas ou reencontros com aparências de despedidas; resolver conflitos antigos, pendências financeiras ou de outra natureza; desfazer-se de

objetos ou transferir bens para amigos e familiares, ainda que sejam pequenos objetos de pouco valor real, mas com valor afetivo importante.

Apresentação sintomática

Alguns prejuízos de julgamento estão relacionados ao risco agudo de suicídio. Estados confusionais, rigidez cognitiva e processos psicóticos perigosos podem indicar o grau de desorganização interna em que o comportamento suicida emerge de maneira aguda. Os estados confusionais se referem a processos cognitivos falhos, distorcidos ou prejudicados que dificultam a interpretação da realidade e o grau de consciência e autonomia em relação aos próprios atos. Esses estados podem apresentar variações de perturbação da capacidade cognitiva em direção ao extremo, levando a uma desorganização interna que pode propiciar comportamentos suicidas. Estes estados estão frequentemente associados a sofrimento intenso, como os afetos intoleráveis.

A rigidez cognitiva está relacionada com uma dificuldade de encontrar alternativas para resolução de problemas. O estado afetivo do paciente se caracteriza por um engessamento e dificuldade de levantar alternativas para as demandas emocionais e situacionais do momento. A rigidez cognitiva é bastante freqüente em pacientes que estão em um processo avançado de risco de suicídio onde o pensamento fica caracterizado por uma relação de tudo ou nada, sem a possibilidade de detectar matizes ou opções entre esses dois extremos (Fremouw & cols, 1990; Werlang & Botega, 2004).

Shea (2000) apresenta como a tríade da letalidade três processos de distorção da realidade que sinalizam risco agudo ou imediato de suicídio: preocupações religiosas delirantes, vozes de comando suicidas/homicidas e sensação de ser controlado por outro. As preocupações religiosas delirantes envolvem idéias de purificação, redenção e salvação. Esse tipo de ruminação é centrada na idéia de que Deus quer que o paciente aja de determinada maneira para provar seu amor por Ele ou para levar a diante um ato

de expiação. Esses atos podem incluir suicídio, homicídio ou auto-mutilação. As preocupações religiosas delirantes podem aparecer associadas a vozes de comando. A presença de vozes de comando suicidas ou homicidas em alguns casos deve levar o avaliador a considerar hospitalização imediata. Sugere-se avaliar as seguintes características desse tipo de sintoma: impacto emocional no paciente, volume das vozes, frequência, duração, conteúdo, grau de hostilidade e da propensão do paciente para atuar sob a influência dessas vozes. A sensação de ser controlado por outro pode se tornar perigosa à medida que esse agente externo exerça uma influência suicida ou homicida. O impacto e influência dessa sensação no comportamento do paciente devem ser avaliados, bem como a capacidade de resistir ou se controlar.

Cassells e cols (2005) trabalham os conceitos de fatores de risco de longo prazo e fatores dinâmicos. Os fatores dinâmicos apontam risco de suicídio em termos de minutos, horas ou dias. Sendo assim, os autores referem ansiedade psíquica severa, ataques de pânico, anedonia severa, preocupação e agitação como fatores dinâmicos que tem sido identificados em estudos prospectivos, indicando a elevação do risco de suicídio a curto prazo. A variabilidade na severidade de sintomas e de humor experienciada semanas antes do suicídio consumado também tem sido sugerida como um indicador de risco de curto prazo, assim como falsa melhora clínica; insight comprometido ou insight sobre a doença; comorbidade com abuso de substância; não adesão ao tratamento medicamentoso e fatores sociais como perda de suporte social; atuação da contratransferência negativa pela equipe de saúde no contexto de internação ou tratamento intensivo e ausência ou ineficácia fatores de proteção.

Kutcher e Chehil (2007) identificam como fatores de risco agudo ou iminente de suicídio: abuso de substância recente, ideação suicida, plano suicida, acesso a meios letais, comportamento suicida passado, problemas atuais percebidos como insolúveis

pelo paciente e alucinações de comando. Alguns indicadores comportamentais sugerem um fracasso de estratégias de enfrentamento e se constituem indicadores importantes da crise suicida. Entre eles destacam-se o aumento do consumo de substância (Kutcher & Chehil, 2007), a deterioração do comportamento social ou ocupacional e consequentemente o aumento das tendências ao isolamento.

Precipitadores: contexto psicossocial e eventos de vida.

Estudos sobre eventos precipitadores e comportamento suicida evidenciam uma maior ocorrência de eventos de vida meses antes de suicídios consumados (Heikkinen, Aro & Lönnqvist, 1994; Heikkinen, Isometsä, Aro, Sarna, & Lönnqvist, 1995). Overholser (2003), em seu artigo de revisão sobre eventos de vida, aponta para o impacto de um evento precipitador apenas quando a pessoa apresenta uma vulnerabilidade para tal. A presença de estressores pode ajudar a avaliar a possibilidade da ocorrência de uma crise, mas não esclarece o porquê do comportamento suicida. Segundo o autor, os eventos estressores podem ser percebidos pelo indivíduo como um reflexo de suas perdas e humilhações, gerando sentimentos de vergonha ou fracasso. Isso pode contribuir para um ato suicida como uma tentativa desesperada para lidar com essas reações emocionais intensas. Essa perspectiva está de acordo com a concepção de que os eventos precipitadores do comportamento suicida estão relacionados com o surgimento de afetos intoleráveis (Hendin & cols, 2001; Hendin & cols, 2007; Maltzberger & cols, 2006).

Alguns autores colocam que as características pessoais também contribuem na mediação do impacto dos eventos de vida. Características como rigidez e capacidade limitada para resolução de problemas associados ao aumento de eventos estressores elevam o risco iminente de suicídio (Clum, Patsiokas & Luscomb, citado em Feijó, Raupp & John, 1999; Wasserman, 2001).

Shaffer e Pfeffer (2001) ressaltam que os eventos estressores podem ser resultado de algum transtorno mental subjacente ou eventos advindos do acaso, como a morte acidental de um ente querido levando a um luto com o qual a pessoa com dificuldades emocionais não consiga lidar. Colocam que pessoas com dificuldades emocionais podem deparar-se com um número maior de eventos estressores que os demais, ou pode perceber os eventos de forma mais intensa em relação ao estresse provocado. Segundo os autores, os eventos estressores são raramente uma causa suficiente que explique o suicídio. A importância reside em sua atuação como fator precipitador diante de uma condição psiquiátrica subjacente.

Maltsberger e cols (2006) estudaram 26 casos de suicídios consumados por meio de uma avaliação retrospectiva junto aos terapeutas que acompanhavam esses casos na ocasião da morte. Os terapeutas identificaram eventos precipitadores em 25 dos 26 casos estudados. Entretanto, em apenas 19 desses casos foi encontrada evidência da ligação entre o evento e o suicídio. Foi possível identificar duas categorias de eventos precipitadores nos casos estudados: aqueles decorrentes dos comportamentos dos pacientes e aqueles de natureza externa. Os eventos instigados pelos pacientes em função de um quadro psicopatológico subjacente envolveram: rompimentos de relacionamentos amorosos, destruição de carreira e fracassos profissionais. Os eventos considerados externos abarcaram: diagnóstico de doença fatal de um dos filhos, suicídio de um membro da família, rompimento de relacionamento amoroso, humilhação pública e decisões precipitadas sobre a condução do tratamento (internação, alta de internação psiquiátrica, afastamento de um dos membros da equipe e mudança de terapeuta). Nos casos estudados os eventos precipitadores contribuíram para o agravamento do estado afetivo e de outros sintomas, com impacto significativo no comportamento do paciente.

Bertolote e cols (2010) identificam como fatores precipitantes do comportamento suicida, predominantemente, os seguintes eventos: separação conjugal, ruptura de relacionamento amoroso, perda do emprego, gravidez indesejada, modificação da situação econômica ou financeira, além de rejeição afetiva ou social, alta recente de internação psiquiátrica, graves perturbações familiares, sentimentos de vergonha ou temor de ser descoberto (por algo socialmente indesejado).

Em síntese, a relação entre eventos precipitadores e o comportamento suicida parece estar permeada por características psicológicas, psicopatológicas e o aumento do sofrimento psíquico. Essas condições associadas a contextos de graves perturbações familiares, resistência ou não adesão ao tratamento, ausência ou ineficácia de fatores de proteção, perda do suporte social e atitudes de rejeição das equipes de saúde mental (alienação maligna) contribuem para uma maior propensão ao comportamento suicida.

Tabela 1 – Relação de indicadores de risco agudo de suicídio referidos na literatura especializada.

Afetos intoleráveis e dor psíquica	
Abandono	Hendin e cols (2001); Maltzberger e cols. (2006); Hendin e cols (2007); Hendin e cols (2010)
Ansiedade psíquica severa	Hendin e cols (2001); Maltzberger e cols. (2006); Hendin e cols (2007); Hendin e cols (2010)
Culpa	Hendin e cols (2001); Maltzberger e cols. (2006); Hendin e cols (2007); Hendin e cols (2010)
Desamparo (<i>Helplessness</i>)	Hendin e cols (2001); Maltzberger e cols. (2006); Hendin e cols (2007); Hendin e cols (2010); Kutcher & Chehil (2007) Botega (2004)
Desesperança	Hendin e cols (2001); Maltzberger e cols. (2006); Hendin e cols (2007); Hendin e cols (2010); Joiner e cols (1999); Botega (2004)
Desespero	Hendin e cols (2001); Maltzberger e cols. (2006); Hendin e cols (2007); Hendin e cols (2010); Botega (2004, 2009)
Ódio por si (<i>Self hatred</i>)	Hendin e cols (2001); Maltzberger e cols. (2006); Hendin e cols (2007); Hendin e cols (2010)
Raiva	Hendin e cols (2001); Maltzberger e cols. (2006); Hendin e cols (2007); Hendin e cols (2010)
Solidão	Hendin e cols (2001); Maltzberger e cols. (2006); Hendin e cols (2007); Hendin e cols (2010)
Vergonha/humilhação	Hendin e cols (2001); Maltzberger e cols. (2006); Hendin e cols (2007); Hendin e cols (2010); Bertolote (2010)
Comportamento Suicida Atual	

Ideação suicida recorrente com plano estruturado	Hendin e cols (2001), Shea (2000), Kutcher & Chehil (2007), Joiner e cols (1999), MS (2009)
Ações preparatórias	Hendin e cols (2001), Joiner e cols (1999)
Acesso a meios letais	Kutcher e Chehil (2007), Joiner e Cols (1999), MS (2009)
Tentativa de suicídio recente	Shea (2000), Retterstøl e Mehlum (2001)
Apresentação sintomática	
Deterioração do funcionamento social ou ocupacional	Hendin e cols (2001); Cassels e cols (2005); Hendin e cols (2010)
Aumento do abuso de substância	Hendin e cols (2001); Cassels e cols (2005); Kutcher e Chehil (2007); Maltzberger e cols. (2006); Hendin e cols (2007); Hendin e cols (2010)
Ataques de pânico	Cassels e cols, (2005)
Anedonia severa	Cassels e cols, (2005)
Agitação	Cassels e cols, (2005); Shea (2000)
Varição na severidade de sintomas de humor (melhora ou agravamento)	Cassels e cols, (2005); Shea (2000); Hendin e cols (2001)
Insight comprometido ou insight sobre a doença	Cassels e cols, (2005)
Vozes de comando	Shea (2000); Kutcher e Chehil (2007)
Preocupações religiosas delirantes	Shea (2000)
Sentimento de se controlado por outro	Shea (2000)
Depressão	Botega (2004); Hendin e cols (2001)
Precipitadores: contexto psicossocial e eventos de vida	
Evento precipitador	Hendin e cols (2001); Wasserman (2001), Bertolote (2010); Joiner e cols (1999); Cassels (2005); Maltzberger e cols (2003)
Separação conjugal	Hendin e cols (2001); Wasserman (2001), Bertolote (2010); Joiner e cols (1999); Cassels (2005); Maltzberger e cols (2003)
Ruptura de relacionamento amoroso	Hendin e cols (2001); Wasserman (2001), Bertolote (2010); Joiner e cols (1999); Cassels (2005); Maltzberger e cols (2003)
Rejeição afetiva ou social (vitimização, perseguição, humilhação)	Bertolote (2010), Wasserman (2001)
Graves perturbações familiares	Bertolote (2010), Wasserman (2001); Joiner e cols (1999)
Perda de suporte social	Hendin e cols (2001); Wasserman (2001), Bertolote (2010); Joiner e cols (1999); Cassels (2005); Maltzberger e cols (2003)
Perda do emprego	Hendin e cols (2001); Wasserman (2001), Bertolote (2010); Joiner e cols (1999); Cassels (2005); Maltzberger e cols (2003)
Modificação da situação econômica ou financeira	Hendin e cols (2001); Wasserman (2001), Bertolote (2010); Joiner e cols (1999); Cassels (2005); Maltzberger e cols (2003)
Suicídio de um membro da família	Maltzberger (2003)
Gravidez indesejada	Bertolote (2010)
Alta precoce de internação psiquiátrica ou mudanças nas condições de tratamento	Bertolote (2010); Maltzberger e cols (2003)
Não adesão ao tratamento medicamentoso	Cassels (2005)
Diagnóstico, recaída ou exacerbação de doenças	Wasserman (2001); Maltzberger e cols (2003)
Alienação Maligna	Cassels (2005)
Ausência ou ineficácia de fatores de proteção	Cassels (2005)

Considerações finais

Há uma ampla gama de variáveis associadas ao risco de suicídio. Existem dados descritivos das populações que morrem por essa causa, as principais psicopatologias associadas e fatores psicológicos, biológicos, históricos e situacionais mais frequentes. Entretanto, no contexto clínico de avaliação de um paciente, esses dados pouco contribuem para o julgamento clínico do risco de suicídio.

A avaliação dos fatores de risco e de proteção possibilita uma compreensão contextualizada do risco de suicídio. Já os fatores que definem a conduta clínica são pautados na avaliação conjunta desse contexto e dos indicadores de risco iminente ou agudo de suicídio. Esses fatores envolvem frequentemente a presença de um evento precipitador que contribui para eclosão de afetos intoleráveis que disparam a crise suicida. A ideação, planejamento e intenção suicidas, assim como ações preparatórias são configuradas nesse contexto que deve ser avaliado em conjunto com a história anterior de tentativas de suicídio. Além desses fatores são observados indicadores clínicos de sofrimento e fracasso das estratégias de enfrentamento, como aumento no consumo de substância e deterioração das relações sociais e ocupacionais, e o possível surgimento de sintomas psicopatológicos agudos como processos psicóticos perigosos associados ao risco.

O processo de avaliação e julgamento do risco de suicídio é desafiador e requer do avaliador conhecimento, técnica, atenção, minúcia e essencialmente sensibilidade para lidar com o sofrimento humano agudo. Essas habilidades podem e devem ser desenvolvidas por meio do estudo e da supervisão clínica.

Referências Bibliográficas

- Agebro, E., Nordentoft, M. & Mortensen, P. B. (2002). Familial, psychiatric, and socioeconomic risk factors for suicide in young people: nested case-control study. *British Medical Journal*, 325 (13), 74-77.
- Allen, M. H., Chessick, C. A., Miklowitz, D. J., Goldberg, J. F., Wisniewski, S.R., Miyahara, S., Calabrese, J. R., Marangell, L., Bauer, M. S., Thomas, M. R., Bowden, C. L. & Sachs, G. S. (2005). Contributors to Suicidal Ideation Among Bipolar Patients With and Without a History of suicide attempts. *Suicide & Life - Threatening Behavior*, 35 (6), 671-680.
- Barrero, S.P., Nicolato, R., Corrêa, H. (2006). Fatores de risco para o suicídio durante o ciclo da vida humana. Em Corrêa, H., Barrero, S.P. (2006). *Suicídio: uma morte evitável*. São Paulo: Editora Atheneu.
- Bertolote, J.M., Fleischmann, A., De Leo, D. e Wasserman, D. (2004) Psychiatric Diagnoses and Suicide: revisiting the evidence. *Crisis*, 25 (4), 147-155.
- Bertolote, J.M., Mello-Santos, C. & Botega, J.N. (2010). Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32, Supl II, 87-95.
- Bisconer, S. W. & Gross, D. M. (2007). Assessment of suicide risk in a psychiatric Hospital. *Professional Psychology: Research and practice*, 38(2), 143-149.
- Bohry, S. (2007). *Crise psicológica do universitário e trancamento geral de matrícula por motivo de saúde*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília-DF.
- Botega, J.N. & Rapelli, C.B. (2005). Severe suicide attempts in young adults: suicide intent is correlated with medical lethality. *São Paulo Medical Journal* [online], 123 (1), 43.
- Botega, N. J., Barros, M. B. A., Oliveira, H. B., Dalgalarrodo, P. & Marín-León, L. (2005). Comportamento suicida na comunidade: prevalência e fatores associados à ideação suicida. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(1), 45-53.
- Bryan, C.J. & Rudd, M.D. (2006). Advances in the assessment of suicide risk. *Journal of Clinical Psychology: in session*, 62, (2), 185-200.

- Camarotti, J. (2009). A entrevista clínica no contexto do risco de suicídio. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília-DF.
- Cassells, C., Paterson, B., Dowding, D. & Morrison, R. (2005). Long and Short-term risk factors in the prediction of inpatient suicide: a review of the literature. *Crisis*, 26(2): 53-63.
- Cavanagh, J.T.O., Carson, A.J., Sharpe, M. e Lawrie, S.M. (2003) Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological Medicine*, 33: 395-405.
- Chachamovich, E., Stefanello, S., Botega, N., Turecki, G. (2009). Quais são os recentes achados sobre associação entre depressão e suicídio? *Revista Brasileira de psiquiatria*. 31 (supl I) 31-25.
- Corrêa, H. & Barrero, S. P. (2006). *Suicídio: uma morte evitável*. Rio de Janeiro: Atheneu.
- Ernest, C, Lalovic, A, Lesage, A, Seguin, M, Tousignant, M, e Turecki, G (2004) Suicídio e ausência de psicopatologia em eixo I. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 26, (3) 268-273.
- Fremouw, W. J., Perczel, M. & Ellis, T.E. (1990). *Suicide Risk: assessment and response guidelines*. USA, Pergamon Press
- Granello, D.H. (2010). The process of suicide risk assessment: twelve core principles. *Journal of Counseling & Development*, 88, 363-371.
- Hasley, J. P., Ghosh, B., Huggins, J., Bell, M. R., Adler, L. E. & Shroyer, A. L. W. (2008). A review of “suicidal intent” Within the existing suicide literature. *Suicide and Life – Threatening Behavior*, 38, (5), 576-591.
- Heikkinen, M. E., Isometsä, E. T., Aro, H. M., Sarna, S. J. & Lönnqvist, J. K. (1995). Age-related variation in recent life events preceding suicide. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183, (5), 325-331.
- Heikkinen, M., Aro, H. & Lönnqvist, J. (1994) Recent life events, social support and suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Suppl 377, 65-72.
- Hendin, H., Al Jurdi, R.K., Houck, P.R., Hughes, S., & Turner, J.B. (2010). Role of intense affects in predicting short-term risk for suicidal behavior: a prospective study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198, (3), 220-225.

- Hendin, H., Maltsberger, A.L., Hass, A.P. & Kyle, J. (2001). Recognizing and responding to a suicide crisis. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31, (2), 115-128.
- Hendin, H., Maltsberger, J.T., & Szanto, K. (2007). The role of intense affective states in signaling a suicide crisis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195, (5), 363-368.
- Joiner, T.E., Walker, R.L., Rudd, M.D. & Jobes, D.A. (1999). Scientizing and routinizing the assessment of suicidality in outpatient practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 30, (5), 447-453.
- King, R. A., Schwab-Stone, M., Flisher, A. J., Greenwald, S., Kramer, R. A., Goodman, S. H., Lahey, B. B., Shaffer, D. & Gould, M. S. (2001). Psychosocial and Risk Behavior Correlates of Youth Suicide Attempts and Suicidal Ideation. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(7), 837.
- Kulic, K.R. (2005). The Crisis Intervention Semi-structured Interview. *Brief Treatment and Crisis Intervention* 5:2, May 2005.
- Kutcher, S. & Chehil, S. (2007). Manejo do risco de suicídio: um manual para profissionais de saúde. *Med line Editora*. Brasil.
- Litman, R. E. (1996). Freud on Suicide. Em Maltsberger, J. T. & Goldblatt, M. J., *Essential papers on suicide*. New York University Press: NY.
- Maltsberger, J. T. (1996). Countertransference Hate in the Treatment of Suicidal Patients. Em Maltsberger, J. T. & Goldblatt, M. J., *Essential papers on suicide*. New York University Press, NY.
- Maltsberger, J.T., Weinberg, I. (2006). Psychoanalytic perspectives on the treatment of an acute suicidal crises. *Journal of Clinical Psychology: in session*, 62, (2), 223-234.
- Mann, JJ, Waternaux, C, Haas, GL, Malone, KM (1999) Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry*, 156(2): 181-189.
- Meleiro, A. M. (1997). O paciente suicida no Hospital Geral. Em Junior, R. F., Meleiro, A. M., Marchetti, R. L. & Henriques Jr, S. G. (orgs), *Psiquiatria e Psicologia no Hospital Geral: Integrando especialidades*. São Paulo: Lemos.
- Mello-Santos, C., Bertolote, J. M., Wang, y. (2005). Epidemiology of suicide in Brazil (1980 – 2000): characterization of age and gender rates of suicide. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27, (2), 131-4.

- Ministério da Saúde (2009). *Manual de prevenção do suicídio para profissionais da atenção básica*. Retirado de http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manu_prevencao240111.pdf em fevereiro de 2012.
- Mitchell, A. M., Garand, L., Dean, D., Panzak, G. L., & Taylor, M. V. (2005). Suicide assessment in Hospital Emergency Departments – Implications for patient satisfaction and compliance. *Topics in Emergency Medicine*, 27(4), 302-312.
- Montenegro, B (2005). *Eventos de vida e risco de suicídio em estudantes de uma universidade pública brasileira*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura. Universidade de Brasília.
- Organização Mundial da Saúde (2000) *Preventing suicide: a resource for general physicians*. Recuperado em fevereiro, 2012, em http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_MNH_MBD_00.1.pdf
- Overholser, J. (2003). Predisposing factors in suicide attempts: life stressors. Em Spirito, A. & Overholser, J. C. (Orgs.), *Evaluating and treating adolescent suicide attempts: from research to practice*. New York: Academic Press.
- Retterstøl, N. & Mehlum, L. Attempted suicide as a risk factor for suicide: treatment and follow up. Em: Wasserman, D. (2001) *Suicide: an unnecessary death*. Stockolm: Martin Dunitz.
- Reynolds, W.M. (1990). Development of a semistructured clinical interview for suicidal behaviors in adolescents. *Psychological Assessment*, 2, (4), 382-390.
- Rudd, M.D., Cukrowicz, K.C. & Bryan, C.J. (2008). Core competencies in suicide risk assessment and management: implications for supervision. *Training and Education in Professional Psychology*, 2, (4), 219-228.
- Santos, J. C. (2007). *Para-suicídio - O que dizem as famílias: a emoção expressa*. Coimbra: FORMASAU.
- Shea, SC (2000). *The practical art of suicide assessment: a guide for mental health professionals and substance abuse counselors*. Willey & Sons, Inc. Hoboken: New Jersey.
- Shneidman, E.S. (1993). Suicide as psychache. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181: 147-149.
- Smith, A.R., Witte, T.K., Teale, E.T., King, S.L., Bender, T.W. & Joiner, T.E. (2008). Revisiting Impulsivity in Suicide: implications for Civil Liability of Third Parties. *Behav Sci Law*, 26, (6), 779–797.

- Sterian, A. (2001). *Emergências Psiquiátricas – Clínica Psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Tavares, M. (2003). Validade Clínica. *Psico-USF*, 8, (2), 125-136.
- Tavares, M., Montenegro, B. & Prieto, D. (2004). Modelos de prevenção do suicídio: princípios e estratégias. Em Günther, M., Bucher-Maluschke, J. S. & Hermanns, K. (Org), *Direitos humanos e violência: desafios da ciência e da prática*. Fortaleza: UNIFOR.
- Wasserman, D. (2001) A stress-vulnerability model and the development of the suicidal process. Em: Wasserman, D. (2001) *Suicide: an unnecessary death*. Stockolm: Martin Dunitz.
- Werlang, B. S. & Botega, N. J. (org) (2004). *Comportamento suicida*. Porto Alegre: Artmed.
- Werlang, B. S. G. (2000a). *Proposta de uma entrevista semi-estruturada para autópsia psicológica em casos de suicídio*. Tese de Doutorado. Universidade Estadual de Campinas.
- Werlang, B. S. G. (2000b). Avaliação retrospectiva: autópsia psicológica para casos de suicídio. Em Jurema Alcides Cunha (Org.). *Psicodiagnóstico V*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Wingate, L.R., Joiner, T.E., Walker, R.L., Rudd, M.D. & Jobes, D.A. (2004). Empirically informed approaches to topics in suicide risk assessment. *Behavioral Sciences and the Law*, 22, 651-665.
- Wollersheim, J.P. (1974). The assessment of suicide potencial via interview methods. *Psychotherapy: Theory, Research and Praticce*, 11, (3), 222-225.

Artigo 2 – HeARTS – CL: a operacionalização de variáveis como recurso para o julgamento clínico do risco de suicídio.

Resumo

A entrevista semi-estruturada História e Avaliação de Risco de Tentativas de Suicídio (HeARTS) propõe a avaliação contextualizada de comportamentos suicidas, conforme a especificidade de cada caso, levantando as informações mais importantes para avaliação do risco. O presente estudo teve como objetivo desenvolver um instrumento em forma de *check list* a partir da síntese e operacionalização das variáveis mais importantes na composição do risco de suicídio avaliadas pela HeARTS. A definição das variáveis da *check list* partiu da análise da estrutura da HeARTS, da literatura especializada e de dados empíricos coletados a partir da transcrição das entrevistas realizadas. As variáveis foram organizadas em quatro seções, buscando manter a mesma lógica da entrevista: Avaliação Preliminar - contextos pessoal e relacional; História de Tentativas de Suicídio; Ideação Suicida Atual; e Histórico Familiar de risco. A HeARTS-CL organiza e facilita o raciocínio clínico, permitindo também o estudo mais detalhado da própria entrevista.

Abstract

The semi-structured interview named História e Avaliação de Risco e Tentativas de Suicídio - HeARTS aims to assess suicidal risk and behaviors in a contextualized way, considering the unique nature of each case and all the relevant variables related to suicide risk. The purpose of this article is to describe the development of a check list based on HeARTS. The utilization of this check list helps the clinician to synthesize and organize the information collected from HeARTS to formulate a clinical judgment of

suicidal risk. The variables were organized in four sections, in the same logic of the interview: Personal and relational data, Suicide attempt history, Family history and Suicide ideation.

A avaliação do risco de suicídio é um dos principais desafios de clínicos e pesquisadores em suicidologia. A complexidade do fenômeno, a dificuldade de se prever esse comportamento, as implicações clínicas, emocionais e legais envolvidas no acompanhamento de pacientes em risco de suicídio tornam a avaliação do risco uma das tarefas mais desafiadoras e tensas para os profissionais dessa área, não importa se estes se encontram no sistema de saúde pública ou no consultório particular (Maltsberger, 1996; Rudd, Cukrowicz & Bryan, 2008; Shea, 2000).

Os fatores associados ao comportamento suicida envolvem desde componentes genéticos e ambientais até aqueles de cunho histórico-situacionais, culturais e psicológicos (Bertolote, Mello-Santos & Botega, 2010; Botega & Werlang, 2004; Corrêa & Barrero, 2006; Mann, Waternaux, Haas & Malone, 1999; Wasserman, 2001). A maior parte dos modelos teóricos em relação ao comportamento suicida sugere o levantamento e análise da interação entre fatores de risco e de proteção ao suicídio como forma de avaliação de risco (Botega & Werlang, 2004; Montenegro & Tavares, 2012; Wasserman, 2001). Entretanto, muitos fatores de risco relacionados ao comportamento suicida não identificam as pessoas em risco iminente (Bertolote e cols., 2010; Cassels e cols., 2005; Hendin e cols., 2001; Montenegro & Tavares, 2012; Shea, 2000). Identificar quem tem probabilidade de cometer suicídio em grandes grupos é uma atividade diferente de avaliar quando uma pessoa específica estará mais propensa ao risco imediato. Os fatores de risco não diferenciam pessoas que já foram identificadas como membros de um grupo de risco. No contexto clínico o mais

importante é conhecer os fatores específicos que compõem o risco de uma pessoa em particular.

A distinção entre fatores de risco de suicídio e aqueles que sinalizam o risco iminente se faz necessária e traz clareza ao processo de avaliação de risco de suicídio. Um *fator de risco* é uma característica em um grande número de pessoas que cometeram suicídio que estatisticamente aparece com mais frequência do que seria esperado (Bertolote e cols., 2010; Cassels e cols., 2005; Hendin e cols., 2001; Shea, 2000). Nestes termos, podemos dizer que os fatores de risco são características genericamente associadas a pessoas que cometeram o suicídio. Estes fatores incluem dados demográficos, condições de vida, associações com a história de vida e psicopatologia. Por outro lado, um *indicador de risco iminente* é uma característica de uma pessoa específica que sinaliza a crise suicida e por isso indica a possibilidade de ela praticar um suicídio. Um dos principais exemplos de indicadores de risco iminente de suicídio é a presença de afetos intoleráveis (Hendin e cols., 2001; Hendin e cols., 2007; Hendin e cols., 2010; Maltzberger e cols., 2006) ou dor psíquica intensa, denominada *psychache* (Shneidman, 1993), assim como processos psicóticos perigosos como vozes de comando suicidas ou homicidas (Shea, 2000).

Segundo Shea (2000), era esperado que os estudos de fatores de risco pudessem revelar ou prever comportamento suicida (tentativas ou suicídios consumados), mas as pesquisas ainda não conseguiram demonstrar que a presença de um conjunto de fatores de risco possa de maneira acurada prever o grau de risco ou o risco imediato de suicídio de um paciente. Diante dessa realidade, Shea (2000) sugere que os fatores de risco associados ao comportamento suicida sejam utilizados como um norte na condução de uma avaliação mais profunda de indicadores de risco iminente. Os fatores

de risco também podem contribuir para a compreensão do contexto no qual se insere o risco iminente. Por exemplo, a avaliação da história de tentativas anteriores pode sinalizar precipitadores, comportamentos, conflitos, sentimentos e dinâmicas que podem estar presentes em uma nova crise.

Assim, a avaliação do risco de suicídio deve envolver o levantamento e análise da interação entre três classes de variáveis: fatores de risco, fatores de proteção e indicadores de risco iminente (Montenegro & Tavares, 2012). Diante dessa demanda, a entrevista clínica tem sido apontada como o método que possibilita uma maior flexibilidade e abrangência para o levantamento contextualizado do risco de suicídio (Bertolote e cols., 2010; Brown, 2011; Rodrigues & Tavares, 2009). Dentre as modalidades de entrevista clínica Rodrigues e Tavares (2009) destacam a entrevista semi-estruturada como fundamental para compreensão e avaliação do contexto de risco de suicídio. Segundo os autores ela permite:

“(1) a sistematização do processo de coleta de dados e avaliação; (2) a investigação detalhada dos sinais de alerta e fatores de risco e proteção, conforme a especificidade de cada caso; (3) a apreciação da complexidade do risco de suicídio por meio de fatores internos, externos e pela psicodinâmica; (4) a organização da informação para produção de documentos e devolutivas para o paciente, familiares e equipe multiprofissional; (5) o respaldo necessário para o julgamento clínico do risco de suicídio; (6) a transposição de tabus e resistências que prejudicam a coleta de informações; (7) a adaptação da linguagem para o nível cognitivo ou para o vocabulário do paciente; (8) a construção de vínculo, a aceitação e adesão das recomendações terapêuticas; (9) o favorecimento de condições para *insight* do entrevistado; e (10) o desenvolvimento de habilidade e competência clínica do entrevistador. Todos esses fatores concorrem para uma avaliação mais adequada e,

conseqüentemente, uma intervenção mais eficaz na atuação profissional”
(pp. 54-55)

No contexto internacional existem alguns exemplos de entrevistas semi-estruturadas para avaliação do risco de suicídio: *Suicide attempt self-injury interview – SAS-II* (Lineham, Comtois, Brown, Heard, & Wagner, 2006); *Suicidal Behaviors Interview – SBI* (Reynolds, 1990); *Crisis Intervention Semi-structured Interview – CISSI* (Kulic, 2005); *Suicide Risk Assessment Interview Schedule – SRAIS* (Bantjes, 2008); *Self-injurious Thoughts and Behaviors Interview – SITBI* (Nock, Holmberg, Photos & Michel, 2007).

No Brasil, temos o desenvolvimento de dois instrumentos de avaliação construídos visando à compreensão do comportamento suicida. Werlang & Botega (2003) desenvolveram a *Entrevista Semi-estruturada para Autópsia Psicológica – ESAP*, que avalia retrospectivamente aspectos psicológicos envolvidos em uma morte consumada para esclarecer as circunstâncias e o modo de morte (suicídio, homicídio, acidente ou causas naturais). O desenvolvimento da ESAP foi de fundamental importância para a área de pesquisa em suicidologia, já que possibilita o levantamento dos principais aspectos do contexto de pessoas que provocaram a própria morte. Este tipo de pesquisa permite a identificação de fatores de risco associados ao suicídio. No que se refere à detecção de risco de suicídio na população clínica, temos a entrevista semi-estruturada intitulada *História e Avaliação de Risco e Tentativas de Suicídio – HeARTS*, que apresentaremos a seguir.

A entrevista HeARTS vem sendo desenvolvida pelo Núcleo de Intervenção em Crise e Prevenção do Suicídio do Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura desde 1997. É uma entrevista semi-estruturada que levanta a história do

comportamento suicida, permitindo avaliar os fatores associados ao risco de suicídio mais relevantes descritos na literatura. Trata-se de um instrumento que também auxilia o clínico no treino de habilidades de entrevista e no levantamento de informações relevantes para avaliar o risco de suicídio. As variáveis levantadas pela HeARTS, juntamente com outras informações, como observações durante a entrevista e reações contratransferenciais, constituem os elementos necessários para o julgamento clínico adequado e o manejo da crise suicida.

A HeARTS é organizada em sete módulos, que compreendem etapas diferentes da avaliação e agrupamentos de questões relacionadas a indicadores de risco específicos. Os módulos são organizados segundo uma seqüência lógica, ou algoritmo. Os algoritmos são integrados à estrutura da entrevista e representam um raciocínio clínico que considera as alternativas que possam ser antecipadas ou omitidas de acordo com a especificidade de cada caso. Ou seja, os tópicos que não se aplicam a determinado caso não são abordados e as informações respondidas espontaneamente pelo entrevistado não são novamente avaliadas, evitando-se assim a redundância.

O Módulo Zero engloba todos os procedimentos éticos e legais de preparação para entrevista, conforme o contexto e os objetivos de sua utilização (se pesquisa, clínico ou ambos). O Módulo 1, que tem por objetivo estabelecer o *rapport* e desenvolver uma aliança para o trabalho, examina os contextos pessoal e familiar com a construção de um genograma e os contextos de instrução e de trabalho. O Módulo 2 consiste no levantamento do número de ocorrências e da natureza do comportamento suicida (ideação e tentativas de suicídio) – trata-se de um módulo que organiza a entrevista, antecipando para o avaliador quantos e que tipo de comportamentos será necessário avaliar. O Módulo 3 avalia com profundidade a tentativa de suicídio mais

recente. O Módulo 4 aborda as tentativas de suicídio passadas. No caso de múltiplas tentativas, é dada maior ênfase à primeira tentativa e àquela que o entrevistado considera como a pior tentativa de suicídio. Também permite a identificação de outras tentativas e tentativas mascaradas de suicídio. O Módulo 5 avalia o insight acerca das características internas precipitadoras de crises e da ideação suicida. Finalmente, o Módulo 6 investiga o histórico de desenvolvimento pessoal e o histórico familiar entre os quais figuram os fatores de risco importantes na caracterização clínica do contexto do risco.

Diante da grande quantidade de informações obtidas na utilização da entrevista constatou-se a importância de operacionalizar variáveis chaves relacionadas ao comportamento suicida e aos dados qualitativos que possam embasar não só a avaliação do risco, mas também orientar a conduta clínica mais apropriada. A operacionalização dessas variáveis em forma de *check list* tem como objetivo organizar e facilitar o julgamento clínico do risco e permitir estudos mais aprofundados sobre a própria entrevista. Dessa forma, descreveremos o processo de construção de uma *check list* baseada na entrevista HeARTS.

Método

A definição das variáveis da *check list* partiu da análise da estrutura da própria HeARTS, da literatura especializada e de dados empíricos coletados a partir da transcrição de 20 entrevistas realizadas com uma amostra clínica com história de pelo menos uma tentativa de suicídio.

A HeARTS apresenta uma estrutura que visa o levantamento de informações relevantes para avaliação do risco de suicídio de maneira contextualizada, facilitando o

rapport, tratando inicialmente de assuntos menos ansiogênicos, como dados pessoais e condições de trabalho, até aqueles que podem gerar mais ansiedade como por exemplo história de abuso sexual na infância. A entrevista aborda diretamente algumas variáveis relacionadas com risco de suicídio como história de tentativas anteriores e métodos utilizados, e permite também o levantamento de variáveis que não são perguntadas diretamente, mas que podem ser inferidas, como por exemplo, impulsividade na tentativa de suicídio, grau de isolamento, qualidade das relações, capacidade de insight, grau de distorção da realidade. Sendo assim, foi feito um levantamento das variáveis explicitamente avaliadas pela entrevista, assim como das variáveis implícitas e, juntamente com a literatura especializada, iniciou-se a operacionalização dessas variáveis. Neste processo, buscou-se contemplar o maior espectro possível de alternativas (itens), de maneira a permitir uma síntese da informação e ao mesmo tempo traduzir a especificidade de cada caso. Esse esforço resultou em um instrumento, o qual referenciaremos como HeARTS-CL (vide Anexo 1), que permite o registro padronizado de algumas variáveis e a inclusão de informações descritivas e qualitativas.

Resultados e Discussão

A HeARTS-CL acompanha a estrutura da entrevista, definindo três seções. A primeira seção, Contextos pessoal e relacional, aborda questões pertinentes ao Módulo 1 da HeARTS (vide Anexo 1, p.1). A seção seguinte, História de comportamento suicida (Anexo 1, p.2), refere-se aos Módulos 2, 3, 4 e 5. A terceira seção, Histórico pessoal e familiar de risco (Anexo 1, p.3), refere-se ao Módulo 6. Além dessas, destacamos uma quarta seção que corresponde ao risco atual de suicídio, incluindo a identificação de fatores de risco iminente, abordada no Módulo 5 (ideação suicida) e em outras informações distribuídas ao longo da entrevista. Entendemos que o clínico pode e deve

identificar fenômenos psíquicos, como afetos importantes, entre outros marcadores clínicos relevantes, em qualquer contexto subjetivo que se apresente ao longo da entrevista. Além disso, as primeiras seções identificam fatos ou acontecimentos de vida, enquanto esta quarta seção sinaliza eventos subjetivos relevantes ao risco de suicídio e outros indicadores objetivos relacionados ao risco de suicídio agudo referidos na literatura.

Na seção correspondente aos dados pessoais e relacionais são abordados tanto fatores descritivos como sexo, idade, estado civil, estado de relacionamento amoroso atual, grau de instrução e situação laboral quanto a configuração das relações familiares e pessoais significativas. A compreensão do aspecto relacional se dá por meio da construção de um genograma e da avaliação da qualidade das relações. Essas informações podem auxiliar na contextualização de outros indicadores relacionados à dimensão interpessoal, como por exemplo, suporte social e possíveis relações conflituosas ou abusivas.

A HeARTS avalia o total de ocorrências de tentativas de suicídio e, no caso de múltiplas tentativas, sempre investiga com mais profundidade a tentativa mais recente, seja ela a primeira, a única ou a última tentativa. No caso de múltiplas tentativas, a HeARTS também avalia a primeira tentativa e a tentativa considerada pelo entrevistado como a pior delas. Na HeARTS-CL procurou-se desenvolver uma estrutura que pudesse traduzir a abrangência e a flexibilidade da HeARTS na avaliação de tentativas de suicídio, respeitando a especificidade de cada caso. Sendo assim, a seção da HeARTS-CL desenvolvida para avaliação de tentativas de suicídio pode ser utilizada em relação a qualquer uma das tentativas realizadas pelo paciente. Nesse sentido, o avaliador indica, no início da folha referente às variáveis levantadas sobre

comportamento suicida, a que tentativa aquela avaliação se refere. Desta forma é possível avaliar tantas quantas tentativas de suicídio tenham sido perpetradas ou que sejam entendidas como importantes para a compreensão do risco atual.

A seção de avaliação da tentativa de suicídio examina: danos médicos, potencial de letalidade do método, acesso a meios, possibilidade de resgate, intencionalidade, impulsividade versus planejamento, eventos precipitadores, motivos alegados pelo entrevistado, motivos aferidos pelo avaliador, afetos intoleráveis, indicadores de psicopatologia, grau de isolamento, prejuízo de insight, atitude em relação à tentativa e fatores de proteção como suporte social e razões para viver. Esses fatores serão apresentados e discutidos a seguir.

A avaliação de danos médicos aborda o grau da lesão provocada pela tentativa de suicídio. Trata-se de um indicador de gravidade que vem sendo utilizado como critério em pesquisas em suicidologia, associado à intencionalidade (Rapeli & Botega, 2005). A avaliação dessa variável baseou-se em uma adaptação da escala denominada “Actual Lethality/Medical Damage” da Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS) (Postner & Cols., 2008).

A escala referente ao potencial de letalidade do método também foi baseada na C-SRSS (Postner & Cols., 2008). Essa escala é outro indicador de gravidade da tentativa de suicídio, considerando os casos em que a tentativa não tenha provocado graves danos médicos, apesar de o método utilizado ter um grande potencial letal. Por exemplo, uma pessoa que fez uma tentativa de suicídio disparando arma de fogo posicionada na têmpora, onde o projétil atingiu a parte mais superficial da cabeça, gerando a necessidade apenas de uma sutura. Esse caso seria avaliado como uma tentativa com poucos danos médicos, contudo, em relação ao potencial de letalidade do

método, seria avaliado como “possível de produzir morte apesar de atendimento médico”. As tentativas por enforcamento são extremamente letais e representam o método mais frequentemente utilizado no Brasil (Ministério da Saúde – MS, 2006), porém muitas delas não levam à morte ou mesmo requerem intervenção médica. A análise conjunta dessas duas variáveis traduz com maior fidedignidade a gravidade da tentativa de suicídio e da intenção de morrer.

A facilidade de acesso ao método da tentativa pode traduzir o grau de impulsividade e pouco planejamento da tentativa. Avaliar a acessibilidade a métodos permite também definir estratégias preventivas de controle no caso de pessoas que possam ter maior facilidade de acesso a meios letais, seja pela natureza da profissão ou pelas características do ambiente doméstico ou de trabalho (Tavares, Diniz & Camarotti, 2007). Por exemplo, uma pessoa que após uma discussão com o cônjuge encontra veneno para ratos na prateleira da despensa e o ingere prontamente. Nesse caso, a tentativa foi impulsiva e o método foi escolhido em função da disponibilidade e facilidade de acesso naquele momento. Um conflito da mesma natureza, de um profissional com porte de arma, traduz a mesma facilidade de acesso a meio e possível grau de impulsividade, mas o risco de provocar a morte é muito maior em função da letalidade do método. Nos casos em que o acesso ao método foi dificultado, o fato da tentativa ter se concretizado traduz o esforço investido nesse comportamento. Da mesma maneira, a avaliação da possibilidade de resgate pode traduzir o grau de planejamento da tentativa e o desejo de morrer. Por exemplo, a escolha de quartos de hotel, locais de difícil acesso ou de datas e horários em que pessoas próximas estejam indisponíveis transmitem o investimento dispensado pelo paciente para diminuir a possibilidade de resgate, o que se traduz em maior risco.

A escala de impulsividade versus planejamento reflete a compreensão de que ambas variáveis fazem parte do mesmo espectro, em uma escala inversamente proporcional (Anexo 1, p.2). Ou seja, quanto mais impulsiva a tentativa, menos planejada. Por exemplo, um rapaz que após uma discussão familiar sai de casa, compra chumbinho (raticida) e um refrigerante na rua, ingere a substância, sente-se mal e vomita, visualiza um viaduto e vai em direção a este para realizar uma tentativa. Nesse caso, os métodos foram sendo escolhidos conforme a disponibilidade de acesso, numa tentativa impulsiva após um conflito familiar. Diferentemente de alguém que configura um plano específico e vai se preparando para implementá-lo por ações como divisão de bens, definição de local e hora e acesso a meios específicos para provocar a própria morte.

A avaliação da intencionalidade envolve a investigação do desejo de morrer. Sentimentos ambíguos em relação a tirar a própria vida são muito comuns em pessoas que tentam o suicídio (Lineham e cols, 2006; OMS, 2000; Werlang e Botega, 2004). A análise da predominância do desejo de viver ou de morrer constitui um fator importante na avaliação do risco de suicídio e, em conjunto com os demais indicadores, compõe o risco. A escala proposta na HeARTS-CL para avaliação da intencionalidade é: (0) não queria morrer, percebe-se o desejo de viver; (1) ambivalência em relação à morte; e (2) queria de fato morrer, difícil identificar o desejo de viver.

Os eventos de vida adversos influenciam no risco de suicídio de duas formas: constituindo vulnerabilidades psíquicas e precipitando comportamentos suicidas (Montenegro & Tavares, 2005). Histórias de violência sexual, física ou psicológica, assim como negligência e demais adversidades na infância, podem constituir vulnerabilidades importantes na capacidade emocional e psicológica para lidar com as

demandas da vida. Wasserman (2001) afirma que os eventos de vida adversos são frequentemente sobrepostos a eventos similares na infância ou a acontecimentos relativos à mesma esfera emocional e intelectual que podem ter sido experienciados por muitos anos, causando estresse crônico. Os eventos precipitadores do comportamento suicida são gatilhos para a crise suicida e, dentro de um processo suicida, contribuem para a supremacia do desejo de morte. Os eventos precipitadores podem ser situações ou sintomas agudos que levam a afetos ou perturbações internas difíceis de serem manejadas, como mudanças ou notícias repentinas, conflitos interpessoais e perdas.

Na HeARTS-CL avaliamos a influência de eventos de vida precipitadores da crise suicida, classificando-os em; (0) eventos não identificados; (1) identificados, com impacto moderado; e (2) identificados, com impacto significativo. Além do impacto do evento de vida precipitador, há uma lista de eventos precipitadores de crise suicida mais encontrados na literatura e espaço para descrição de outros eventos relatados pelo paciente. A observação do tipo e quantidade de precipitadores específicos pode ser fundamental para uma compreensão psicodinâmica e contextualizada do risco e contribuir para identificação de estratégias preventivas mais adequadas a cada caso.

A análise da relação entre eventos precipitadores e afetos intoleráveis também contribui para a compreensão psicodinâmica do risco de suicídio. Hendin e cols (2001) constataram a relação entre os eventos precipitadores e afetos intoleráveis na análise de 26 casos de suicídios consumados, onde, em 21 deles, um evento precipitador parece ter acionado um afeto intolerável. Os afetos intoleráveis têm sido apontados na literatura psicanalítica como um dos indicadores mais importantes de risco de suicídio iminente. Maltzberger e cols (2006) apresentam uma compreensão da crise suicida associada a um processo onde os afetos intoleráveis distinguem as pessoas em risco de suicídio

iminente. Segundo os autores a intensidade do sofrimento subjetivo distingue o paciente suicida. Não é a depressão geral, mas a dor psíquica específica que leva o paciente ao ato suicida. Nesse sentido, quando suficientemente intensos, desespero (compreendido como uma angústia mental associada a uma necessidade imperativa de alívio imediato), desesperança, raiva, ansiedade, sentimentos de abandono e vergonha impelem o paciente ao suicídio. A necessidade imediata característica do desespero o torna mais preditor do risco do que a desesperança, que é um estado mais brando, geral e inespecífico. Depressão associada ao desespero ou à ansiedade generalizada forma uma situação facilmente volátil de alto risco e distingue o risco de pacientes com depressão simples (Hendin e cols., 2001). Sendo assim, integrou-se à HeARTS-CL uma relação de afetos intoleráveis descritos na literatura e um campo para a identificação de outros afetos que não estejam inseridos na lista.

A HeARTS-CL também permite o registro dos motivos para a tentativa de suicídio alegados pelo paciente e os inferidos pelo avaliador. A análise das discrepâncias ou semelhanças entre as percepções pode contribuir para avaliação da qualidade do insight do paciente e do grau de distorção ou negação da realidade para aprofundamento e confronto, quando adequado, sobre as circunstâncias e o contexto do comportamento suicida. Na sessão referente a motivos inferidos pelo avaliador foi inserida uma escala bipolar que avalia a relação entre a vivência de dor psíquica e a regulação da relação com o outro como motivadores da tentativa de suicídio. Essa escala foi inserida em função dos dados que sugerem maior gravidade de risco em tentativas precipitadas em contextos de maior sofrimento psíquico (Maltzberger e cols., 2006).

A presença de um quadro psicopatológico é um dos fatores de risco mais associados ao comportamento suicida em estudos de autópsia psicológicas (Cavanagh, Carson, Sharpe e Lawrie, 2003). Os estudos revelam a presença dessa variável em cerca de 90% dos suicídios consumados. Quando se consideram transtornos de eixos I e II, é possível afirmar que esse fator de risco está presente na totalidade dos suicídios consumados (Ernest, Lalovic, Lesage, Seguin, Tousignant e Turecki, 2004).

Apesar da forte associação entre psicopatologias e comportamento suicida, a HeARTS não tem como um de seus objetivos fazer um diagnóstico de transtornos mentais. Para isso sugere-se a utilização de outra entrevista de avaliação, como por exemplo a SCID. Entretanto, a HeARTS levanta alguns indicadores de psicopatologia, como critério A para Episódio Depressivo Maior (humor deprimido e anedonia), e a presença de sintomas psicóticos (delírios e alucinações) e permite a emissão de hipóteses diagnósticas a serem examinadas levando-se em consideração o conjunto de informações levantadas durante a entrevista. Nesse sentido, a HeARTS-CL apresenta uma escala de avaliação de indicadores de psicopatologia classificando-os em ausentes, sub-clínicos, presentes ou presente com probabilidade de comorbidades e um campo para o registro da hipótese diagnóstica. Acrescido a essa escala, a HeARTS-CL também apresenta alternativas de indicadores psicopatológicos associados aos comportamentos suicidas com indícios de: alterações do humor, processos psicóticos, ansiedade elevada, uso problemático de substância ou traços de personalidade desadaptativos.

Segundo Wingate e cols. (2004) o isolamento social é um preditor poderoso de comportamento suicida, incluindo o suicídio. Nesse sentido, a avaliação do grau de isolamento, considerando a qualidade das relações e do suporte social, contribui para o julgamento clínico do risco de suicídio e para o manejo da crise suicida.

Insight emocional pode ser definido como um nível profundo de entendimento ou consciência que pode levar a mudanças positivas na personalidade e no comportamento (Sadock & Sadock, 2008). Essa variável é frequentemente considerada um aspecto informativo do estado mental de um paciente, mas pouca literatura existe a respeito desse tema em suicidologia (Cassels e cols., 2005). A avaliação do prejuízo de insight na tentativa de suicídio indica o grau de dificuldade do paciente em compreender os motivos internos e circunstâncias que contribuem para seu comportamento. Esse dado possibilita uma melhor compreensão do risco de suicídio, tendo em vista que as pessoas com comprometimento na capacidade de insight apresentam dificuldades para promover mudanças no contexto que gerou a situação de risco de suicídio. Além disso, a análise dessa variável auxilia o clínico no planejamento terapêutico, considerando os recursos e dificuldades emocionais do paciente.

A respeito da avaliação da atitude do paciente em relação à tentativa de suicídio, considera-se que sentimentos de arrependimento por ter tentado o suicídio ou de não ter conseguido produzir a própria morte podem indicar menor ou maior risco de suicídio. O clínico deve avaliar se o arrependimento é real, tendo em vista que pode se tratar simplesmente de uma tática para evitar maior atenção da família para o risco real de suicídio.

Fatores de proteção são fatores que diminuem o risco de suicídio (Mann e cols., 1999). Dentre eles, o suporte social pode ter um efeito protetivo direto. O suporte social se refere ao processo interpessoal em que uma pessoa conforta outra emocionalmente, ajudando a discutir seus problemas, dando conselhos, provendo apoio material e serviços e fazendo com que o outro se sinta parte de uma rede social (Reifman & Windle, 1995). Variáveis como ter filhos, ser casado ou ter um relacionamento

significativo, ter uma vida social satisfatória, emprego, pertencer a grupos religiosos, culturais ou étnicos são considerados fatores de proteção em relação ao suicídio (Cassels e cols, 2005; Sánchez, 2001). A HeARTS-CL propõe a avaliação de suporte social em relação à sua presença e eficácia. É possível que haja uma rede social disposta a oferecer suporte, mas que efetivamente esse suporte não seja eficaz. De acordo com essa avaliação o clínico pode tomar providências para articular uma rede social de apoio ou trabalhar as dificuldades da rede existente para oferecer um apoio eficaz. Pode ser também que um fator que seja usualmente considerado de suporte funcione em certos casos como estressores como, por exemplo, exigências religiosas consideradas exageradas e em conflito direto com desejos subjetivos ou outros valores individuais.

Em relação ao histórico familiar, a HeARTS-CL avalia uma série de itens relacionados ao comportamento suicida: história de negligência e de violência física, sexual e psicológica na infância (Beautrais, 2003; Blaauw e cols., 2002; Dube e cols., 2001; Feijó, 1998; Fekete e cols., 2004; Fergusson e cols., 2000; Sanders & Berker-Lausen, 1995; Wilde e cols., 1992). Aborda também história de comportamento suicida e de transtornos mentais na família (Beautrais, 2003; Fekete e cols., 2004). Indicadores de abuso de álcool e ou outras drogas por membros da família podem indicar o prejuízo de ter se desenvolvido em um ambiente adverso, assim como indicar o possível estresse atual advindo do convívio diário com familiares abusadores ou adictos de álcool e outras drogas. Também é avaliado o abuso de álcool e ou outras drogas pelo próprio entrevistado em função da forte ligação desse indicador com o comportamento suicida (Cassels e cols, 2005).

O acréscimo de uma seção específica para avaliação de aspectos subjetivos do risco iminente veio da necessidade de incluir perguntas diretas sobre ideação suicida

atual e suas características na HeARTS e de acrescentar indicadores de risco agudo descritos na literatura especializada. As escalas de avaliação da ideação suicida sinalizam de maneira clara a gradação da gravidade do comportamento suicida em termos de ideação, intenção, planejamento, acesso a meios, ações preparatórias e convicção de realizar uma nova tentativa. Além desses aspectos, avalia características específicas da ideação suicida como; frequência, duração, controle sobre o pensamento e contexto da ideação. Motivos para ideação ou estressores/antecedentes desse comportamento também são avaliados. Por exemplo, casos em que a ideação suicida esteja inscrita em um contexto que remete a sentimentos de vergonha e humilhação podem ser descritos no campo previsto para motivos para ideação. Nesse contexto, avaliam-se também fatores de proteção em relação à ideação suicida atual. Trata-se da descrição de comportamentos adotados pelo paciente que são percebidos como recursos para a diminuição da ideação suicida (ex.: entrar em contato com um amigo, com o terapeuta ou utilizar *hot-lines*, como o CVV, tomar banho, fazer uma caminhada).

Outros indicadores de risco iminente bastante referidos na literatura foram organizados em três listas nessa seção. A primeira delas se refere aos afetos intoleráveis experienciados na atualidade. Como colocado anteriormente, esse indicador de sofrimento psíquico sinaliza a crise suicida e o risco iminente de uma tentativa (Hendin e Cols., 2001; Hendin e cols., 2007; Hendin e cols., 2010; Maltzberger e cols., 2006). A segunda lista comporta indicadores de processos psicóticos perigosos associados ao comportamento suicida. A relação mais clara desses processos psicóticos é identificada na presença de vozes de comando suicidas ou homicidas, preocupações religiosas (ex.: purificação, redenção, salvação) e sentimentos de ser controlado por outro (controle alienígena) (Shea, 2000).

A terceira lista de indicadores de risco iminente inclui outros eventos, comportamentos ou sintomas associados: aumento de consumo de substância, deteriorização do comportamento social ou ocupacional, dificuldade de controle de impulsos, evento de vida recente com impacto importante, agitação, misto de ansiedade e depressão, falsa melhora e recaída ou exacerbação de sintomas.

Considerações Finais

A avaliação do risco de suicídio é uma tarefa bastante complexa. Estratégias que auxiliem o clínico no levantamento e organização das informações são de fundamental importância para a avaliação cuidadosa da gravidade do risco de suicídio. A entrevista semi-estruturada *História e Avaliação de Risco e Tentativas de Suicídio* (HeARTS) aborda todos os fatores de risco mais importante associados ao comportamento suicida. Foram abordadas neste artigo, as variáveis-chave operacionalizadas para avaliação do risco de suicídio na forma de uma *check list* denominada HeARTS-CL baseada na referida entrevista com a finalidade de facilitar o julgamento clínico do risco e permitir o aprofundamento dos estudos sobre a entrevista e o aprimoramento de suas propriedades. A HeARTS-CL favorece a análise objetivada das variáveis avaliadas pela entrevista e o registro de dados qualitativos que caracterizam o contexto do risco de suicídio importantes na reflexão sobre possíveis ações interventivas e preventivas específicas para cada caso avaliado.

Referências Bibliográficas

- Bantjes, J. (2008). The development and utilization of a suicide risk assessment interview schedule. *South African Journal of Psychology*, 38, (2), 391-411.
- Beautrais, A. (2003) Life course factors associated with suicidal behaviors in young people. *American Behavioral Scientist*, 46, (9), 1137-1156.
- Bertolote, J.M., Mello-Santos, C. & Botega, J.N. (2010). Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32, Supl II, 87-95.
- Blaauw, E.; Arensman, E.; Kraaij, V.; Winkel, F.W. e Bout, R.(2002) Traumatic life events and suicide risk among jail inmates: The influence of types of events, time period and significant others. *Journal of Traumatic Stress*, 15, (1), 9-16
- Brown, G. K. (n.d.). *A review of suicide assessment measures for intervention research with adults and older adults*. Recuperado em setembro de 2011 em <http://sbsirvntweb.uqac.ca/archivage/15290520.pdf>
- Camarotti, J. (2009). A entrevista clínica no contexto do risco de suicídio. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília-DF.
- Cavanagh, JTO, Carson, AJ, Sharpe, M e Lawrie, SM (2003). Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological Medicine*, 3, 395-405.
- Corrêa, H., Barrero, S.P. (2006). *Suicídio: uma morte evitável*. São Paulo: Editora Atheneu.
- Dube, S.R., Anda, R.F., Felitti, V.J., Chapman, D.P., Williamson, D.F. & Giles, W.H. (2001) Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span. *JAMA*, 286, 24, 3089-3096.
- Ernest, C, Lalovic, A, Lesage, A, Seguin, M, Tousignant, M, e Turecki, G (2004) Suicídio e ausência de psicopatologia em eixo I. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 26, 3, 268-273.
- Feijó, R.B.; Raupp, A.P.G. & John, A.B. (1999) Eventos estressores de vida e sua relação com tentativas de suicídio em adolescentes. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 48, 4, 151-157.
- Fekete, Vörös & Osvath (2004) Life events and psychopathology in the group of suicide attempters. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Supplementum 110(Supplement 421): 45.

- Fergusson, D.M., Woodward, L.J. & Horwood, L.J. (2000) Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behavior during adolescence and early adulthood. *Psychological Medicine*, 30, 1, 23-39.
- Hendin, H., Maltzberger, A.L., Hass, A.P. & Kyle, J. (2001). Recognizing and responding to a suicide crisis. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31, 2, 115-128.
- Kulic, K.R. (2005). The Crisis Intervention Semi-structured Interview. *Brief Treatment and Crisis Intervention* 5:2, May 2005.
- Lineham, M.M., Comtois, K.A., Brown, M.Z., Heard, H.L. & Wagner, A. (2006). Suicide attempt self-injury interview (SAS-II): development, reliability and validity of a scale to assess suicide attempts and intentional self-injury. *Psychological Assessment*, 18, 3, 303-312.
- Maltzberger, J.T. (1988) Suicide Danger: clinical estimation and decision. Em: Maltzberger, J.T. & Glodblatt (1996). *Essential papers on suicide*. New York University Press: NY.
- Maltzberger, J.T., Weinberg, I. (2006). Psychoanalytic perspectives on the treatment of acute suicidal crises. *Journal of Clinical Psychology: in session*, 62, 2, 223-234.
- Mann, JJ, Waternaux, C, Haas, GL, Malone, KM (1999) Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry*, 156, 2, 181-189.
- Ministério da Saúde (2006). Mortalidade por suicídio. Em: *Saúde Brasil 2005: uma análise da desigualdade em saúde*. Brasília-DF.
- Montenegro, B.F.S. (2005). *Eventos de vida e risco de suicídio em estudantes de uma universidade pública brasileira*. Dissertação de mestrado. Programa de Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília –DF.
- Nock, M.K., Holmberg, E.B., Photos, V.I. & Michel, B.D. (2007). Self-injurious thoughts and behaviors interview: development, reliability, and validity in an adolescent sample. *Psychological Assessment* 19, 3, 309-317.
- OMS (2000) Preventing suicide: a resource for general physicians.
http://www.who.int/mental_health/media/en/56.pdf
- Rapeli, C.B. & Botega, N. J. (2005). Severe suicide attempts in young adults: suicide intent is correlated with medical lethality. *São Paulo Medical Journal* 123(1)
Recuperado em fevereiro de 2012 em
http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_MNH_MBD_00.1.pdf

- Reynolds, W.M. (1990). Development of a semistructured clinical interview for suicidal behaviors in adolescents. *Psychological Assessment*, 2, 4, 382-390.
- Rudd, M.D., Cukrowicz, K.C. & Bryan, C.J. (2008). Core competencies in suicide risk assessment and management: implications for supervision. *Training and Education in Professional Psychology*, Vol. 2, 4, 219-228.
- Sadock, B.J. & Sadock, V.A. (2007). *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. Tradução Claudia Dornelles e Cols. 9 ed. Porto Alegre: Artmed
- Sánchez, H.G. (2001). Risk factor model for suicide assessment and intervention. *Professional Psychology: Research and Practice*, 32, 4, 351-358.
- Sanders, B. & Berker-Lausen, E. (1995) The measurement of psychological maltreatment: Early data on the Child Abuse and Trauma Scale. *Child Abuse & Neglect*, 19, 3, 315-323.
- Shea, SC (2000) *The practical art of suicide assessment: a guide for mental health professionals and substance abuse counselors*. Willey & Sons, Inc. Hoboken, New Jersey.
- Tavares, M., Diniz, D. & Camarotti, J. (2007). Suicídio: possível prevenir, impossível remediar. *Jornal Constituição e Democracia*, 13.
- Wasserman, D. (2001) A stress-vulnerability model and the development of the suicidal process. In.: Wasserman, D. (2001) *Suicide: an unnecessary death*. Stockolm: Martin Dunitz.
- Werlang, B.G. & Botega, N.J. (2004) *Comportamento suicida*. Porto Alegre: Artmed.
- Werlang, B.S.G. & Botega, N.J. (2003). A semi-structured interview for psychological autopsy in suicide cases. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25, 4, 212-219.
- Wilde, E. J., Kienhorst, I. C. W. M., Diekstra, R. F. W., Wolters, W. H. G (1992) The relationship between adolescents suicidal behavior and life events in childhood and adolescence. *American Journal of Psychiatry*, 149, 45-51.

Artigo 3 - A Compreensão Clínica do Risco de Suicídio por meio da HeARTS e HeARTS-CL.

Resumo

A avaliação do risco de suicídio constitui-se um desafio para clínicos e pesquisadores. Este estudo teve como objetivo verificar a contribuição da utilização da entrevista semi-estruturada História e Avaliação de Risco de Tentativas de Suicídio - HeARTS e da HeARTS – Check List na compreensão do risco de suicídio, no processo de julgamento clínico e na produção de conhecimento nessa área. Foram utilizadas transcrições da aplicação da HeARTS em uma amostra clínica com história de pelo menos uma tentativa de suicídio para aplicação da HeARTS-CL. Foram realizadas análises estatísticas descritivas e correlacionais das variáveis da HeARTS-CL e a análise qualitativa de três casos clínicos escolhidos de maneira a contribuir para a compreensão e discussão do processo de julgamento clínico do risco de suicídio. As correlações estabelecidas entre as variáveis da HeARTS-CL indicaram: 1) a convergência entre indicadores de risco atual (ideação suicida, vivência de afetos intoleráveis e indicadores clínicos de risco de suicídio atual) e; 2) a contribuição das características avaliadas da tentativa de suicídio mais recente para a configuração do risco atual, evidenciando a importância da avaliação da história de comportamento suicida passado para o processo de julgamento clínico de risco atual. A análise dos casos clínicos mostrou o desafio do processo de julgamento clínico do risco e da definição de uma conduta clínica adequada em casos de risco severo e extremo de suicídio no contexto da saúde mental brasileira. A utilização da HeARTS-CL permitiu evidenciar e organizar as informações levantadas pela entrevista, atribuindo maior clareza ao processo de avaliação do risco de suicídio.

Abstract

Suicide risk assessment constitutes a challenge for clinicians and researchers. This study aimed to determine the contribution of the semi-structured interview named História e Avaliação de Risco de Tentativa de Suicídio - HeARTS and its Check List - HeARTS – CL in understanding suicide risk and the clinical judgment process of suicide risk. The sample consisted of 20 participants with suicide attempt history, assessed by HeARTS. The interviews were transcribed and analyzed using the HeARTS-CL. Descriptive and statistical analysis and correlation of some variables of HeARTS-CL indicated the convergence between important current risk indicators and the contribution of past suicide attempt variables on current suicide risk assessment. This highlights the importance of past suicide attempt assessment for clinical judgment process of current suicide risk. The qualitative analysis of 3 clinical cases showed the challenge of clinical judgment process on suicide risk assessment, specially in establishing an appropriate clinical environment for people presenting severe and extreme suicide risk. HeARTS-CL was a good instrument to identify and organize the information collected by HeARTS, clarifying suicide risk assessment process.

O suicídio é um fenômeno bastante complexo e pode ser entendido como um desfecho fatal para um processo de sofrimento e adoecimento que, em muitos casos, poderia ser evitado. Diversos fatores podem influir no processo que leva ao comportamento suicida. Fatores de ordem psicológica, biológica, sociológica, cultural e filosófica (Barrero, Nicolato & Corrêa, 2006; Bertolote, Mello-Santos & Botega, 2010; Mann, Wateraux, Haas & Malone, 1999; Wasserman, 2001; Werlang & Botega, 2004). Nesse sentido, a avaliação do risco de suicídio é um grande desafio para os profissionais de saúde. Não só pelos inúmeros fatores envolvidos, mas pela forma exigente pela qual

demanda desses profissionais recursos emocionais para lidar com o tema (Granello, 2010; Rudd, Cukrowicz & Bryan 2008).

A avaliação do risco de suicídio deve ser realizada a partir de um contexto que disponibilize elementos que ajudem o clínico a atuar de forma terapêutica, evitando danos e seqüelas para o paciente. Não se trata de prever a possibilidade de ocorrência de um comportamento suicida, mas de orientar a conduta mais apropriada diante do risco aferido (Cassells, Paterson, Dowding & Morrison, 2005).

A HeARTS e a HeARTS-CL são instrumentos que se propõem a auxiliar no levantamento das informações clínicas mais importantes associadas ao risco de suicídio presentes na literatura. A HeARTS é uma entrevista semi-estruturada que avalia a história de comportamento suicida passado, recente e o risco atual, favorece o estabelecimento do *rapport* e a compreensão dinâmica dos elementos que compõem o risco. Essas informações são avaliadas de maneira contextualizada, permitindo uma compreensão mais ampla do sofrimento vivenciado pela pessoa (Camarotti & Tavares, 2009). A HeARTS-CL refere-se à operacionalização das variáveis aferidas direta e indiretamente pela HeARTS. Esse instrumento organiza a informação obtida por meio da entrevista de forma a auxiliar o profissional no julgamento clínico do risco de suicídio (Montenegro & Tavares, 2012b).

O presente estudo tem como objetivo compreender a contribuição da HeARTS-CL no processo de julgamento clínico do risco de suicídio em 20 casos avaliados pela entrevista que lhe deu origem. Com isso busca-se analisar como a HeARTS-CL: 1) evidencia a presença de fatores importantes associados ao risco de suicídio; 2) contribui no processo de definição de conduta apropriada para cada caso; e 3) permite a produção de conhecimento sobre o comportamento suicida no contexto acadêmico para o aprimoramento da própria HeARTS.

Método

Os casos foram avaliados entre Outubro de 2006 e Novembro de 2008, nos contextos de internação ou acompanhamento ambulatorial de pacientes com história de comportamento suicida, observando os procedimentos éticos para coleta de dados. Após a entrevista, um breve relatório sobre a avaliação era elaborado para a equipe que acompanhava aquele paciente como um recurso para contribuir em seu tratamento.

Amostra

A amostra foi constituída a partir de 34 pacientes com risco identificado, encaminhados por dois serviços públicos de saúde mental e por profissionais da rede particular. Foram excluídos da amostra 14 casos: 6 não completaram a avaliação; 4 apresentaram problemas com o áudio; 3 não consentiram a utilização dos dados em pesquisa e 1 apresentava comorbidade neurológica que comprometia sua memória e capacidade de descrever sua história. Foram analisados 20 casos com história de tentativa de suicídio.

Instrumentos

Foram utilizadas na coleta e análise dos casos a entrevista semi-estruturada História e Avaliação de Risco de Tentativas de Suicídio – HeARTS e a check list construída a partir da entrevista – HeARTS-CL (Montenegro & Tavares, 2012b).

Procedimento

As entrevistas foram realizadas por quatro psicólogos e dois graduandos dos últimos anos do curso de psicologia com treinamento para utilização da HeARTS, experiência em intervenção em crise e em condução de entrevistas clínicas. As aplicações foram gravadas e transcritas. A partir do dado bruto das transcrições preencheu-se a HeARTS-CL.

Foram realizadas análises estatísticas descritivas da amostra e correlacionais das variáveis da HeARTS-CL e análises qualitativas de três casos clínicos. As análises das correlações entre as variáveis da HeARTS-CL foram organizadas em dois conjuntos: aquelas que avaliam risco de suicídio atual (HeARTS-CL, p.4) e as que avaliam a tentativa de suicídio (HeARTS-CL, p.2). Apenas os dados sobre a última tentativa de suicídio foram submetidos à análise de correlações. Os blocos de dados foram escolhidos por estarem mais diretamente relacionados com a composição do risco de suicídio atual (Montenegro & Tavares, 2012a).

Também foi realizada a análise de correlações entre as variáveis da HeARTS-CL e uma classificação ordinal intuitiva de gravidade de risco de suicídio, realizada pela pesquisadora após o preenchimento das check lists do conjunto de casos da amostra. Essa classificação intuitiva levou em consideração o julgamento clínico global do risco de suicídio, sem pautar-se em variáveis específicas avaliadas pela HeARTS-CL.

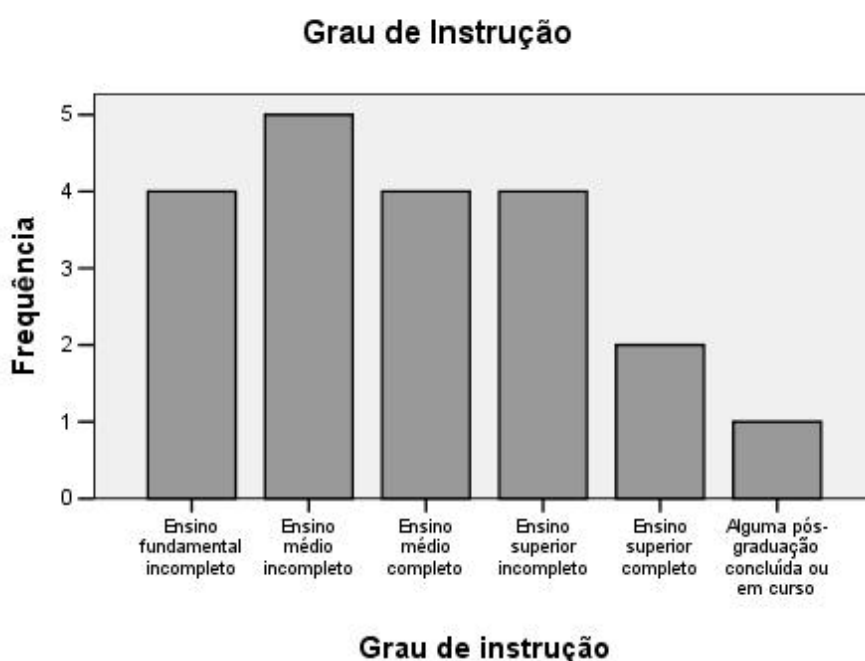
A escolha dos casos clínicos para análise qualitativa foi baseada em dois critérios: 1) variação de gravidade de risco de suicídio na amostra; e 2) capacidade de proporcionar um raciocínio com potencial mais didático na exposição do processo de julgamento clínico. O primeiro critério teve como objetivo a análise da adequação dos instrumentos a diferentes contextos de gravidade e maior clareza do processo de composição do risco de suicídio atual. O segundo critério buscou propiciar a análise sobre o julgamento clínico do risco de suicídio por meio de dados objetivos levantados pela entrevista e aqueles inferidos pelo avaliador. Com isso buscou-se exemplificar e verificar contribuição da HeARTS e HeARTS-CL no julgamento clínico do risco de suicídio e na conduta mais apropriada para cada caso.

Resultados Parte 1 – HeARTS-CL

Dados Demográficos

A amostra foi composta predominantemente por sujeitos do sexo feminino (65%), com idade média de 30 anos, variando entre 18 e 53 anos, sendo que 61% tinham menos que 32 anos de idade. Apenas 15% eram casados, 30% separados ou divorciados e 55% solteiros. Quarenta por cento não estavam em um relacionamento amoroso atual, 50% tinham se separado recentemente ou estavam em relações instáveis com risco de separação e apenas 10% estava em um relacionamento estável sem risco de separação.

Figura 1 – Grau de instrução da amostra



Da amostra, 15% tinham ensino superior completo, 20% eram estudantes universitários, 20% tinham concluído o ensino médio e 45% não chegaram a concluir ensino médio (Figura 1). Apenas 25% da amostra mantinham minimamente sua capacidade produtiva preservada. Dos oito sujeitos que tinham um emprego na ocasião da avaliação, dois estavam afastados por motivo de saúde mental. Entre os 12 desempregados, quatro eram estudantes universitários, mas apenas um estava correspondendo às demandas acadêmicas.

A totalidade dos casos analisados apresentou pelo menos um indicador clínico de um quadro psicopatológico na última tentativa, sendo que em 70% dos casos mais de um indicador estava presente, caracterizando boa chance de comorbidade. Os indicadores clínicos de psicopatologia na última tentativa de suicídio foram: alterações do humor (19 casos), uso nocivo de substância (6 casos), processos psicóticos (4 casos), ansiedade elevada (3 casos), e traços de personalidade desadaptativos (2 casos).

O número de tentativas de suicídio variou de um a quatro: nove sujeitos realizaram uma única tentativa (45%), seis realizaram duas ou três tentativas (30%); e 5 tinha feito quatro tentativas de suicídio (25%). Em 85% dos casos analisados a tentativa de suicídio mais recente havia acontecido até seis meses antes da avaliação.

Os métodos utilizados na tentativa de suicídio mais recente foram: ingestão de medicamentos (10), corte dos pulsos (5), atropelamento (1) e associações de métodos (3) (acidente de carro e atropelamento, envenenamento e choque insulínico, e envenenamento e precipitação).

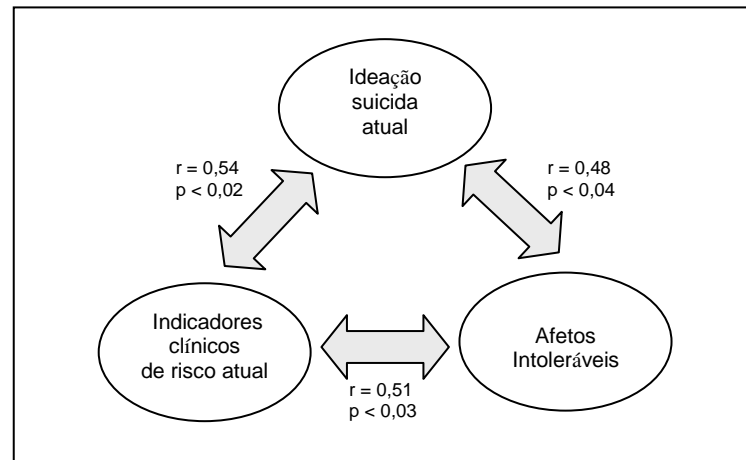
Correlações entre variáveis de risco iminente e da última tentativa

Analisou-se as correlações significativas de dois conjuntos de variáveis avaliadas nesse estudo e da classificação ordinal da gravidade dos casos por meio do julgamento clínico, intuitivo, da avaliadora, conforme descrito anteriormente.

Variáveis relacionadas ao risco atual de suicídio

Os principais indicadores de risco atual de suicídio (ideação atual, total de afetos intoleráveis e total de indicadores clínicos de risco atual) correlacionaram-se de maneira significativa indicando a convergência entre essas variáveis (Figura 2).

Figura 2 – Correlações entre principais indicadores de risco atual da HeARTS-CL.



A Tabela 1 mostra as correlações significativas entre os totais dos principais indicadores de risco, algumas variáveis da última tentativa de suicídio e outras variáveis de risco atual.

Duas variáveis relacionadas a tentativas mais recentes de suicídio correlacionaram-se consistentemente com os totais de indicadores de risco atual: atitude de lamento por não ter morrido e falta de razões para viver.

Atitude de lamento por não ter morrido na última tentativa correlacionou-se com a tríade de risco atual: ideação (0,616, $p < 0,006$), total de afetos intoleráveis (0,612, $p < 0,007$) e total de indicadores clínicos de risco de suicídio (0,538, $p < 0,018$), indicando sua importância na composição do risco atual. Essa variável também apresentou correlações com outros indicadores de risco atual como frequência da ideação (0,485, $p < 0,049$), vivência atual de sentimentos de vazio (0,618, $p < 0,006$) e deterioração do funcionamento social/ocupacional (0,673, $p < 0,002$).

Tabela 1 – correlações entre indicadores de risco atual de suicídio e variáveis da última tentativa realizada.

	Ideação suicida atual	Indicadores clínicos de risco atual	Afetos intoleráveis
Variáveis relacionadas à última tentativa			
Intencionalidade	0,47 (p<0,04)		
Lamento por não ter morrido	0,62 (p<0,01)	0,54 (p<0,02)	0,61 (p<0,01)
Falta de razões para viver	0,56 (p<0,01)	0,54 (p<0,18)	0,57 (p<0,01)
Dificuldade de resgate			0,55 (p<0,01)
Transtorno de ansiedade			0,57 (p<0,01)
Transtorno por uso de substância			-0,56 (p<0,01)
Grau de isolamento			0,48 (p<0,04)
Total de eventos precipitadores			-0,50 (p<0,03)
História de violência na infância		0,52 (p<0,02)	
Negligência		0,63 (p<0,00)	
Variáveis relacionadas ao risco atual			
Frequência da ideação atual		0,63 (p<0,00)	0,50 (p<0,04)
Duração da ideação atual		0,52 (p<0,05)	0,79 (p<0,00)
Controle sobre a ideação atual			0,78 (p<0,00)
Desamparo	0,57 (p<0,01)		0,47 (p<0,02)
Desesperança			0,54 (p<0,02)
Medo			0,57 (p<0,01)
Solidão			0,57 (p<0,01)
Deterioração do funcionamento social/ocupacional		0,63 (p<0,00)	0,47 (p<0,04)
Misto de ansiedade e depressão			0,59 (p<0,01)
Recaída ou exacerbação de doenças		0,59 (p<0,01)	

A **falta de razões para viver** na última tentativa foi a variável que se correlacionou de maneira mais completa com indicadores de risco atual, envolvendo total de afetos intoleráveis (0,570, p<0,011), intensidade de afetos intoleráveis (0,796, p<0,000), total de indicadores clínicos de risco (0,536, p<0,018) e ideação suicida atual (0,561, p<0,012) assim como todas as características desta: frequência (0,522, p<0,022), duração (0,725, p<0,002), controle (0,651, p<0,012) e contexto (0,554, p<0,021). Essa variável também apresentou significativas correlações com intencionalidade (0,686, p<0,001) e grau de isolamento (0,724, p<0,000) na última tentativa. A falta desse fator de proteção (razões para viver) se mostrou um indicador muito relevante na composição do risco de suicídio atual por sua capacidade de apontar maior gravidade de risco. Esses dados revelam ainda a importância dos fatores de proteção, que geralmente são

considerados secundários ou complementares à avaliação do risco, e a necessidade premente de incluir essa variável nos contextos de avaliação do risco de suicídio.

A **ideação suicida atual** correlacionou-se também com intencionalidade na última tentativa de suicídio (0,47, $p < 0,04$), indicando relação da gravidade da última tentativa com o risco atual. Surpreendentemente, a ideação suicida atual não se correlacionou com as características da ideação suicida atual: frequência, duração, contexto (gravidade ou cronicidade de precipitadores), ou capacidade de controle sobre a ideação suicida. Entretanto, esta variável correlacionou-se com o número total de afetos intoleráveis atuais (0,48, $p < 0,04$), e, entre os afetos intoleráveis, correlacionou-se com a vivência atual de desamparo (0,57, $p < 0,01$), corroborando a relação referida na literatura entre esses fatores e a gravidade de risco atual (Maltzberger & Weinberg, 2006).

Frequência, duração e dificuldade de controle sobre a ideação suicida atual correlacionaram-se com o total de afetos intoleráveis atuais (0,50, $p < 0,04$; 0,79, $p < 0,00$; 0,78, $p < 0,00$), sendo que as duas primeiras também correlacionaram-se com o total de indicadores clínicos de risco atual de suicídio (0,63, $p < 0,00$; 0,52, $p < 0,05$). Esses dados indicam maior frequência, duração e dificuldade de controle sobre a ideação atual em contextos de sofrimento psíquico intenso e na presença de sinais clínicos que indicam maior gravidade do risco atual.

Cronicidade dos estressores como precipitadores da ideação atual correlacionou-se com variáveis da última tentativa: danos físicos (0,49, $p < 0,049$), intencionalidade (0,58, $p < 0,014$), planejamento (0,54, $p < 0,025$), tentativas predominantemente motivadas por dor psíquica (0,75, $p < 0,001$), desesperança (0,55, $p < 0,024$), grau de isolamento (0,55, $p < 0,024$) e falta de razões para viver (0,55,

$p < 0,021$), indicando a relação entre a gravidade da última tentativa de suicídio com o contexto de ideação atual precipitado por condições crônicas de sofrimento. Correlacionou-se também com outras características da ideação atual: frequência (0,55, $p < 0,027$) e duração (0,56, $p < 0,038$), apontando que a ideação suicida precipitada por estressores crônicos tende a ser mais freqüente e duradoura.

A correlação entre total e intensidade de afetos intoleráveis atuais foi de 0,79 ($p < 0,000$). O **total de afetos intoleráveis atuais** correlacionou-se positivamente com as seguintes variáveis da última tentativa: dificuldade de resgate (0,55; $p < 0,015$), atitude de lamentar não ter morrido (0,61, $p < 0,007$), sintomas de ansiedade (0,57, $p < 0,010$), grau de isolamento (0,48, $p < 0,04$), e a falta de razões para viver (0,57, $p < 0,01$), apontando para a relação entre indicadores de maior intencionalidade e a fragilidade de fatores de proteção na última tentativa com a vivência atual de dor psíquica. Os afetos intoleráveis que se correlacionaram positivamente com o total dessa variável foram: desamparo (0,47, $p < 0,02$), desesperança (0,54, $p < 0,02$), medo (0,57, $p < 0,01$) e solidão (0,57, $p < 0,01$). O total de afetos intoleráveis atuais correlacionou-se negativamente com o impacto de eventos precipitadores na última tentativa (-0,50, $p < 0,030$), indicando uma possível condição de sofrimento crônico que independe de eventos precipitadores para motivar uma tentativa de suicídio, e transtorno por uso de substância (-0,56, $p < 0,012$), indicando que as pessoas com uso problemático de substância referiram menos afetos intoleráveis nessa amostra.

Foram avaliados oito **indicadores clínicos relevantes para a composição do risco atual**: aumento do consumo de substância, deterioração do funcionamento social/ocupacional, dificuldade de controle de impulsos, evento de vida recente com impacto importante, agitação, misto de ansiedade e depressão, possibilidade de falsa

melhora e recaída ou exacerbação de doenças físicas ou mentais. O total de afetos intoleráveis atuais correlacionou-se com o total de indicadores clínicos de risco atual (0,51; $p < 0,03$), entre os quais se destacaram deterioração do funcionamento social ou ocupacional (0,47; $p < 0,05$) e misto de ansiedade e depressão (0,59; $p < 0,007$). O total de indicadores clínicos de risco atual correlacionou-se negativamente com total de razões para viver (-0,47, $p < 0,04$), que junto com a correlação estabelecida com a variável “falta de razões para viver” fortalece a relação entre a gravidade do risco atual e a fragilidade desse fator de proteção.

O total de indicadores clínicos de risco atual correlacionou-se com o total de violência (negligência e violências psicológica, sexual e física) vividos na infância (0,52, $p < 0,019$), dentre eles, com negligência (0,63, $p < 0,003$), indicando a contribuição de vulnerabilidades emocionais advindas dessas experiências traumáticas na infância com a composição do risco atual (Beautrais, 2003; Blaauw & cols, 2002; Fekete & cols, 2004; Fergusson & cols, 2000; Prieto, 2002; Wasserman, 2001). Dentre os itens que compõem os indicadores clínicos de risco atual, deterioração do funcionamento social/ocupacional (0,64, $p < 0,003$) e recaída ou exacerbação de doenças (0,59, $p < 0,030$) foram os que apresentaram correlações significativas com o total.

A presença de **processos psicóticos perigosos** na avaliação ocorreu apenas em um sujeito nesta amostra, prejudicando análise estatística dessa variável. A literatura aponta a psicose como uma classe de sintomas altamente associados ao risco iminente de suicídio (Camarotti, 2009; Shea, 2000). O caso encontrado também assinala a importância da consideração dessa variável: Maria já havia realizado três tentativas de suicídio e apresentava vozes de comando em um contexto de alucinações visuais com

cuidadores de um abrigo onde residiu dos seis aos 18 anos, temia uma nova tentativa por não confiar no controle sobre seu próprio comportamento.

Análise das variáveis da última tentativa de suicídio

Danos médicos na última tentativa correlacionou-se com potencial de letalidade do método (0,463, $p < 0,040$) e intencionalidade na última tentativa (0,721, $p < 0,000$), indicando a relação descrita na literatura entre essas variáveis (Botega & Rapelli, 2005). Contudo, a relação entre danos e potencial letal do método não é tão expressiva em função de o potencial letal dos métodos ter sido minimizado por situações que reduziram o dano provocado pela tentativa (ex.: rompimento de um galho de árvore em uma tentativa de suicídio por enforcamento). Correlacionou-se ainda com sentimentos de desesperança na tentativa mais recente (0,487, $p < 0,029$) e com uma escala bipolar de elemento motivador da tentativa de auto-extermínio, que varia entre dor psíquica e o desejo de regular relação ou provocar reação externa (no outro), apontando a dor psíquica como principal elemento motivador da última tentativa (0,456, $p < 0,043$). Dentre as variáveis que o compõem, o risco atual correlacionou-se com a presença de ideação suicida atual precipitada por estressores constantes e crônicos (0,485, $p < 0,049$). As correlações encontradas sugerem que as tentativas que provocaram maiores danos médicos ocorreram em contextos de maior sofrimento psíquico, com maior intencionalidade e indicam a condição crônica de estressores que contribuem para o risco atual.

O esforço para obtenção de acesso a meios para a tentativa de suicídio foi observado em apenas um caso. Todos os demais utilizaram meios disponíveis ou de fácil acesso na tentativa mais recente. Isso prejudicou a avaliação quantitativa dessa

variável, apesar da sua importância empírica, como mostra a literatura (Diniz, Tavares & Camarotti, 2007), e a prática clínica.

O resgate dificultado na tentativa mais recente correlacionou-se negativamente com a presença de eventos precipitadores (-0,521, $p < 0,018$), o que indica maior possibilidade do comportamento suicida ter sido menos dependente de um evento externo. Correlacionou-se positivamente com maior isolamento na última tentativa (0,571, $p < 0,008$) e com sofrimento psíquico atual, traduzido por vivências de solidão (0,605, $p < 0,006$) e vazio (0,605, $p < 0,006$) e pelo total de afetos intoleráveis atuais (0,550, $p < 0,015$).

A intencionalidade na tentativa mais recente apresentou correlações positivas com: planejamento (0,535, $p < 0,015$), isolamento (0,552, $p < 0,012$), falta de razões para viver (0,686, $p < 0,001$) e dor psíquica ao invés de regulação da relação como principal motivador na última tentativa (0,602, $p < 0,005$). Correlacionou-se negativamente com total de razões para viver (-0,467, $p < 0,044$), indicando menos intencionalidade em contextos de maior proteção. Também se correlacionou com alguns indicadores de risco atual: ideação suicida atual (0,467, $p < 0,044$), frequência da ideação (0,483, $p < 0,050$) precipitação da ideação por estressores constantes e crônicos (0,584, $p < 0,014$) e intensidade de afetos intoleráveis atuais (0,546, $p < 0,016$). As correlações indicam maior intencionalidade ligada à idéia de maior sofrimento e planejamento associados a um contexto menos protetivo. Também indicam a relação da intencionalidade no comportamento suicida passado com a configuração do risco atual.

A escala bipolar impulsividade versus planejamento na última tentativa correlacionou-se negativamente com número de tentativas de suicídio (-0,517, $p < 0,020$), indicando que os múltiplos tentadores desta amostra fizeram a última

tentativa de modo mais impulsivo, e com total de razões para viver (-0,464, $p<0,046$), apontando mais proteção nas tentativas menos planejadas. Correlacionou-se positivamente com sentimentos de desamparo (0,44, $p<0,050$), desesperança (0,79, $p<0,000$), ódio/raiva/hostilidade (0,48, $p<0,046$) na tentativa mais recente, que sugere a vivência mais freqüente desses afetos em tentativas mais planejadas.

A **classificação ordinal da gravidade dos casos por meio do julgamento clínico da** avaliadora apresentou correlação com variáveis relevantes na avaliação do risco de suicídio atual: ideação suicida atual (0,70, $p<0,001$), indicadores clínicos de risco atual (0,75, $p<0,000$), falta de razões para viver (0,642, $p<0,003$) e atitude de lamento por não ter morrido na última tentativa (0,49, $p<0,03$). Correlacionou-se também com total de violência na infância (0,54, $p<0,01$), negligência (0,71, $p<0,00$), violência sexual (0,48, $p<0,03$), freqüência (0,55, $p<0,02$) e dificuldade de controle sobre a ideação atual (0,57, $p<0,3$). Esses dados revelam que o julgamento clínico realizado compartilhou significativamente os mesmo elementos aferidos por essas variáveis. Ou seja, esses foram os indicadores de risco de suicídio atuais que, mesmo intuitivamente, tiveram mais influência no julgamento clínico realizado, apontando uma convergência entre a avaliação realizada pelo clínico e pelo instrumento.

Discussão – Parte 1 – Dados descritivos e correlacionais da HeARTS-CL

Os dados descritivos da amostra foram semelhantes ao perfil de pessoas com comportamento suicida referido na literatura: a maioria dos participantes era do sexo feminino (65%), apresentava sua capacidade produtiva prejudicada (75%) e não estava em relacionamentos afetivos estáveis ou protetivos (90%); todos os casos apresentavam indícios de um transtorno mental, sendo que 70% desses sinalizava também a presença de mais de um transtorno (Cavanagh, Carson, Sharpe & Lawrie, 2003; Ernest, Lalovic,

Lesage, Seguin, Tousignant & Turecki, 2004); e as hipóteses diagnósticas revelaram a ocorrência predominante de transtornos de humor, seguido de transtornos por uso de substância e psicose (Bertolote, Fleischmann, De Leo & Wasserman, 2004; Chachamovich, Stefanello, Botega & Turecki, 2009).

Quase metade da amostra apresentava história de mais de uma tentativa de suicídio. Esperava-se que o grupo de múltiplos tentadores apresentasse indícios de maior risco de suicídio (Fremouw & cols, 1990; Joiner & cols, 1999; Kutcher & Chehil, 2007; Werlang & Botega, 2004). Entretanto, a condição de múltiplas tentativas correlacionou-se apenas com a escala de impulsividade versus planejamento, indicando maior impulsividade na última tentativa realizada por múltiplos tentadores. Talvez a distinção entre pessoas com e sem história de múltiplas tentativas possa ser observada em estudos com amostras maiores, ou em estudos longitudinais.

Os dados das correlações estabelecidas entre as variáveis analisadas revelaram a relação entre indicadores de gravidade na última tentativa de suicídio e maior gravidade de risco atual. Os mesmos apontam para a relevância da investigação cuidadosa da história de tentativas anteriores na avaliação do risco atual, incluindo principalmente aspectos como: danos físicos, intencionalidade, planejamento, dificuldade de resgate, grau de isolamento, eventos precipitadores, sentimentos em relação à tentativa de suicídio, fatores de proteção como razões para viver e motivação para tentativa (dor psíquica versus regulação da relação).

As correlações encontradas sugerem também que as tentativas que provocaram maiores danos físicos ocorreram em um contexto mais permeado por afetos intoleráveis e com maior intencionalidade. A intencionalidade também esteve relacionada à idéia de maior sofrimento e planejamento associados a um contexto menos protetivo, com

vivência de sentimentos de desamparo, desesperança e ódio, raiva ou hostilidade (Hendin & cols, 2001; Hendin & cols, 2007; Hendin & cols, 2010; Maltzberger & cols, 2006).

A maior frequência de afetos intoleráveis deflagrou uma possível condição de sofrimento crônico que independe de eventos precipitadores para motivar uma tentativa de suicídio, corroborando a descrição de Maltzberger e Weinberg (2006) sobre o processo suicida.

As correlações entre a classificação ordinal de casos realizada pela avaliadora e algumas variáveis da HeARTS-CL sinalizam que no processo de julgamento clínico a avaliadora, mesmo de forma não deliberada, levou em consideração principalmente a ideação suicida atual, considerando frequência e dificuldade de controle sobre a ideação, a presença de sinais clínicos de maior risco atual, falta de razões para viver e atitude de lamento por não ter morrido na última tentativa, e história de violência e negligência na infância.

Resultados – Parte 2 – Casos Clínicos

Foram selecionados três casos para a análise qualitativa dos dados conforme os critérios estabelecidos. Todos os casos apresentavam história de pelo menos uma tentativa de suicídio. Nenhum dos casos avaliados apresentou risco leve. Assim, a variação do risco de suicídio entre os casos analisados foi de risco moderado a extremo.

Os casos foram apresentados e discutidos em ordem gradativa de risco de suicídio.

Caso Clínico 1 - Ricardo

Ricardo havia sido atendido em uma emergência psiquiátrica há 5 meses, após uma tentativa de suicídio. Foi medicado, posteriormente avaliado por um psicólogo

daquela instituição e encaminhado para atendimento em uma clínica escola. Tentou uma vaga para atendimento na clínica referenciada logo após a tentativa, mas não conseguiu a vaga e estava atualmente sem acompanhamento psiquiátrico ou psicológico.

Chamava atenção pela maneira como se apresentava. Era um rapaz alto, magro, usava cabelos longos e *piercings* em várias partes do rosto. Foi bastante colaborativo durante a entrevista e demonstrava interesse em engajar-se em um acompanhamento psicológico.

História Clínica

Ricardo era um rapaz de 22 anos, estudante universitário e morava com sua mãe e seu irmão mais velho. Também tinha uma irmã, casada, que morava em outro bairro. Seu pai havia falecido há 3 anos em decorrência de complicações após uma cirurgia cardíaca. Ricardo referia dificuldades de relacionamento com sua mãe e sua irmã. Sua rede de relacionamentos era caracterizada por amigos da mesma faixa etária. Apesar de referir proximidade e apoio por parte deles sentia-se muito só: “conheço mil pessoas, mas não me apego a ninguém” (...) “eu não consigo me sentir especial para ninguém”.

Queixava-se de problemas de relacionamento. Não conseguia olhar nos olhos das pessoas durante uma conversa, percebendo-se bastante tímido: “não consigo expor o que realmente estou sentindo”. Não se sentia a vontade para falar coisas pessoais com ninguém. Achava que seu estilo de vida, sua cabeça eram completamente diferentes de tudo. Contou que sempre foi uma criança diferente. Gostava de rock, de se vestir de preto, tinha cortes de cabelo diferentes. Mesmo antes de começar a usar drogas, sua mãe já associava seu jeito de ser a um provável consumo: “eu sempre fui assim. Não é que eu fiquei assim (por causa das drogas). Eu sempre fui explosivo, eu sempre fui meio bobo”.

Começou a usar drogas aos 14 anos. Fazia uso principalmente de maconha e cola, além de álcool e cigarro. Intensificou muito o uso no ensino médio e diminuiu um pouco quando entrou na faculdade. Listou com certo orgulho as drogas que já havia consumido: maconha, cola, benzina, LSD, chá de cogumelo, LSA, álcool, cigarro, haxixe, bala, benflogin.

O padrão de uso de drogas parecia ter diminuído no último semestre. Conseguiu passar alguns meses após a tentativa sem ingerir álcool e outras drogas. Nas festividades de final de ano voltou a consumir, referindo o uso mais freqüente de haxixe. Ricardo contou que naquele período estava fumando maconha menos de duas vezes por mês, fumando cigarro diariamente e bebendo nos finais de semana.

Ricardo já tinha procurado atendimento em saúde mental antes da sua primeira tentativa de suicídio em função de sintomas depressivos. Contou que não conseguia perceber os benefícios que aquele tratamento proporcionou. Depois dessa experiência só entrou em contato com profissionais de saúde mental em razão de sua tentativa de suicídio mais recente. Apesar de seu histórico, não referiu sintomas depressivos na ocasião da entrevista.

História de Comportamento Suicida

Ricardo fez duas tentativas de suicídio e a mais recente foi há 5 meses, após uma discussão com a mãe. Naquela ocasião, Ricardo tinha ido a um show na noite anterior, onde consumiu êxtase, e perdeu um casaco. Ele não estava bem: “ver as pessoas se divertindo tão fácil e eu não conseguir me divertir”. Sua mãe questionou-o pelo descuido com suas coisas pessoais. Essa conversa acabou em discussão e xingamentos: “e nisso eu saí de casa desesperado... acho que o pensamento era: pô, ferrei minha vida agora! Que é que vai ser de mim agora (...) Depois disso eu pensei: vou acabar com isso logo então” (...) “Fiquei com vergonha, com receio de encarar a minha mãe”.

Diante da cobrança de sua mãe, Ricardo se exaltou e expôs para ela o quanto estava sendo injusta e como se sentia negligenciado por ela durante sua vida. Era como ele dissesse que ela não tinha o direito de cobrar essa bobagem dele diante de tanta negligência. Ao ouvi-lo ela manteve a calma e fez ameaças sem questionar o que ele estava dizendo: “você está ferrado! Você está gritando comigo, você vai ver depois”.

Quando saiu de casa, comprou e ingeriu chumbinho. Sentiu-se mal e vomitou. Depois se dirigiu a um viaduto movimentando daquela região com intenção de precipitar-se dali. Pensou que acabaria com tudo e em seguida refletiu sobre as conseqüências para as pessoas que estavam dirigindo naquele local e sobre a possibilidade de provocar mortes de pessoas que não tinham nenhuma relação com as dificuldades que estava passando. Pensou que ainda teria muito para viver e resolveu ligar para uma amiga. Pediu que ela o tirasse dali e que conversasse com ele para aliviar um pouco seu sofrimento. Ela chegou junto com os socorristas, que provavelmente tinham sido acionados por pessoas que o viram naquela situação de risco.

Ricardo foi levado para uma emergência psiquiátrica, onde recebeu o primeiro atendimento e foi liberado. Alguns amigos conversaram com ele após a tentativa. Ficou surpreso e feliz ao saber que era importante para eles. Sua família não comentou sobre o ocorrido, mas sua mãe conversou com ele sobre seu comportamento, sem referir a tentativa de suicídio. Após a conversa com a mãe, Ricardo sentiu mais proximidade e possibilidade de conversar de maneira adequada sobre as dificuldades de relacionamento entre os dois.

Ricardo vislumbrava realizações importantes naquele ano. Iria se formar, montar uma banda com os amigos, possibilitando a expressão de seus sentimentos por meio da música, e queria arranjar um emprego. Entretanto, reconhecia que lhe faltava mais determinação e autoconfiança para conquistar as coisas que desejava. Também desejava

melhorar seu relacionamento com as pessoas e sua autoestima. Percebia que as principais mudanças que precisavam acontecer em sua vida eram internas, mudanças que dependiam dele mesmo.

A diferença de tempo entre a primeira e a tentativa mais recente foi de sete anos. A primeira tentativa ocorreu após um término de namoro. Naquela ocasião estava em tratamento por queixas de sintomas depressivos. Conta que tinha encontros semanais e que estava tomando uma medicação. Os pais de sua namorada descobriram e não aceitaram o namoro. Quando os pais concordaram com o relacionamento, a namorada resolveu terminar sem dar explicação. Ricardo chegou em casa muito triste e ingeriu todos os seus medicamentos com a intenção de provocar a própria morte. Não se lembrava do que havia acontecido após ingerir os medicamentos, mas sua mãe contou que ele próprio pediu ajuda e o levaram para o hospital para fazer uma lavagem estomacal. Todos ficaram surpresos com seu comportamento, mas não conversaram sobre o assunto. Contou que depois dessa tentativa aumentou muito o uso de maconha, bebida alcoólica e experimentou outras drogas.

Ricardo falou que durante todo o período entre a primeira e a segunda tentativa de suicídio não teve ideação. As duas tentativas tiveram um impacto importante de eventos precipitadores, foram impulsivas e sem qualquer planejamento.

Ricardo não referiu ideação suicida na ocasião da entrevista, mas temia que isso pudesse voltar a acontecer diante de algum acontecimento que o desestabilizasse: “me preocupa porque, sei lá, as vezes eu posso estar numa boa e daqui mais 7 anos acontecer alguma coisa que me choque desse tanto e daí talvez eu conseguir ... porque por enquanto foram só tentativas”.

A primeira vez que notou a vontade de sumir foi aos 14, 15 anos. Contou que não chegava a ser algo concreto. “é muito, não sei, vontade de sumir mesmo, vontade

de... sei lá, sem saber lidar com nada e desesperado porque estava tudo ruim, que eu não sabia o que fazer, não sabia onde me apoiar”. Geralmente esses pensamentos vinham diante de uma situação de conflito ou crítica de seus pais.

Análise do Caso – Julgamento Clínico

Ricardo parecia estar em um processo de crise de desenvolvimento com comportamentos destrutivos evidenciados pelo uso nocivo de álcool e drogas. O padrão de consumo de drogas já cumpria o critério de abuso de substância em razão do prejuízo que causava em suas relações familiares. Entretanto, não parecia ter prejudicado de maneira significativa sua capacidade produtiva. Ricardo não havia perdido nenhum ano letivo e estava conseguindo se formar em um curso superior no tempo previsto. O uso de drogas certamente gerava um impacto em seu estado de saúde geral e principalmente em seu relacionamento familiar.

Percebia sua rede social de apoio como deficitária. Referia ter muitos amigos, mas sentir-se extremamente só. Reconhecia seu comportamento por vezes imaturo e também a necessidade de desenvolver habilidades emocionais para lidar consigo mesmo e com os demais.

Ricardo apresentava um histórico de duas tentativas de suicídio, altamente reativas e impulsivas, com a utilização de métodos letais. Na ocasião da avaliação, não apresentava ideação suicida ou qualquer desdobramento como intenção ou planejamento, mas temia que outro evento pudesse precipitar uma nova tentativa de suicídio.

Desejava e via a necessidade de acompanhamento psicológico, mas ainda não tinha acesso ao tratamento. A rede de saúde pública não considerou o caso grave o suficiente para integrá-lo aos tratamentos em saúde mental disponíveis e o encaminhamento realizado não viabilizou o acesso ao serviço referenciado.

O acompanhamento ambulatorial era indicado e necessário. Estavam presentes alguns indicadores de bom prognóstico de tratamento como a motivação para tratamento e a ausência de quadros psicopatológicos graves e persistentes. Entretanto, ele não tinha muito insight sobre a origem e intensidade dos sentimentos que provocaram as tentativas de suicídio. Sentia-se vulnerável a circunstâncias que poderiam novamente despertar o desejo de morte. Parecia não ter mecanismos internos para controlar o impulso destrutivo quando este se manifestava. Apesar de não apresentar ideação ou planejamento suicida, quando surgiam, Ricardo passava direto ao ato. Sem tratamento havia uma boa possibilidade de agravamento do risco.

Ricardo apresentava um risco moderado de suicídio em razão de seu histórico de tentativas e do padrão de atuação marcado pela impulsividade, utilização de métodos letais e também por não ter acesso a tratamento.

Recomendações

Ricardo estava sem qualquer vínculo que possibilitasse o acesso a tratamento. Era indicada uma orientação com encaminhamento responsável ou transição de cuidados para atendimento psicológico em clínicas-escolas ou outros recursos de tratamento disponíveis na comunidade. Esse procedimento envolveria ligar para as instituições indicadas, garantindo a informação adequada e o acesso aos atendimentos. Apesar de não reconhecer o uso de substâncias como um problema, havia indicação para tratamento em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPS ad, onde ele poderia receber atendimento integral e desenvolver maior consciência de seu padrão de consumo abusivo de drogas e seus malefícios crescentes.

Caso Clínico 2 – Maria

Maria estava em acompanhamento psiquiátrico no programa de intervenção em crise de um serviço público de saúde mental e aguardava uma vaga para atendimento psicoterápico nessa mesma instituição. Procurou espontaneamente o serviço em função de suas dificuldades emocionais. Foi bastante colaborativa e compareceu pontualmente aos dois encontros agendados para a realização da entrevista.

História Clínica

Maria era uma jovem, solteira, de 22 anos, que trabalhava como auxiliar de enfermagem em um hospital de Brasília há menos de um ano. Apresentava dificuldades emocionais há sete meses e estava em tratamento psiquiátrico quando foi entrevistada.

Filha de uma mãe solteira, Maria foi deixada por sua genitora em um abrigo de orientação religiosa aos seis anos de idade para casar-se e constituir uma nova família. Conta que a lembrança mais forte que tem com a mãe na infância foi o dia em que ela a deixou no abrigo e disse-lhe que não queria fazer aquilo, mas não tinha opção, pois seu novo marido não aceitava que ela tivesse filhos de um relacionamento anterior. Maria não teve qualquer contato com sua família até os 18 anos. Durante o período de abrigamento, além do abandono por sua família, Maria sofreu violência física, psicológica e principalmente sexual por parte de alguns cuidadores, tendo sido diversas vezes obrigada a masturbá-los. Essa prática ocorreu dos 7 aos 18 anos de idade. Além disso, Maria referiu ter perdido amigas, também abrigadas, compreendendo seus desaparecimentos como mortes acidentais ou provocadas (assassinatos).

Aos 18 anos fugiu e mudou de cidade. Passou a morar com a família de uma amiga que conheceu no curso de auxiliar de enfermagem, que a ajudou a restabelecer o contato com a sua família biológica. Voltou a ter contato com a mãe, conheceu as irmãs

e chegou a conviver com a família por seis meses. O relacionamento familiar se estabeleceu novamente, mas Maria decidiu voltar para trabalhar e estudar.

Conheceu o pai aos 19 anos. Apesar de morarem em cidades diferentes mantinham o contato freqüente por telefone. Ela conta que seu pai foi a pessoa que mais a amou na vida e que podia confiar nele. Aos 21 anos, após a morte repentina do pai, passa a ter dificuldades emocionais que resultaram em três tentativas de suicídio no intervalo de sete meses.

Havia história de tentativas de suicídio na família de Maria (mãe e avô) e alguns familiares acometidos por transtornos mentais (primo com esquizofrenia e tios com dependência química).

Maria conseguia identificar duas pessoas com quem poderia compartilhar suas dificuldades e receber algum suporte social. Uma delas era sua irmã que morava em outro estado e a outra era a colega de trabalho que a impediu duas vezes de implementar as tentativas com métodos mais letais. Além disso, Maria tinha se convertido para uma nova religião cristã e recebia o apoio da comunidade.

Maria descrevia a relação com sua mãe como bastante conflituosa. Não se sentia compreendida pela mãe, que não a ouvia e ficava insistindo para que voltasse a morar com ela. Além disso, Maria poupava-a de suas dificuldades emocionais com receio de que se sentisse culpada por tê-la abandonado.

História de Comportamento Suicida

Sua primeira tentativa de suicídio ocorreu em um contexto de muitas perdas e mudanças. Além da perda de seu pai, Maria tinha mudado de casa e de emprego após a descoberta de que estava sendo roubada pela melhor amiga, com quem dividia o apartamento. A descoberta dessa traição reeditou sentimentos de solidão e abandono e principalmente de que não poderia confiar em ninguém, pois as pessoas sempre se

aproveitariam dela. Fragilizada, descreveu fortes sentimentos de vazio, sintomas histéricos (dissociativos) como paralisias, ausência de consciência de atos praticados por ela, como deslocar-se e não saber como tinha chegado naquele local, sintomas depressivos e psicóticos, com vozes de comando suicidas. Naquela ocasião Maria tomou uma superdosagem de medicamentos. Foi socorrida pela amiga com quem dividia o apartamento e não precisou de atendimento médico.

Quatro meses depois Maria faz uma nova tentativa, descrevendo um contexto muito semelhante ao da primeira, com exacerbação dos sintomas psicóticos e a presença alucinações visuais. As alucinações eram relacionadas aos cuidadores do abrigo onde viveu até os 18 anos. Eles apareciam com frequência e a chamavam dizendo que tinham vindo buscá-la. Nessa ocasião, Maria utilizou um instrumento de trabalho perfuro-cortante e foi impedida pela colega que, sabendo do risco de suicídio, a monitorava.

A última e pior tentativa foi novamente interrompida pela mesma uma colega de trabalho que entrou em luta corporal para impedi-la de cortar seu pescoço com um bisturi. Conta que se sentiu desamparada e que a vontade de morrer veio como a vontade de beber água.

Apesar das fragilidades produzidas pelo histórico de violência e abandono que contribuíram, junto com as perdas recentes, para o surgimento e agravamento de um quadro psicopatológico grave, Maria descrevia um sentimento de arrependimento e vergonha por ter tentado o suicídio. Tinha a religião e a comunidade como uma razão para viver e temia realizar uma nova tentativa de suicídio, pois sentia que não podia confiar em si mesma.

Análise do Caso – Julgamento Clínico

Maria apresentava ideação suicida sem um plano específico, com considerações vagas sobre método. A ideação suicida ocorria várias vezes ao longo do dia, quase todos

os dias, referindo êxito em mudar de pensamento diante de algum esforço. Os estressores eram crônicos e estavam relacionados com os sintomas psicóticos. Sentia-se perseguida e ameaçada pelos cuidadores do abrigo e tinha alucinações visuais com três deles. As tentativas anteriores foram marcadas pela impulsividade. Embora Maria referisse arrependimento por ter tentado o suicídio, sentia que não podia confiar em si mesma, temendo realizar uma nova tentativa. Os sintomas psicopatológicos ainda eram severos e persistentes, o que levantava a necessidade de revisão da terapia medicamentosa. Maria ainda aguardava atendimento psicológico. Referia-se ao trabalho como um fator de proteção importante contra a ideação suicida. Entretanto, era no contexto de trabalho que tinha maior acesso a meios letais.

Os indicadores de risco iminente de suicídio presentes naquele momento eram sentimentos de desesperança, vazio, vozes de comando suicidas e sentimentos de ser controlado por outro. Além desses, Maria ainda apresentava uma deterioração do funcionamento social e ocupacional, dificuldades de controle de impulsos e um agravamento de sintomas depressivos e psicóticos. Apresentava risco severo de suicídio.

Recomendações

Maria precisava ter prioridade no acesso a tratamentos intensivos ou semi-intensivos em saúde mental com urgência. Apresentava alto risco de suicídio com a necessidade de monitoramento constante. A convocação de sua frágil rede de suporte social era necessária para a avaliação da possibilidade de internação domiciliar, com intuito de evitar uma internação psiquiátrica. O tratamento mais indicado seria em um Centro de Atenção Psicossocial para atendimento de pessoas com transtornos mentais onde poderia receber esse atendimento integral em regime intensivo.

Caso Clínico 3 – Cecília

Cecília estava em acompanhamento psiquiátrico há três anos em um serviço público de saúde mental, com agravamento de sua condição nos sete meses anteriores à avaliação.

História Clínica

Tinha 35 anos, era casada, mãe de dois filhos dessa união (12 e 10 anos de idade) e de um filho mais velho (17 anos), fruto de um estupro por parte de seu pai biológico. Esse primeiro filho era portador de necessidades especiais.

Cecília era a filha mais velha de quatro irmãos. Foi criada desde o seu nascimento por uma tia avó que morava em outro Estado. Era a caçula de nove irmãos de criação. Mantinha contato com os pais biológicos com quem costumava passar férias. Seus pais se separaram e aos 12 anos de idade Cecília foi passar as férias com o pai e não voltou.

Seu pai apresentava um quadro de alcoolismo. Havia constituído uma nova família, mas ao se separar da nova companheira passou a espancar e violentar Cecília diariamente. Não permitia que ela estudasse ou saísse de casa. Ameaçava agredir a ela e a outros membros da família caso ela contasse o que acontecia. Cecília esteve em situação de violência e cárcere privado por três anos. Conseguiu ter coragem para fugir quando estava grávida de quatro meses de seu pai.

Casou-se com seu primeiro namorado e, apesar de todo histórico de violência, relata que conseguiu ser feliz com ele por muitos anos.

No segundo ano de tratamento psiquiátrico que procurou em função de um quadro depressivo, soube de uma traição de seu marido. Cecília ficou muito transtornada e se envolveu com outra pessoa com o intuito de vingar-se dele. Quando soube da traição, seu marido agrediu violentamente Cecília e seu amante, tomou os

filhos dela e a abandonou com o filho mais velho: “Ele queria realmente me matar. Eu realmente não morri, porque não tinha que morrer”. Além da violência física, seu marido a humilhou diante dos vizinhos e contou ao filho mais velho de Cecília quem era seu verdadeiro pai.

Cecília ficou na casa de alguns parentes dele por um tempo e voltou a viver com seu marido em outro bairro. Sua relação conjugal sofreu um forte impacto. Cecília referia sentir medo do marido. Quase não conversavam. Ela cuidava dos afazeres domésticos e se submetia à relação sexual com sentimentos de medo e obrigação: “às vezes eu considero ele o pai, o pai que abusou de mim. Dá medo, mas não que ele faça”.

Cecília parecia ter sentimentos ambíguos em relação ao marido. Sentia medo e ao mesmo tempo se ressentia profundamente com sua indiferença e falta de atenção. Queria voltar a viver bem com ele. Tentou conversar, negociar, mas ele continuava indiferente, levava uma vida de solteiro e não se importava com o que se passava com ela.

“além de tentar conversar, tentar um acordo com ele, eu comecei a não gostar de mim, achar que sou ruim, que sou incapaz de conversar, de colocar as coisas no lugar, e que minha vida com ele não tinha mais jeito. O que é que eu ia fazer? Eu vou pegar os meninos para criar sozinha? Tem que ter trabalho. Realmente se eu ficar sem ele eu ia pra onde? Procurar a minha família? O que é que eu iria fazer? Eu falei: não, eu quero morrer”.

Cecília passou a apresentar graves sintomas de ansiedade que dificultaram ainda mais sua capacidade produtiva. A indiferença do marido persistia. Cecília começou a perder as esperanças de ser feliz novamente. Sentia que ninguém poderia ajudá-la, que não se importavam com sua vida. Ao ser questionada sobre ter procurado alguém para

conversar a respeito de seu desejo de morrer, Cecília respondeu: “ninguém se interessa, né, vou falar por quê? Ninguém vai me ajudar, não vou me resolver com ninguém”.

Esse contexto permeou as três tentativas de suicídio que realizou em um período de dois meses.

História de Comportamento Suicida

Embora Cecília estivesse deprimida há mais de dois anos, percebeu um agravamento importante de sua condição nos últimos sete meses, quando notou uma forte desesperança e a presença da ideação suicida com intenção de morrer.

Sua primeira tentativa de suicídio foi com medicamentos. Estava em casa com seus filhos em um final de semana e seu marido havia saído com os amigos. Além das dificuldades com o casamento ela também recebeu a visita da mãe biológica naquela época. Conta que pediu para a mãe ir embora. Não conseguia ficar com ela, pois lembrava as dificuldades de sua infância e adolescência e ressentia-se pela negligência e omissão da mãe. Quando chegou a hora de tomar sua medicação resolveu tomar toda a cartela e alguns comprimidos que estavam guardados. Sentia-se muito só e triste. O marido a socorreu e a levou para o hospital. Sobre a reação de sua família, relatou: “meus filhos ficaram assustados e ele ficou normal”. Cecília tinha certeza que tentaria o suicídio novamente.

A tentativa de suicídio mais recente havia ocorrido há menos de um mês. Sentia-se desesperada e angustiada no momento em que decidiu realizar a tentativa. Naquele dia, preparou a refeição dos filhos e após irem para escola tomou todos os medicamentos que tinha disponível em casa. Seu tio conseguiu morrer tomando remédios e isso a fez optar por esse método. Não havia ninguém em casa e não se lembrava do que aconteceu após a ingestão dos medicamentos. Sabia que tinha sido socorrida pelo marido, mas não tinha maiores informações sobre o contexto de socorro

ou tratamento. Cecília ficou internada por três dias. Arrependeu-se e desesperou-se por não ter morrido: “fiquei pensando, já foi com remédio e agora vai ser com o que?”

Cecília vislumbrava a possibilidade de tentar o suicídio novamente. Pensava em outros métodos, mas não revelou seus planos ou detalhes sobre o que estava pensando. O sentimento de desesperança continuava muito forte. Cecília havia tentado se aproximar de uma religião, mas não tinha mais esperança de que algo pudesse ajudá-la: “Não acredito no meu casamento, não acredito que vou ser a pessoa que já fui, a mãe, a dona de casa. Não tenho fé, nada. Eu vivo hoje por viver. Eu durmo, acordo, como alguma coisa, fico assistindo, vendo o tempo passar” (...) “me convenci. Não tenho medo de morrer. Às vezes eu penso que tô morta, quando eu olho, eu tô viva. Mas eu não tô viva, eu tô morta”.

Percebe que necessita resgatar aquela Cecília que gostava de sair, de viver e mudar o seu casamento, mas essa fala é marcada pela desesperança. Ela sabe que o tratamento pode ajudá-la, mas não acredita que isso vai acontecer.

No segundo encontro referiu um episódio de desorientação e dificuldade de reconhecer as pessoas, mesmo aquelas mais próximas, como filhos e marido. Ficou muito assustada, com vontade de quebrar tudo, mas conseguiu controlar seu desejo até orientar-se novamente. Esse processo levou algumas horas e seu marido percebeu que ela estava assustada.

Após a última tentativa, Cecília foi internada novamente em função do risco de suicídio.

Análise do Caso – Julgamento Clínico

Cecília referia uma série de afetos intoleráveis (desesperança, medo, solidão, desamparo, vergonha), ideação suicida e intenção de atuar. Estava considerando outros métodos para realizar uma nova tentativa, mas não quis revelar seus pensamentos.

Sentia-se arrependida por não ter conseguido provocar a própria morte. Seu quadro psicopatológico apresentava sinais de agravamento.

O sentimento mais presente em todo seu discurso era o da desesperança. Apesar de ter acesso a tratamento, não acreditava que este poderia de fato ajudá-la. Sentia-se muito só e desamparada. A ideação suicida não dependia mais de eventos precipitadores. Ela era constante e intensa e a única mudança referida por Cecília em sua ideação era que agora ela não tinha mais medo de morrer.

O risco de suicídio era extremo. Era indicada a avaliação para uma nova internação e uma convocação da família para orientação e avaliação da capacidade de suporte que esta poderia oferecer. Caso não fosse possível a internação domiciliar a conduta seria internação psiquiátrica e a transição de cuidados pra um CAPS com plano terapêutico intensivo. Também seria necessário acionar a rede de assistência social de sua região para amparo em termos de opções de moradia e de cuidados para seus filhos, orientações sobre direitos das mulheres vítimas de violência, além de benefícios sociais enquanto estivesse submetida a tratamento em saúde.

Discussão – Parte 2 – Casos Clínicos

Os casos clínicos evidenciaram o desafio presente na composição do risco de suicídio. Poderíamos considerar risco não identificado ou leve no caso de Ricardo, se não fosse seu histórico de tentativas altamente reativas e impulsivas com insight prejudicado sobre as condições emocionais que o impulsionaram para o comportamento suicida. Ricardo desejava e precisava de acompanhamento psicoterápico, mas não tinha acesso a tratamento. Ele mesmo identificava sua vulnerabilidade em relação a uma nova tentativa diante de um estressor que o desestabilizasse.

Maria apresentava um alto risco de suicídio, principalmente em função dos processos psicóticos ainda presentes na época da avaliação. A internação seria indicada

em função da gravidade configurada pela presença desses sintomas e pela relativa fragilidade de sua rede de suporte social. Além disso, Maria ainda não tinha acesso a acompanhamento psicoterápico para apoio, fortalecimento emocional e elaboração das condições de vida que geraram sua vulnerabilidade psíquica. Sua condição clínica apresentou um agravamento significativo após a morte de seu pai e a traição de sua melhor amiga. A reedição de abandono e abuso provocada por esses eventos contribuíram para sua condição de sofrimento atual. Apesar da gravidade do quadro, Maria desejava e investia em recursos que pudessem ajudá-la a melhorar.

Cecília estava em um contexto de sofrimento e violência que dizimou sua esperança em voltar a ser feliz. A diferença de risco entre Cecília e Maria está principalmente na esperança em relação à possibilidade de melhora. O tratamento dos sintomas depressivos e psicóticos e o desenvolvimento de um vínculo de apoio terapêutico poderiam ajudar Maria na diminuição de risco de suicídio. Era possível identificar seu desejo em ser ajudada, embora ainda não tivesse acesso ao tratamento especializado de maneira adequada. Cecília, contudo, não acreditava mais que pudesse melhorar. Lamentava profundamente não ter morrido há um mês, em sua última tentativa. Havia perdido o medo da morte e manifestava o desejo e intenção suicidas com indícios de um planejamento que não quis revelar. Cecília, assim como Maria, apresentava uma história marcada por uma grave situação de violência e, apesar disso, conseguiu reconstruir sua vida e ser feliz. A violência que sofreu do marido reafirmou o histórico de abuso que estava tentando desconstruir. Cecília ainda estava submetida a um contexto de violência, sem vislumbrar possibilidade de mudança em seu mundo interno e em suas condições de vida.

A distinção entre risco severo e extremo descrita na literatura é bastante delicada. A orientação de conduta clínica descrita para esses casos é clara em relação à

indicação de internação para tratamento e monitoração do risco de suicídio (Joiner e cols., 1999; OMS, 2000; Bryan e Rudd, 2006.). Entretanto, de um modo geral percebe-se que a estigmatização de uma internação psiquiátrica e as condições oferecidas por esse recurso no contexto brasileiro não conseguem atingir o objetivo terapêutico esperado, mas apenas evitar tentativas durante o período de internação. A concepção da Política Nacional de Saúde Mental revela ser mais adequada, pois propõe tratamento multidisciplinar e integral com possibilidade de definição de um plano terapêutico intensivo incluindo a perspectiva de promoção de fatores de proteção como a mobilização e construção de uma rede de suporte social. Sendo assim, percebe-se a necessidade de fortalecimento desse dispositivo de saúde para que se consiga realizar a proposta preconizada pela Política. Um recurso que tem sido utilizado em momentos de maior risco de suicídio é a internação domiciliar com o apoio e envolvimento da rede de suporte social. Quando essa rede não apresenta condições para o suporte necessário não se pode abrir mão da internação, mesmo que esta não apresente condições adequadas.

Esses casos exemplificados evidenciam a importância de fatores como: afetos intoleráveis; cronicidade dos estressores; histórico de violência/negligência e ausência de fatores de proteção (razões para viver) na configuração da gravidade do risco, conforme foi identificado na amostra de 20 indivíduos e sua correlação de variáveis descrita anteriormente.

Considerações finais, limites e perspectivas para o futuro

A utilização da HeARTS-CL permitiu evidenciar e organizar as informações levantadas pela HeARTS, atribuindo maior clareza ao processo de avaliação e julgamento clínico do risco de suicídio. Na análise dos três casos clínicos observa-se que a compreensão contextualizada e objetivada dos elementos que compõem o risco de

suicídio que foi propiciada por esses instrumentos também criou condições favoráveis para a definição de conduta apropriada para cada caso. A operacionalização das variáveis avaliadas pela HeARTS também possibilitou o estudo de indicadores de risco de suicídio descritos na literatura, criando um contexto fértil para a produção de conhecimento nessa área.

O presente estudo analisou o processo de julgamento clínico do risco de suicídio por apenas um avaliador. Novos estudos devem incluir concordância entre juízes para minimizar ou identificar possíveis vieses na investigação do processo de julgamento clínico do risco. A amostra foi constituída por pessoas com risco configurado de suicídio, o que diminuiu a possibilidade de exemplificação e de verificação da adequação do uso da HeARTS e da HeARTS-CL em contextos de menor risco.

A HeARTS e a HeARTS-CL configuram-se como recursos interessantes de avaliação do risco de suicídio e ampliam as possibilidades de produção de conhecimento em suicidologia. Novos desenhos de pesquisa com amostras maiores e a utilização de métodos qualitativos e quantitativos de análise poderão contribuir para o processo de validação das escalas que integram a HeARTS-CL e para a verificação de modelos que permitam ampliar a compreensão sobre as variáveis que mais contribuem para a identificação do risco iminente de suicídio e para o aprimoramento desses instrumentos.

Referências Bibliográficas

- Beautrais, A. (2003) Life course factors associated with suicidal behaviors in young people. *American Behavioral Scientist*, 46, 9, 1137-1156.
- Barrero, S.P., Nicolato, R., Corrêa, H. (2006). Fatores de risco para o suicídio durante o ciclo da vida humana. Em Corrêa, H., Barrero, S.P. (2006). *Suicídio: uma morte evitável*. São Paulo: Editora Atheneu.
- Bertolote, J.M., Fleischmann, A., De Leo, D. e Wasserman, D. (2004) Psychiatric Diagnoses and Suicide: revisiting the evidence. *Crisis*, 25, 4, 147-155.
- Bertolote, J.M., Mello-Santos, C. & Botega, J.N. (2010). Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32, Supl II, 87-95.
- Blaauw, E.; Arensman, E.; Kraaij, V.; Winkel, F.W. e Bout, R.(2002) Traumatic life events and suicide risk among jail inmates: The influence of types of events, time period and significant others. *Journal of Traumatic Stress*, 15, 1, 9-16.
- Botega, J.N. & Rapelli, C.B. (2005). Severe suicide attempts in young adults: suicide intent is correlated with medical lethality. *São Paulo Medical Journal* [online], 123 (1), 43.
- Bryan, C.J. & Rudd, M.D. (2006). Advances in the assessment of suicide risk. *Journal of Clinical Psychology: in session*, 62, 2,185-200.
- Camarotti, J. (2009). A entrevista clínica no contexto do risco de suicídio. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília-DF.
- Cassells, C., Paterson, B., Dowding, D. & Morrison, R. (2005). Long and Short-term risk factors in the prediction of inpatient suicide: a review of the literature. *Crisis*, 26, 2, 53-63.
- Cavanagh, J.T.O., Carson, A.J., Sharpe, M. e Lawrie, S.M. (2003) Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological Medicine*, 33, 395-405.
- Chachamovich, E., Stefanello, S., Botega, N., Turecki, G. (2009). Quais são os recentes achados sobre associação entre depressão e suicídio? *Revista Brasileira de psiquiatria*, 31, (supl I), 31-25.

- Ernest, C, Lalovic, A, Lesage, A, Seguin, M, Tousignant, M, e Turecki, G (2004) Suicídio e ausência de psicopatologia em eixo I. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 26, 3, 268-273.
- Fekete, Vörös & Osvath (2004) Life events and psychopathology in the group of suicide attempters. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Supplementum 110(Supplement 421): 45.
- Fergusson, D.M., Woodward, L.J. & Horwood, L.J. (2000) Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behavior during adolescence and early adulthood. *Psychological Medicine*, 30, 1, 23-39.
- Fremouw, W. J., Perczel, M. & Ellis, T.E. (1990). *Suicide Risk: assessment and response guidelines*. USA, Pergamon Press
- Granello, D.H. (2010). The process of suicide risk assessment: twelve core principles. *Journal of Counseling & Development*, 88, 363-371.
- Hendin, H., Al Jurdi, R.K., Houck, P.R., Hughes, S., & Turner, J.B. (2010). Role of intense affects in predicting short-term risk for suicidal behavior: a prospective study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198, 3, 220-225.
- Hendin, H., Maltzberger, A.L., Hass, A.P. & Kyle, J. (2001). Recognizing and responding to a suicide crisis. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31, 2, 115-128.
- Hendin, H., Maltzberger, J.T., & Szanto, K. (2007). The role of intense affective states in signaling a suicide crisis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195, 5, 363-368.
- Joiner, T.E., Walker, R.L., Rudd, M.D. & Jobes, D.A. (1999). Scientizing and routinizing the assessment of suicidality in outpatient practice. *Professional Psychology: Research and practice*, 30, 5, 447-453.
- Kutcher, S. & Chehil, S. (2007). *Manejo do risco de suicídio: um manual para profissionais de saúde*. Med line Editora. Brasil.
- Maltzberger, J.T., Weinberg, I. (2006). Psychoanalytic perspectives on the treatment of an acute suicidal crises. *Journal of Clinical Psychology: in session*, 62, 2, 223-234.
- Mann, JJ, Waternaux, C, Haas, GL, Malone, KM (1999) Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry*, 156, 2, 181-189.
- Montenegro, B. & Tavares, M. (2012). Avaliação e julgamento clínico do risco agudo de suicídio. Manuscrito, artigo de tese de doutorado, Universidade de Brasília.

- Montenegro, B. & Tavares, M. (2012). HeARTS – CL: a operacionalização de variáveis como recurso para o julgamento clínico do risco de suicídio. Manuscrito, artigo de tese de doutorado, Universidade de Brasília.
- Organização Mundial da Saúde (2000) *Preventing suicide: a resource for general physicians*. Recuperado em fevereiro, 2012, em http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_MNH_MBD_00.1.pdf
- Prieto, D. (2002). *Sufrimento narcísico e dificuldades nas relações de objeto na tentativa de suicídio*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília-DF.
- Rudd, M.D., Cukrowicz, K.C. & Bryan, C.J. (2008). Core competencies in suicide risk assessment and management: implications for supervision. *Training and Education in Professional Psychology*, 2, 4, 219-228.
- Shea, SC (2000). *The practical art of suicide assessment: a guide for mental health professionals and substance abuse counselors*. Willey & Sons, Inc. Hoboken: New Jersey.
- Tavares, M., Diniz, D. & Camarotti, J. (2007). Suicídio: possível prevenir, impossível remediar. *Jornal Constituição e Democracia*, 13.
- Wasserman, D. (2001) A stress-vulnerability model and the development of the suicidal process. Em: Wasserman, D. (2001) *Suicide: an unnecessary death*. Stockolm: Martin Dunitz.
- Werlang, B. S. & Botega, N. J. (org) (2004). *Comportamento suicida*. Porto Alegre: Artmed.

ANEXOS

Contexto Pessoal e Relacional			
Nome: _____		Sexo: 1 [] F 2 [] M	
Data nasc.: ____/____/____		Idade: _____	
Data de Avaliação: ____/____/____			
Estado Civil		Estado de relacionamento amoroso atual	
0 Casado(a)		0 estável ou sem risco de separação	
1 União estável		1 instável ou em risco de separação	
2 Separado(a)		2 separação recente	
3 Divorciado(a)		3 sem relacionamento amoroso atual	
4 Viúvo(a)			
5 Solteiro(a)			
Trabalha atualmente? 1 [] Não 2 [] Sim		Profissão: _____	
Situação Laboral		Grau de Instrução	
0 assalariado(a)		0 sem instrução formal	
1 autônomo(a)		1 ensino fundamental incompleto	
2 afastado(a), por motivo de saúde física		2 ensino fundamental completo	
3 afastado(a), por motivo de saúde mental		3 ensino médio incompleto	
4 após entado(a), por motivo de saúde física		4 ensino médio completo	
5 após entado(a), por motivo de saúde mental		5 ensino superior incompleto	
6 após entado(a), por outros motivos		6 ensino superior completo	
7 desempregado		7 alguma pós-graduação concluída ou em curso	
Se afastado(a) do trabalho: Quanto tempo? _____ meses _____ semanas			
Genograma			
Relações Significativas			
Identificar nomes	Vínculo Parentesco	Qualidade	Classificação de qualidade das relações
		0 1 2 3 4	0 apoio
		0 1 2 3 4	1 apoio ineficaz
		0 1 2 3 4	2 ambivalente
		0 1 2 3 4	3 conflito
		0 1 2 3 4	4 agressão
		0 1 2 3 4	

Histórico Familiar			
<u>Violência física na infância</u>		1 [] Não 2 [] Sim. Descrever:	
<u>Negligência na infância</u>		1 [] Não 2 [] Sim. Descrever:	
<u>Violência psicológica na infância</u>		1 [] Não 2 [] Sim. Descrever:	
<u>Violência sexual na infância</u>		1 [] Não 2 [] Sim. Descrever:	
Tentativas de suicídio na família 0 desconhece 1 de amigo, pessoa próxima ou colega de trabalho 2 na família extensa (tios, primos, avós) 3 no núcleo familiar (pai, mãe, irmãos, filhos) 4 de cônjuge ou relacionamento amoroso significativo		Suicídios consumados na família 0 desconhece 1 de amigo, pessoa próxima ou colega de trabalho 2 na família extensa (tios, primos, avós) 3 no núcleo familiar (pai, mãe, irmãos, filhos) 4 de cônjuge ou relacionamento amoroso significativo	
Transtornos mentais na família 0 desconhece 1 na família extensa (tios, primos, avós) 2 em irmãos, filhos 3 de pais ou substitutos destes		Descrever:	
Abuso de Substância			
Pessoal		Familiar	
<u>Drogas ilícitas</u>		<u>Drogas ilícitas</u>	
<u>Alcool</u>		<u>Alcool</u>	
0 abstenia	0 abstenia	0 abstenia	0 abstenia
1 uso esporádico	1 uso esporádico	1 uso esporádico	1 uso esporádico
2 abuso	2 abuso	2 abuso	2 abuso
3 dependência	3 dependência	3 dependência	3 dependência
Especificar drogas utilizadas:		Especificar parentesco e substâncias utilizadas:	

<p>Motivos alegados pelo paciente:</p>	<p>Motivos inferidos pelo avaliador:</p> <p>Acabar/cessar a dor psíquica <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Regular a relação (pouca atenção, reação ou vingança)</p> <p>Atos intoleráveis</p> <p><input type="checkbox"/> abandono <input type="checkbox"/> desamparo <input type="checkbox"/> medo <input type="checkbox"/> vazio <input type="checkbox"/> ansiedade <input type="checkbox"/> desesperança <input type="checkbox"/> ódio/rainha/hostilidade <input type="checkbox"/> outro: <input type="checkbox"/> autodepreciação <input type="checkbox"/> desespero <input type="checkbox"/> solidão <input type="checkbox"/> culpa <input type="checkbox"/> humilhação/vergonha</p>
<p>Indicadores de Psicopatologia:</p> <p>0 ausentes 1 subclínicos 2 presentes 3 presentes com probabilidade de comorbidades</p> <p>Indicar hipóteses diagnósticas:</p>	<p>Indícios de:</p> <p><input type="checkbox"/> alterações do humor <input type="checkbox"/> processos psicóticos <input type="checkbox"/> de ansiedade elevada <input type="checkbox"/> uso problemático de substâncias <input type="checkbox"/> traços de personalidade disadaptativos</p>
<p>Grau de isolamento</p> <p>0 nenhum isolamento 1 pouco isolamento 2 isolamento moderado 3 muito isolamento</p> <p>Prejuízo de insight</p> <p>0 insight preservado 1 insight pouco prejudicado 2 insight muito prejudicado 3 insight ausente</p>	<p>Fatores de Proteção</p> <p>Redes para viver</p> <p>0 significativas <input type="checkbox"/> filhos 1 moderadas <input type="checkbox"/> família 2 frágeis <input type="checkbox"/> questões morais <input type="checkbox"/> medo do suicídio <input type="checkbox"/> medo da reprovção social <input type="checkbox"/> outros: _____</p>
<p>Atitude em relação à tentativa</p> <p>0 arrependimento de ter tentado o suicídio 1 ambivalência em relação à tentativa 2 lamento por não ter morrido</p>	<p>Suporte social na tentativa</p> <p>0 presente e eficaz 1 presente, mas ineficaz 2 ausente</p>

<p>História de tentativas de suicídio</p> <p>Múltiplas tentativas? 1 <input type="checkbox"/> Não; esta é a última tentativa 2 <input type="checkbox"/> Sim; N (Número total de tentativas): _____</p> <p>Esta tentativa é a: <input type="checkbox"/> ATUAL OU MAIS RECENTE <input type="checkbox"/> PRIMEIRA <input type="checkbox"/> POR</p> <p>Data desta tentativa: _____</p> <p>Método utilizado: _____</p> <p>Danos Médicos</p> <p>0 sem danos físicos ou danos leves (ex.: arranhões) 1 poucos danos físicos (discurso letárgico; quemaduras de 1º grau; sangramento leve; estriamentos/entorces) 2 dano físico moderado com necessidade de assistência médica (consciente, mas sóbrio; alguma responsividade; quemaduras de 2º grau; sangramento de vaso importante) 3 dano físico moderadamente severo; necessidade de hospitalização com possível tratamento intensivo (coma com reflexos intactos; quemaduras de 3º grau em até 20% do corpo; sangramento extenso com possibilidade de recuperação; fraturas graves) 4 danos físicos severos; hospitalização com necessidade de tratamento intensivo (coma sem reflexos; quemaduras de 3º grau em mais de 20% do corpo; sangramento extenso com 3 mais vitais instáveis; danos graves em áreas vitais)</p> <p>Potencial de Letalidade do Método</p> <p>0 pouco provável de produzir danos 1 possível de produzir danos, mas pouco provável de produzir morte 2 possível de produzir morte apesar de atendimento médico</p> <p>Acesso a Meios</p> <p>Possibilidade de Resgate</p> <p>0 fácil 1 moderadamente dificultado 2 muito dificultado</p> <p>Intencionalidade</p> <p>0 não queria morrer; percebe-se o desejo de viver 1 ambivalência em relação à morte 2 queria de fato morrer; difícil identificar o desejo de viver</p> <p>Impulsividade versus Planejamento</p> <p>0 tentativa altamente impulsiva 1 tentativa impulsiva; método vagamente considerado anteriormente 2 tentativa pouco planejada; método definido anteriormente 3 tentativa moderadamente planejada; definição de método e algumas ações preparatórias 4 tentativa altamente planejada; definição de método, ações preparatórias e resgate dificultado</p> <p>Eventos de Vida Precipitadores. Listar eventos identificados:</p> <p>0 eventos não identificados <input type="checkbox"/> alta de internação psiquiátrica 1 identificados, com impacto moderado <input type="checkbox"/> graves conflitos familiares 2 identificados, com impacto significativo <input type="checkbox"/> modificação da situação econômica/financeira <input type="checkbox"/> morte de pessoa(s) significantes <input type="checkbox"/> perda do emprego <input type="checkbox"/> recusa ou evasão de doenças <input type="checkbox"/> rejeição afetiva ou social <input type="checkbox"/> rompimento de relacionamento amoroso <input type="checkbox"/> outros: _____</p>

Ideação Suicida Atual		Indicadores de risco iminente de suicídio				
<p>0 Não refere ideação suicida</p> <p>1 Desejo de estar morto, sumir, dormir e não acordar mais (ideação passiva)</p> <p>2 Desejo suicida sem plano específico (consciências vagas sobre métodos)</p> <p>3 Desejo suicida sem um plano específico, com alguma intenção de atuar.</p> <p>4 Desejo suicida com plano específico e alguma intenção de atuar.</p> <p>5 Desejo suicida com um plano específico e intenção clara de atuar.</p> <p>6 Desejo suicida com ações preparatórias para implementar um plano específico</p> <p>7 Convoção de que vai tentar o suicídio em breve</p>		Leve	Moderada	Alta	Severa	Extrema
<p>Requência da Ideação.</p> <p>0 nenhum pensamento nos últimos dois meses</p> <p>1 mais de uma vez nos últimos dois meses</p> <p>2 alguns dias na semana (< 3 dias)</p> <p>3 quase todos os dias da semana (> 3 dias)</p> <p>4 todos os dias da semana (7 dias)</p> <p>Controle sobre a Ideação.</p> <p>0 consegue mudar o pensamento com facilidade</p> <p>1 consegue mudar o pensamento com pouco esforço</p> <p>2 consegue mudar o pensamento com muito esforço</p> <p>3 não tenta ou não consegue controlar o pensamento, mesmo que se esforce</p> <p>Contexto da Ideação</p> <p>0 precipitada por um grave estressor ocasional (desastres, acidentes graves)</p> <p>1 precipitada por estressores ocasionais (separações, brigas)</p> <p>2 precipitada por estressores constantes e crônicos</p> <p>Motivos para ideação (motivos/estressores/antecedentes). Descrever:</p>		1	2	3	4	5
<p>Fatores de proteção contra ideação (fatores que fazem cessar o desejo de morrer). Descrever:</p>		1	2	3	4	5
<p>Informações Psicológicas Relevantes</p>		<p>Outros indicadores clínicos</p> <p><input type="checkbox"/> aumento de consumo de substâncias</p> <p><input type="checkbox"/> deterioração do funcionamento social/ocupacional</p> <p><input type="checkbox"/> dificuldade de controle de impulsos</p> <p><input type="checkbox"/> evento de vida recente com impacto importante</p> <p><input type="checkbox"/> agitação</p> <p><input type="checkbox"/> misto de ansiedade e depressão</p> <p><input type="checkbox"/> se risco crônico, avaliar se há melhora</p> <p><input type="checkbox"/> resaca ou exacerbção de doenças</p> <p>Anotações:</p>				
<p>Outras Informações Clínicas Relevantes</p>		<p>Processos psicóticos perigosos</p> <p><input type="checkbox"/> vezes de comando (suicidas/homicidas)</p> <p><input type="checkbox"/> preocupação religiosas</p> <p><input type="checkbox"/> sentimentos de ser controlado por outro</p>				