



Centro Universitário de Brasília – CEUB
Programa de Mestrado em Psicologia

Avaliação do Risco de Suicídio em ambiente hospitalar

Marcelle Passarinho Maia

Brasília,
Julho de 2022



Centro Universitário de Brasília – CEUB

Programa de Mestrado em Psicologia

Avaliação do Risco de Suicídio em ambiente hospitalar

Marcelle Passarinho Maia

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado em Psicologia da Saúde do Centro Universitário de Brasília como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Linha de Pesquisa: Psicologia e Saúde.

Orientadora: Dra. Manuela Ramos Caldas Lins.

Brasília

Julho de 2022



Folha de Avaliação

Autora: Marcelle Passarinho Maia

Título: Avaliação do Risco de Suicídio em ambiente hospitalar

Banca Examinadora

Profa. Dra. Manuela Ramos Caldas Lins

Profa. Dra. Adriana Satiko Ferraz

Profa. Dra. Priscilla Magalhães Barros Felinto

Brasília

Julho de 2022

Resumo

Embora o suicídio seja um grave problema de saúde pública mundial, os dados sobre os comportamentos suicidas ainda são bastante incipientes, sobretudo, no âmbito hospitalar. Diante disto, realizou-se uma revisão da literatura nas bases de dados PubMed e Psycinfo, utilizando-se os descritores “*risk of suicide*”, “*general hospital*” e “*suicide scale*”, com tempo de publicação limitado aos últimos dez anos. Após os critérios de elegibilidade, 16 artigos foram selecionados e analisados. Foi possível verificar que poucas escalas de avaliação de risco de suicídio foram desenvolvidas e utilizadas no âmbito médico. Frente a escassez, desenvolveu-se um instrumento de triagem para avaliação do risco de suicídio e analisou-se o perfil dos pacientes internados em hospital geral. Após a elaboração e utilização do instrumento “Avaliação de Risco de Suicídio”, foi possível verificar, no período de janeiro de 2021 a janeiro de 2022, as principais características de 113 pacientes internados, os quais foram classificados para o risco de suicídio. Os resultados demonstraram que esse instrumento foi útil e importante tanto para a triagem quanto para a classificação dos riscos, pois foi possível estabelecer medidas preventivas, garantindo a segurança e prevenindo os comportamentos suicidas neste cenário. Contudo, faz-se necessário refinar o instrumento e submetê-lo a novas análises de modo que possa ser utilizado em outros hospitais.

Palavras-chave: suicídio; hospital geral; risco de suicídio.

Sumário

Introdução	06
Artigo 1: Medidas de risco de suicídio em hospital geral: revisão integrativa.....	13
Introdução.....	15
Método.....	19
Resultados.....	20
Discussão.....	25
Conclusão.....	27
Referências.....	28
Artigo 2: Perfil de pacientes com risco de suicídio internados em hospital geral	32
Introdução.....	32
Método.....	41
Resultados.....	42
Discussão.....	50
Conclusão.....	53
Referências.....	54
Considerações finais	59
Referências	61
Anexos.....	64

Introdução

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2019, cerca de 703.000 pessoas morreram por suicídio no mundo, apontando para a ocorrência de uma morte a cada 40 segundos (WHO, 2021). Devido à alta incidência, o suicídio é considerado como a quarta causa de morte entre jovens com idades entre 15 a 29 anos para ambos os sexos (WHO, 2021; Brasil, 2006; Brasil, 2021). Tais fatos corroboram para encarar o suicídio como um imperativo mundial e um grave problema de saúde pública.

Em números absolutos, o Brasil registrou 183.484 mortes no período entre 1996-2016, aumentando em 69,6% os casos de suicídio neste período (Marcolan & Silva, 2019). Os dados mais atuais do Ministério da Saúde indicam 112.230 óbitos entre 2010 e 2019, o que representa um aumento de 43% no número anual de mortes por suicídio (Ministério da Saúde, 2021). Tais dados fazem com que o Brasil ocupe a posição de oitavo país com mais suicídios no mundo.

Os dados referentes a idade com maiores taxas de suicídio no Brasil, indicam que as pessoas mais propensas são aquelas com mais de 65 anos. Destaca-se que o efeito da idade é uma tendência crescente a partir da faixa dos 45-54 anos, aumentando rapidamente até o estrato dos indivíduos com mais de 75 anos (Mello-Santos et al., 2005). No entanto, também se observa um aumento significativo nas taxas de mortalidade de adolescentes, que sofreram um incremento de 81% no período entre 2010 e 2019, passando de 606 óbitos para 1.022 óbitos, com uma taxa de 6,4 suicídios para cada 100 mil adolescentes (Brasil, 2021).

Em relação ao gênero e o suicídio no Brasil, os homens apresentaram um risco 3,8 vezes maior de morte por suicídio do que as mulheres. Entre os homens, a taxa de mortalidade em 2019 foi de 10,7 por 100 mil, enquanto entre mulheres esse valor foi de 2,9 (Brasil, 2021). Contudo, há uma relação inversa em relação às tentativas de suicídio, pois nesta esfera há um aumento significativo nas mulheres em comparação com os homens. Apesar dos dados supracitados, sabe-se que ainda há subnotificações e sub-registros dos dados sobre suicídio e

tentativas de suicídio em muitos serviços que prestam atendimento de urgência e emergência (Daudt et al., 2018), apesar de ser uma notificação compulsória, ou seja, obrigatória.

Considerando o contexto hospitalar, a literatura vigente destaca que as taxas de suicídio em pacientes internados variam substancialmente e dependem do tipo de hospital e dos métodos de cálculo. Muitos estudos estimam que o risco de suicídio em pacientes internados pode ser de 3 a 5 vezes maior do que na população em geral (Botega, 2015).

Em Taiwan, a literatura demonstrou que pacientes internados têm oito vezes mais risco de cometer suicídio e ainda que 48% dos suicídios, que ocorrem em ambientes hospitalares, se dão em hospitais gerais (Cheng et al., 2009; Tseng et al., 2011). Observa-se, portanto, que estes dados variam de forma significativa e, na verdade, ainda pouco se sabe sobre os perfis ou características dos pacientes internados que cometem ou tentam suicídio no âmbito hospitalar.

Apesar da incerteza em relação aos dados fidedignos sobre o comportamento suicida no contexto médico, essa é uma das questões mais importantes relacionadas à segurança hospitalar. Nos Estados Unidos, a Joint Commission (organização internacional de acreditação de unidades de saúde), que ajuda as organizações credenciadas a mitigar e prevenir danos aos pacientes internados, recebe notificação dos principais eventos sentinelas (eventos evitáveis), ocorridos no ambiente hospitalar. Anualmente o suicídio de pacientes internados aparece na lista dos principais eventos e, em 2021, ficou em quinto lugar, como evento sentinela mais comum relatado à Joint Commission, seguido de automutilação, que ocupou o sexto lugar (The Joint Commission, 2021).

Sabe-se que o suicídio de pacientes internados tem um impacto negativo não apenas no indivíduo que cometeu suicídio e na sua família, mas também em outros pacientes e na equipe médica (Seeman, 2015). Portanto, faz-se necessário a criação de protocolos, avaliações e intervenções adequadas como parte da rotina dos profissionais de saúde a fim de garantir um ambiente hospitalar mais favorável, seguro e, conseqüentemente, capaz de prevenir tanto o suicídio quanto os demais comportamentos suicidas.

Compreende-se como comportamentos suicidas uma série de fenômenos dos quais os mais relevantes são o suicídio propriamente dito (a morte) e a tentativa de suicídio (Bertolote et al., 2010). Conceitualmente, a tentativa de suicídio compreende qualquer comportamento suicida não letal relacionado a um ato intencional contra a própria vida (WHO, 2014). Acrescenta-se aos comportamentos supracitados a ideação, a intenção suicida (Gonçalves et al., 2015) e a automutilação, pois todos esses fatores apresentam uma íntima associação com o autoextermínio.

Bertolote et al. (2010) destaca que o risco de um comportamento suicida é fornecido a partir dos indicadores de natureza sociodemográfica e clínica. Mas também destaca a importância dos fatores genéticos que podem ser inferidos a partir da história familiar do indivíduo, principalmente história de suicídio na família. Os principais fatores de risco para o suicídio, segundo os referidos autores, incluem: tentativas prévias; doenças psiquiátricas associadas, principalmente depressão, transtorno afetivo bipolar, abuso ou dependência de álcool e outras drogas, ansiedade, esquizofrenia e os transtornos de personalidade. Em geral, admite-se que entre 90% e 98% das pessoas que se suicidam têm um transtorno mental na ocasião do ato (Botega, 2002; Botega, 2015; Bertolote et al., 2010).

Outros fatores também já são bem descritos, tais como os fatores psicológicos: baixa autoestima, desesperança e impulsividade. E os fatores psicossociais e econômicos, tais como: perdas, eventos estressantes, isolamento social, problemas financeiros, exposição a violências e ambiente de conflito (Botega, 2015; Bertolote et al., 2010).

Em relação as doenças crônicas, sabe-se que várias doenças físicas tornam os pacientes mais vulneráveis ao suicídio, principalmente o câncer, a doença coronariana (Webb et al., 2012), as disfunções do sistema nervoso central, doença pulmonar obstrutiva crônica, epilepsia e diabetes mellitus (Botega, 2015; Jones et al., 2003). Outros fatores, como dor e limitações físicas também estão relacionados a maiores riscos de suicídio no âmbito médico (Hooley et al., 2014; Tang & Crane, 2006).

Botega (2015) enfatiza ainda que, além dos fatores já descritos, três grupos de pacientes têm maior risco no âmbito hospitalar: os que se recuperam de uma tentativa de suicídio e que mantêm a intenção de pôr fim a própria vida, os que possuem uma doença crônica que agudizou ou os que receberam o diagnóstico de uma doença crônica e, por fim, os pacientes em *delirium* hiperativo e que apresentam agitação psicomotora e impulsividade.

No entanto, nenhum desses fatores de forma independente terá força suficiente para provocar um comportamento suicida. Na realidade, é a combinação entre eles que leva à crise que resulta nesse comportamento (Bertolote et al., 2010). Faz-se necessário destacar ainda que qualquer um dos fatores de risco, têm intensidade e duração diversas e exercem seu poder em diferentes fases da vida do sujeito. Tal fato é de suma importância e precisa ser levado em consideração quando se pensa no impacto sobre o indivíduo e, sobretudo, no momento de se classificar o risco de autoextermínio.

Destaca-se que os fatores de risco são circunstâncias, condições, acontecimentos de vida, doenças ou traços de personalidade que podem aumentar a probabilidade de alguém realizar uma tentativa de suicídio, ou mesmo, suicidar-se. Por isso, conforme bem destaca Bertolote et al. (2010), não é possível prever quem cometerá ou não suicídio, mas é possível avaliar o risco individual que cada um apresenta, baseado nos seus fatores de risco e de proteção, investigados seja através de uma entrevista clínica, seja mediante a administração de instrumentos validados, por profissionais da saúde mental, tais como os psicólogos.

O psicólogo hospitalar, portanto, tem um papel importante nesse processo, passando a ser o profissional de referência para o paciente e seus familiares durante a internação. Neste sentido, entende-se que ele deve considerar a complexidade e os múltiplos aspectos relacionados ao comportamento suicida. Seja qual for o fator desencadeador, ter em mente que está tratando um sujeito que vivencia um intenso sofrimento psíquico, marcado também pela ambivalência entre viver e morrer. Assim, deve acolher a dor do paciente; identificar os fatores de risco e protetivos; classificar o risco de suicídio durante a hospitalização a fim de criar um

plano de prevenção; dar suporte emocional a família; promover a psicoeducação com a equipe; entre outras atividades.

Como os suicídios em ambientes médicos têm características diferentes e são considerados um grave evento sentinela, é importante utilizar métodos específicos para avaliar o risco de suicídio neste cenário. Embora uma variedade de ferramentas de triagem de risco de suicídio tenha como alvo pacientes com transtornos psiquiátricos ou a identificação da ideação suicida, poucas ferramentas de triagem especializadas estão disponíveis para a utilização no ambiente médico.

Botega (2015) defende a necessidade de políticas de prevenção e ações diante do suicídio, mas para tanto é fundamental saber avaliar o risco de suicídio no contexto da saúde para permitir os parâmetros necessários para a tomada de decisão do profissional e, principalmente, para tornar efetiva a sua prevenção. Por isso, a partir da classificação do risco de suicídio realizada pelo psicólogo, algumas precauções são adotadas a fim de evitar os comportamentos suicidas.

Diante do exposto, surgiu a necessidade da criação de um protocolo clínico para a avaliação e manejo dos pacientes em risco de suicídio, durante a internação em um hospital geral. Para desenvolver o instrumento de triagem e a avaliação do risco de suicídio, examinou-se a literatura especializada e as escalas utilizadas principalmente nas emergências de hospitais gerais ou psiquiátricos.

Após análise dos conteúdos das principais escalas e do levantamento da literatura existente, a presente pesquisadora elaborou a “Avaliação de Risco de Suicídio” composta por três etapas, a qual faz parte do protocolo clínico de prevenção ao suicídio utilizado em um hospital geral na cidade de Brasília-DF. Destaca-se que para construir tal instrumento, foi necessário considerar o contexto médico e a necessidade em se utilizar um instrumento de fácil aplicação pela equipe de enfermagem para triagem de todos os pacientes internados.

Enfatiza-se que após a realização da primeira etapa de triagem, se o paciente apresentar os fatores de risco de baixa, média ou alta prioridade, o psicólogo é acionado para a realização da segunda e terceira etapas que visam classificar o risco de suicídio e, conseqüentemente, implantar barreiras preventivas para garantir a segurança do paciente durante toda a sua internação. Cabe destacar que, seja qual for o risco de suicídio identificado, o psicólogo vai acompanhar o paciente até a alta hospitalar.

As principais medidas preventivas adotadas pela equipe multidisciplinar são: remover objetos perigosos que estejam ao alcance do paciente, tais como: perfuro-cortantes, talheres, medicações e objetos que possam ser transformados em corda; manter o paciente em leito de fácil observação; manter vigilância constante, inclusive, durante as idas ao banheiro; solicitar a presença de um acompanhante durante a internação; e manter os pacientes classificados como alto risco em Unidades de Terapia Intensiva, pois há maior vigilância da equipe assistencial nesta unidade.

Diante do exposto e conforme dados da literatura, a avaliação sistemática do risco de suicídio no contexto médico deve fazer parte da prática clínica rotineira, para que os casos potencialmente fatais possam ser devidamente abordados e encaminhados para os serviços adequados de saúde mental (Bertolote, 2012; Botega, 2015; OMS, 2006).

Reverendo as diversas estratégias preventivas de suicídio e considerando o âmbito hospitalar, faz-se necessário, portanto, a identificação dos pacientes que apresentem os fatores de risco para o suicídio e, sobretudo, uma boa avaliação psicossocial, para diminuir o sofrimento psíquico dessa população.

A seguir, serão apresentados os 2 artigos. No primeiro, o objetivo foi realizar uma revisão da literatura sobre os principais instrumentos para avaliar o risco de suicídio nos pacientes internados em hospital geral. Para essa revisão os dados foram coletados nas bases de dados PubMed, Psycinfo, Pepsic e Scielo, no período entre 2011 a 2021 e considerando os descritores: “risk of suicide”; “general hospital”; “suicide scale” e suas combinações. Já o

segundo artigo visou traçar o perfil de pacientes, com risco de suicídio, internados em um hospital geral, no período de janeiro de 2021 a janeiro de 2022. Ademais, buscou-se verificar a classificação de risco de suicídio e o desfecho do caso. Os dados dos pacientes foram obtidos com a administração de um instrumento de triagem, o qual foi desenvolvido especificamente para avaliação de risco de suicídio. O objetivo desse instrumento é rastrear pacientes com fatores de risco para o suicídio, possibilitar melhor avaliação do sujeito a partir da análise do psicólogo e estabelecer barreiras preventivas para evitar o suicídio e manter o paciente seguro durante toda a sua internação.

Artigo 1: Revista Espaço para Saúde

MEDIDAS DE RISCO DE SUICÍDIO EM HOSPITAL GERAL: REVISÃO

INTEGRATIVA

SUICIDE RISK MEASURES IN A GENERAL HOSPITAL: INTEGRATIVE REVIEW

MEDIDAS DE RIESGO DE SUICIDIO EN UN HOSPITAL GENERAL: REVISIÓN

INTEGRATIVA

RESUMO

Os índices de suicídio cresceram significativamente, tornando-se um grave problema de saúde pública. O risco de suicídio em pacientes hospitalizados é maior do que na população geral e, portanto, faz-se necessário, uma ferramenta capaz de identificá-lo. Assim, objetivou-se realizar uma revisão da literatura sobre os instrumentos utilizados para avaliar o risco de suicídio em pacientes internados em hospital geral. Os dados foram coletados nas bases de dados PubMed, Psycinfo, Pepsic e Scielo utilizando-se os descritores: “risk of suicide”; “general hospital”; “suicide scale”, com tempo de publicação limitado aos últimos dez anos. Um total de 581 estudos foram encontrados. Após critérios de elegibilidade, 16 artigos foram selecionados e analisados. Os resultados apontaram que os estudos utilizaram como principais instrumentos a entrevista, em conjunto com outras escalas. Concluiu-se que é fundamental utilizar instrumentos específicos para avaliar os principais fatores e classificar o risco de suicídio no contexto hospitalar.

Palavras-chave: Suicídio. Hospitais Gerais. Saúde Mental.

ABSTRACT

Suicide rates grow significantly, becoming a serious public health problem. The risk of suicide in hospitalized patients is higher than in the general population and, therefore, a tool capable of

identifying it is necessary. This research aimed to review the literature on the instruments used to assess the risk of suicide in patients admitted to a general hospital. Data were collected from PubMed, Psycinfo, Pepsic and Scielo databases using the descriptors: “risk of suicide”; “hospital general”; “suicide scale”, with publication time limited to the last ten years. A total of 581 studies were found. After eligibility criteria, 16 articles were selected and analyzed. The studies used as main instruments the interview together with other scales. We conclude that it is essential to use specific instruments to assess the main factors and classify the risk of suicide in the hospital context.

Keywords: Suicide. Hospitals, General. Mental Health.

RESUMEN

Las tasas de suicidio han crecido significativamente, convirtiéndose en un grave problema de salud pública. El riesgo de suicidio en pacientes hospitalizados es mayor que en la población general y, por tanto, es necesaria una herramienta capaz de identificarlo. Así, el objetivo fue revisar la literatura sobre los instrumentos utilizados para evaluarla en pacientes ingresados en un hospital general. Los datos fueron recolectados de las bases de datos PubMed, Psycinfo, Pepsic y Scielo utilizando los descriptores: “riesgo de suicidio”; “hospital general”; “escala de suicidio”, con tiempo de publicación limitado a los últimos diez años. Se encontraron un total de 581 estudios. Después de los criterios de elegibilidad, 16 artículos fueron seleccionados y analizados. Los estudios utilizaron la entrevista como principal instrumento, junto con otras escalas. Se concluyó que es fundamental utilizar instrumentos específicos para evaluar los principales factores y clasificar el riesgo de suicidio en el contexto hospitalario.

Palabras clave: Suicidio. Hospitales Generales. Salud Mental.

INTRODUÇÃO

O suicídio (ou autoextermínio), de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), está relacionado a um ato deliberado de acabar com a própria vida¹. Quando o indivíduo não consegue êxito em tal ação esse ato é classificado como tentativa de suicídio. Tanto a tentativa como o ato em si são motivados por ideações suicidas, ou seja, pensamentos passageiros de que a vida não vale a pena ser vivida ou preocupações intensas sobre por que viver ou morrer² e que levam o indivíduo a pensar e planejar sua própria morte.

Estima-se que, anualmente, ocorrem 800 mil mortes no Brasil em função do suicídio³. Dados demonstram que houve um aumento das taxas de suicídio em 33,6% entre os anos de 2000 e 2012 no país, sendo maior que os acidentes de trânsito (24,5%) e superando amplamente os homicídios (2,1%)⁴. Apesar desse crescimento, supõe-se que os números de suicídios podem ser ainda maiores, pois existem subnotificações dos casos de tentativa de autoextermínio e de suicídio completo. Desta forma, não se conhece os números reais sobre suicídio no Brasil.

Sabe-se que o suicídio é um grave problema de saúde pública, atinge todas as faixas etárias e é ocasionado por aspectos psicológicos, sociais, econômicos, biológicos e culturais⁵. Diante de tantas variáveis, os transtornos mentais destacam-se como importantes fatores de risco para o suicídio, sobretudo, o transtorno depressivo maior, uma vez que estes vulnerabilizam os indivíduos e favorecem a concretização do ato^{6,7}.

Os indivíduos com doenças médicas apresentam maiores taxas de ideação e têm um risco elevado de suicídio, portanto, a incidência de suicídios em hospital geral é alta². Estima-se que seja de 3 a 5 vezes maior do que na população em geral. Alguns estudos em Taiwan mostram que pacientes internados têm oito vezes mais risco de cometer suicídio do que a população geral, e 48% dos suicídios que ocorrem em ambientes hospitalares são em hospitais gerais, o que corresponde de 1% a 5% do total de eventos na população^{8,9}.

Dentre as condições físicas, diagnósticos como câncer, diabetes, HIV/AIDS, doenças terminais e doenças pulmonares têm sido associados ao aumento das taxas de pensamentos,

comportamentos e mortes por suicídio. De modo geral, três grupos principais de pacientes têm maior risco de suicídio no ambiente hospitalar, são eles: os pacientes internados após uma tentativa de autoextermínio e que mantêm a intenção de pôr fim a própria vida; os que possuem uma doença crônica que agudizou ou que estão impactados com o diagnóstico de uma doença crônica; e os pacientes em delirium hiperativo que apresentam agitação psicomotora e impulsividade².

No entanto, é importante ressaltar que uma doença clínica por si só não é potencialmente suicida. A exemplo do que se observa na população geral, a maioria dos suicídios dá-se em pessoas que, além de sofrerem de uma doença clínica, encontram-se sob influência de transtornos psiquiátricos, principalmente a depressão, em consonância com aspectos sociodemográficos e psicológicos de risco.

Por fim, as doenças clínicas incapacitantes se destacam por potencializar os estressores físicos e efeitos psicossociais, como dor de difícil controle, interações e estados de abstinência de medicamentos, sintomas psiquiátricos desencadeados pelos tratamentos, mau prognóstico, suporte social ruim e comprometimentos físicos e cognitivos. Tais condições podem provocar sentimentos de desespero, inutilidade e angústia levando a pensamentos e comportamentos suicidas^{2,10}.

Ademais, é importante destacar que existem fatores inerentes ao ambiente hospitalar, que aumentam o risco de suicídio, tais como: acesso a perfuro cortantes e a medicações, ausência de redes de proteção nas janelas, andares elevados e banheiros com trancas^{11,2}. Outros fatores de risco no hospital estão relacionados a aspectos dos profissionais de saúde, tais como: falta de treinamento da equipe, problemas na comunicação, concepções errôneas sobre transtornos mentais, avaliação e cuidados inadequados e falta de informações e recursos sobre prevenção do suicídio¹². Além destes, pode-se citar as barreiras ou dificuldades pessoais e emocionais frente a esta temática. Por tudo isso, a ocorrência do suicídio é considerada como um dos principais eventos sentinela em hospitais. Lembrando que evento sentinela se refere a

quaisquer doenças preveníveis, incapacidades ou mortes inesperadas, que colocam em risco a segurança do paciente^{13,14}. Desta forma, é importante investigar tais ocorrências e propor medidas de prevenção ou questionar a qualidade em saúde.

A literatura evidencia que indivíduos que se mataram visitaram seus médicos meses antes da morte, portanto, é lógico direcionar os profissionais de saúde para intervir e observar os sinais de alerta e fatores de risco para então reduzir as taxas de suicídio. A OMS estipulou que é possível evitar o suicídio, desde que, entre outras ações, os profissionais de saúde, de qualquer nível de atenção, estejam aptos a reconhecer os fatores de risco, a fim de determinar medidas para reduzi-los¹².

Diante disso, em 2010, a Joint Commission International (JCI)¹³, organização de acreditação de unidades de saúde nos Estados Unidos, emitiu um alerta de evento sentinela, destacando a necessidade de detectar o risco de suicídio em pacientes com problemas de saúde internados em ambientes hospitalares. No documento publicado em 2018, a JCI destaca que no período de 2010 a 2016, 505 eventos de suicídio hospitalar foram relatados, com número médio de 24,9 suicídios por ano¹⁴. Embora a JCI tenha feito recomendações para rastrear pacientes com risco de suicídio, a implementação de estratégias de prevenção e a forma de identificação ficou a critério dos hospitais.

Como muitas pessoas que tentam o autoextermínio requerem atenção médica, é fundamental uma abordagem para identificar o risco de suicídio. A avaliação de risco visa: a) identificar a existência de ideação/planejamento suicida atual; b) caracterizar a gravidade de tentativas anteriores e da ideação suicida atual; c) identificar fatores de risco e fatores protetores; d) caracterizar o suporte social; e) identificar a existência de diagnóstico psiquiátrico de base; f) instituir terapêutica inicial para as condições de base; e g) garantir a inserção do paciente em serviços de saúde mental¹⁵.

Em se tratando da identificação do risco de suicídio, muitos pesquisadores destacam a sua característica dinâmica como uma dificuldade em precisá-lo, pois por mais cuidadosa que

seja uma identificação, não é possível prever, com grau absoluto de certeza, quem irá ou não tirar a própria vida. É de suma importância destacar outro complicador, pois, muitos pacientes minimizam o risco e negam a sua intenção e seus planos suicidas¹⁶. Negar a intenção ou tentativas anteriores pode ser um esforço para evitar a hospitalização involuntária, a internação em clínicas especializadas ou mesmo o desejo de morrer sem interferências.

Por isso, a formulação do risco de suicídio versa sobre um conjunto de informações relevantes a respeito da história clínica que permite emitir um parecer final e então priorizar ações, plano terapêutico, estabelecer estratégias de manejo imediato, tratamento a curto e médio prazos e implantação de medidas de prevenção para manter o paciente seguro durante a internação hospitalar².

Ainda acerca do processo de detecção do risco de suicídio, uma forma de avaliação é através da entrevista clínica¹⁷, a qual possibilita a identificação de potenciais suicidas por meio de questões que tratam a ideação, a intenção e/ou as tentativas anteriores de suicídio, entre outras. Também podem ser utilizados instrumentos estruturados que facilitem a identificação e permitam a implementação de medidas destinadas a reduzir o risco de comportamento autolesivo durante a hospitalização. Diante disso, questionou-se quais seriam as escalas que poderiam auxiliar os profissionais na identificação de possíveis pacientes suicidas e como elas têm sido utilizadas no meio hospitalar.

Embora o suicídio seja uma grande preocupação de saúde pública, a literatura na área médica ainda é limitada e os dados sobre autoextermínio em hospitais não estão amplamente disponíveis. O aumento no número de casos de suicídio e comportamentos suicidas no campo hospitalar demandam a participação não só da psicologia, mas de todos os profissionais de saúde envolvidos no cuidado ao paciente internado, os quais precisam de boas ferramentas para sua identificação. A partir dessa perspectiva, o presente estudo teve como objetivo realizar uma revisão da literatura sobre os instrumentos utilizados para a avaliação do risco de suicídio em pacientes internados em hospital geral.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão da literatura que buscou captar, reconhecer e sintetizar a produção do conhecimento. A coleta de dados foi realizada no mês de julho de 2021, através do levantamento das publicações na área de saúde consultando os artigos das bases de dados PubMed, Psycinfo, Pepsic e Scielo. A pesquisa seguiu às seguintes etapas metodológicas: seleção e obtenção de artigos (critérios de inclusão e exclusão); avaliação dos estudos pré-selecionados; discussão dos resultados e conclusão¹⁸.

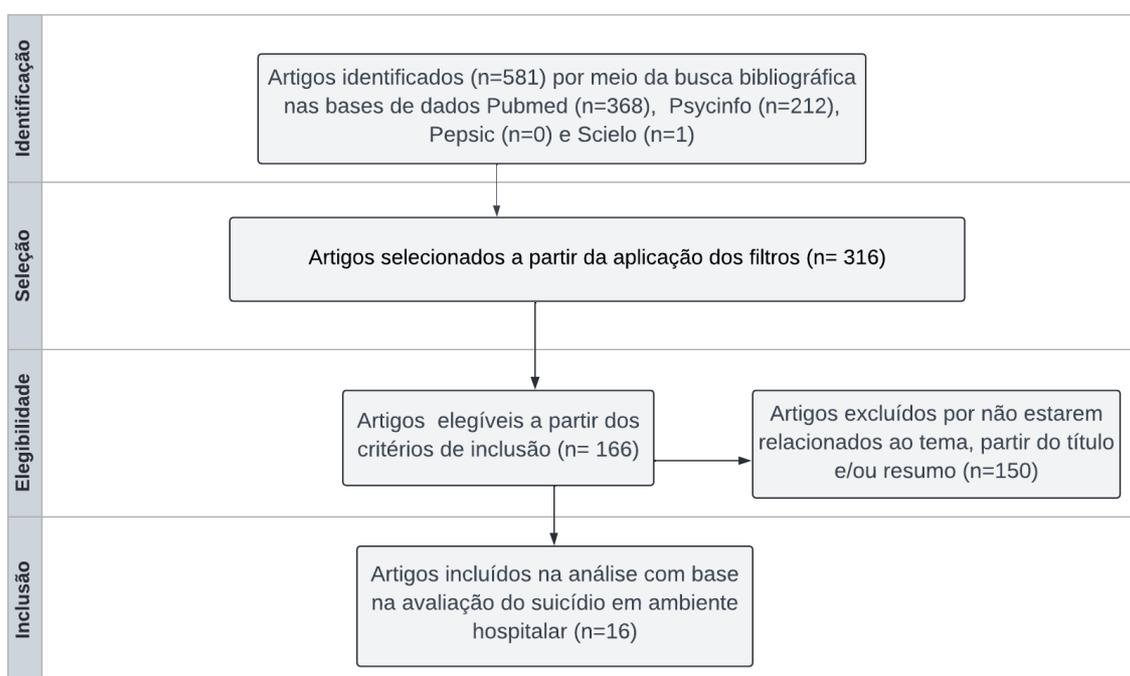
A busca foi realizada utilizando-se os descritores “*risk of suicide*”; “*general hospital*”; “*suicide scale*” e suas respectivas combinações. Os critérios para a inclusão de artigos foram: produções realizadas em língua inglesa, portuguesa ou espanhola; publicações realizadas nos últimos 10 anos (2011 – 2021); com texto completo; e que abordassem a relação de medidas de avaliação de risco de suicídio e internação em hospital geral. Excluíram-se os artigos que: (a) versavam exclusivamente sobre acompanhamento ambulatorial; (b) tratavam de pacientes portadores de doenças crônicas que não estavam internados; (c) avaliavam o suicídio em crianças e adolescentes; (d) foram publicados em anais de eventos, dissertações, teses e cartas ao editor.

Na etapa da análise das publicações, percorreu-se os seguintes passos: (a) leitura de cada artigo buscando uma compreensão global; (b) identificação das ideias relacionadas a avaliação de risco para o suicídio em pacientes internados em hospital geral; e (c) identificação das escalas e medidas utilizadas para a avaliação de risco de suicídio. O procedimento de codificação dos artigos consistiu em: título; autores; local do estudo; país de origem; ano de publicação; base de dados; método; delineamento do estudo; amostra e instrumentos.

RESULTADOS

Nesta busca foram identificados inicialmente 581 artigos nas bases PubMed, Psycinfo e Scielo. Na Pepsic nenhuma referência foi encontrada. Após a aplicação dos filtros restaram 316 artigos. Destes, 150 foram excluídos por não ter como tema central a avaliação do risco de suicídio no âmbito hospitalar ou por estarem repetidos. Para a análise final foram identificados 16 estudos (Figura 1).

Figura 1. Fluxograma de identificação e seleção das publicações



Posteriormente, os artigos foram lidos na íntegra e extraídas informações para a caracterização da produção (Tabela 1).

Tabela 1. Artigos selecionados para análise

Título do artigo	Autores	Local do Estudo	País	Ano	Base de Dados	Método	Delineamento do estudo
Validation of the Chinese SAD PERSONS Scale to predict repeated self-harm in emergency attendees in Taiwan	Wu CY, Huang HC, Wu SI, Sun FJ, Huang CR, Liu SI	Dep. de Emergência de Hospital Geral	China	2014	PubMed	Quantitativo	Transversal

Psychometric properties of the Italian version of the Nurses' Global Assessment of Suicide Risk (NGASR) scale	Ferrara P, Terzoni S, D'Agostino A, Cutcliffe JR, Falen YP, Corigliano SE, Bonetti L, Gambini ADO	Unidade psiquiátrica de hospital geral	Itália	2019	PubMed	Quantitativo	Transversal
Suicide and Self-Harm Related Internet Use	Padmanathan P, Biddle L, Carroll R, Derges J, Potokar, J, Gunnell D	Dep. de Emergência de Hospital Geral	Inglaterra	2018	Psychinfo	Quantitativo	Transversal
A longitudinal investigation of the Concise Health Risk Tracking Self-Report (CHRT-SR) in suicidal patients during and after hospitalization	Villegas AC, DuBois CM, Celano CM, Beale EE, Mastromauro CA, Stewart JG, Auerbach RP, Huffman JC, Hoepfner BB.	Enfermarias psiquiátricas de hospital geral após TAE ou ideação.	EUA	2018	PubMed	Quantitativo	Longitudinal
Improving Suicide Risk Screening and Detection in the Emergency Department	Boudreaux ED, Camargo CA Jr, Arias SA, Sullivan AF, Allen MH, Goldstein AB, Manton AP, Espinola JA, Miller IW.	Dep. de Emergência de Hospital Geral	EUA	2016	PubMed	Quantitativo	Longitudinal
Suicidal ideation among Chinese cancer inpatients of general hospitals: prevalence and correlates	Zhong BL, Li SH, Lv SY, Tian SL, Liu ZD, Li XB, Zhuang HQ, Tao R, Zhang W, Zhuo CJ.	Hospital Geral	China	2017	PubMed	Quantitativo	Transversal
Suicidal risk, depression, and religiosity: a study of women in a general hospital in Santiago de Chile	Florenzano R, Rodríguez J, Sieverson C, Cataldo E, Pastorino S, Fernández L.	Unidade Psiquiátrica de hospital geral + Ambulatório Psiquiátrico	Chile	2014	PubMed	Quantitativo	Transversal
Evaluating chronic suicide risk with the Personality Assessment Inventory: Development and initial validation of the Chronic Suicide Risk Index (S_Chron)	Sinclair SJ, Roche MJ, Temes C, Massey C, Chung WJ, Stein M, Richardson L, Blais M.	Unidade psiquiátrica de hospital geral + Ambulatório Psiquiátrico	EUA	2016	PubMed	Quantitativo	Transversal
Comparing characteristics of suicide attempters with suicidal ideation and those without suicidal ideation treated in the emergency departments of general hospitals	Wei S, Li H, Hou J, Chen W, Tan S, Chen X, Qin X.	Dep. de Emergência de Hospital Geral	China	2018	PubMed	Quantitativo	Transversal
Suicidal Intent and Method of Self-Harm: A Large-scale Study of Self-	Haw C, Casey D, Holmes J, Hawton K	Hospital Geral	Inglaterra	2015	PubMed	Quantitativo	Transversal

Harm Patients Presenting to a General Hospital							
The emergency physician's assessment of suicide risk in intentional self-poisoning using the modified SAD PERSONS scale versus standard psychiatric evaluation in a general hospital in South India: a cross-sectional study	Chandramouleeswaran S, Edwin NC, Victor PJ, Tharyan P	Dep. de Emergência de Hospital Geral	Índia	2015	PubMed	Quantitativo	Transversal
Predictors of suicide in the patient population admitted to a locked-door psychiatric acute ward	Fosse R, Ryberg W, Carlsson MK, Hammer J	Unidade psiquiátrica de hospital geral	Noruega	2017	PubMed	Quantitativo	Longitudinal
Comparison of impulsive and nonimpulsive suicide attempt patients treated in the emergency departments of four general hospitals in Shenyang, China	Wei S, Liu L, Bi B, Li H, Hou J, Chen W, Tan S, Chen X, Jia X, Dong G, Qin X, Liu Y	Dep. de Emergência de Hospital Geral	China	2013	PubMed	Quantitativo	Transversal
Evaluating the suicide risk-screening scale used by general nurses on patients with chronic obstructive pulmonary disease and lung cancer: a questionnaire survey	Taur FM, Chai S, Chen MB, Hou JL, Lin S e Tsai SL.	Hospital Geral	China	2012	PubMed	Quantitativo	Transversal
The sad truth about the SADPERSONS Scale: an evaluation of its clinical utility in self-harm patients	Saunders K, Fiona M, Lascelles K, Hawton K	Dep. de Emergência de Hospital Geral	Inglaterra	2014	PubMed	Quantitativo	Transversal
Suicidality related to first-time admissions to psychiatric hospital	Øiesvold T, Bakkejord T, Hansen V, Nivison M, Sørgaard K.	Hospital Psiquiátrico	Noruega	2011	PubMed	Quantitativo	Longitudinal

A primeira análise foi realizada em relação à quantidade de artigos selecionados com a temática de avaliação/escala de suicídio em hospital geral publicados na década entre 2011 e 2021. Como pode ser visualizado na Tabela 1, os anos com maiores publicações foram em 2014 e 2018 com 3 artigos em cada, seguidos de 2015, 2016 e 2017, todos com 2 artigos publicados. Observa-se que apesar da constância de publicações, nos anos de 2020 e 2021 não foram encontrados nenhum artigo. No que se refere aos países que mais publicaram artigos, identifica-se que a China apresentou o maior número de publicações.

Identificou-se que 15 pesquisas aconteceram em hospital geral. Destas 7 ocorreram nos departamentos de emergência; 5 em unidades psiquiátricas do hospital geral e 3 artigos não especificaram a unidade de internação. Apenas 1 pesquisa ocorreu em Hospital Psiquiátrico e foi incluída nesta revisão devido ao índice significativo de ideação suicida (52,2%) no momento

da admissão hospitalar e a importância da avaliação de risco e prevenção do suicídio em hospitais psiquiátricos. Em relação ao delineamento, do total de artigos pesquisados, apenas 4 apresentaram a modalidade longitudinal.

Para a classificação da amostra, foram utilizados os seguintes parâmetros: uma amostra foi considerada pequena quando composta por até 150 pessoas; suficiente quando possuía uma quantidade amostral entre 150 e 300 indivíduos; moderada quando seu número de indivíduos variava de 300 a 600; grande quando possuía entre 600 e 1000 indivíduos; e, por fim, muito grande quando constituída por mais de 1000 indivíduos²⁰. Diante disso, dos 16 artigos analisados, 5 artigos possuíam amostras pequenas, 4 amostras suficientes, 2 amostras moderadas, 1 amostra grande e 4 artigos coletaram dados em amostras consideradas muito grandes.

Em relação aos instrumentos utilizados para a avaliação e risco de suicídio, a partir da análise dos artigos, percebeu-se que todas as pesquisas combinavam entrevista e/ou escala com outros instrumentos psicológicos como Inventário de Depressão de Beck, Escala de Desesperança de Beck, Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton (HAM-D), a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS), o Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), o Inventário de Avaliação da Personalidade, entre outros.

Identificou-se que 12 estudos utilizaram escalas para avaliar o risco de suicídio. Destes, 11 tinham como objetivo avaliar a ideação suicida em conjunto com outros aspectos como intenção suicida, sintomas de depressão, sintomas de ansiedade, entre outros. Apenas 1 estudo visou avaliar o risco de suicídio mediante análise essencialmente da intenção suicida.

Tabela 2. *Instrumentos para avaliação de risco de suicídio*

Instrumento	Quantidade
Entrevista semiestruturada	14
Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)	1
Patient Safety Screener (PSS-3)	1
Sad Persons Scale	3
Escala de Intenção Suicida (SSI)	4
Escala Beck de Ideação Suicida	6

The Nurses Global Assessment of Suicide Risk (NGASR)	1
Outros instrumentos psicológicos	7

Conforme pode ser visualizado (Tabela 2), cinco diferentes escalas foram utilizadas para a avaliação dos descritores de suicídio. Três estudos utilizaram a escala Sad Persons, modificada para a realidade chinesa e italiana, que também é usada para determinar as necessidades de tratamento psiquiátrico nas pessoas que apresentam ideação suicida. Sete estudos utilizaram instrumentos voltados exclusivamente para ideação/intenção suicida, como a Escala Beck de Ideação Suicida e a Escala de Intenção Suicida (SSI) e um estudo utilizou a Patient Safety Screener - 3 (PSS-3).

Observa-se que a maioria das pesquisas utilizaram entrevistas com perguntas abertas envolvendo os fatores de risco e perguntas específicas, como, por exemplo, “No mês passado, você pensou em acabar com sua vida?” ou ainda “Você teve pensamentos de que seria melhor estar morto ou de se machucar de alguma forma por pelo menos vários dias nas duas últimas semanas?”. Um estudo utilizou entrevista baseada no ED-Safe, que consiste em detectar pacientes com risco de suicídio nos departamentos de emergência. No referido estudo a entrevista foi construída com base em cinco perguntas sobre ideação suicida e objetivou fazer uma triagem e fornecer suporte à decisão dos médicos dos departamentos de emergência para a posterior avaliação de um profissional de saúde mental.

Em relação aos profissionais que aplicaram os instrumentos de avaliação de risco de suicídio, observou-se que 2 estudos especificaram que a avaliação era realizada pelo enfermeiro; 2 outros declararam que o médico era o profissional responsável pela avaliação; 1 estudo pontuou que a avaliação ora era realizada pelo médico ora pelo enfermeiro; e em 1 estudo a avaliação foi realizada por psicólogo. Os demais não especificaram quem era o profissional da equipe hospitalar responsável pela administração dos instrumentos.

DISCUSSÃO

A temática suicídio é tratada pela literatura especializada como uma questão problemática de saúde pública, visto que, com base em estatísticas mundiais, há a ocorrência de um suicídio a cada 40 segundos^{1,6,20,21,22,23}. A tentativa de suicídio é entendida como um pedido de ajuda, a qual pode ter um resultado positivo ao provocar um movimento de apoio e de reestruturação ou pode ter resultados negativos ao se provocar agressões vindas de pessoas próximas do indivíduo ou de uma equipe de saúde despreparada para atender as tentativas de suicídio que chegam aos serviços médicos¹⁷.

Estudos demonstram que a taxa de suicídio em pacientes que passaram por internações hospitalares é de três a cinco vezes maior quando comparado às taxas de suicídio da população em geral. Portanto, é alto o índice de pacientes com ideação suicida internados em emergências clínicas, hospitais gerais e psiquiátricos¹⁷, daí faz-se necessário a realização de uma avaliação detalhada sobre as ideias de suicídio e seus fatores de risco, para todos os pacientes internados. Contudo, no que tange a mensuração e avaliação de risco de suicídio, essa também é uma temática complexa²⁴.

A respeito dos instrumentos de avaliação utilizados para investigação do risco de suicídio em hospital geral, a entrevista apresentou maior frequência nos artigos. No entanto, as entrevistas estavam mais relacionadas a ideação, depressão e automutilação, e não a classificação do risco de suicídio durante a internação. Observa-se ainda que as poucas escalas de avaliação de risco de suicídio desenvolvidas, avaliam principalmente os riscos indiretos, tais como ideação suicida, automutilação, depressão e outros fatores. Poucas escalas, portanto, visam identificar ou classificar o risco de suicídio em si.

Cabe destacar que tanto a Escala Beck de Ideação Suicida quanto a Escala de Intenção Suicida foram desenvolvidas para medir a gravidade da ideação suicida de uma pessoa, seus planos e desejos de cometer suicídio. Tais escalas foram utilizadas em 6 estudos de forma combinada com outros instrumentos e entrevistas. Somente 1 estudo utilizou a Escala de

Intenção Suicida em conjunto com uma avaliação psicossocial detalhada e concluiu que o instrumento necessitava de melhor avaliação, pois o escore da intenção suicida e o método de automutilação nem sempre pode ser antecipado clinicamente²⁴.

A Sad Persons modificada foi utilizada em 3 estudos^{26,27,28} e, em dois deles, evidenciou-se propriedades psicométricas aceitáveis para a previsão de danos pessoais. Contudo, a escala não deve ser utilizada para rastrear pacientes com automutilação que se apresentam em hospitais gerais, pois há baixa precisão diagnóstica²⁸. A escala NGASR foi considerada válida e confiável e, capaz de apoiar os enfermeiros na avaliação complexa da intencionalidade suicida²⁹. Contudo, para o enfermeiro utilizar a NGASR, é necessário experiência, prática, bom treinamento e conhecimento dos aspectos emocionais e psiquiátricos.

Chama a atenção que todos os estudos analisados utilizam alguma escala para ideação ou risco de suicídio, combinada com outros instrumentos, sejam entrevistas abertas com perguntas relacionadas a tentativa de autoextermínio ou automutilação e escalas para avaliar sintomas depressivos e até mesmo qualidade de vida. Esse exame cuidadoso das condições pessoais, interpessoais e sociais de cada indivíduo, pode subsidiar o tratamento clínico e possibilitar, então, um olhar preventivo.

Diante do exposto, percebe-se que a maioria dos instrumentos de avaliação de risco de suicídio foi apoiada por poucos estudos para permitir a avaliação da precisão, sendo que, na maioria dos estudos, o foco estava em classificar a ideação suicida. Entre os que puderam ser avaliados, nenhum atendeu aos requisitos de precisão diagnóstica de forma plena. Diante da importância e relevância do suicídio em hospital geral, faz-se necessário uma triagem adequada para alertar sobre pacientes com risco de suicídio e, assim, implementar medidas de segurança e proteção durante a hospitalização.

Pode-se verificar que houve poucas publicações ao longo dos anos, o que remete a uma necessidade de maior número de artigos publicados por ano. O país com maior número de

publicações foi a China, corroborando com os dados da literatura, pois, de acordo com relatório da OMS, a China é o segundo país do mundo com mais mortes por suicídio¹⁴.

Outro ponto significativo foi a ocorrência de pouca clareza sobre avaliação do risco por profissionais de saúde, tais como enfermeiros, médicos e psicólogos. Dos artigos avaliados, 10 não deixam claro sobre os profissionais que aplicaram os instrumentos ou realizaram as entrevistas. Tal aspecto é de suma importância, pois a literatura enfatiza sobre as dificuldades dos profissionais de saúde em abordar e avaliar os sofrimentos mentais e os riscos autoextermínio. Seja pela intensa carga horária, seja pelo estigma desta temática ou mesmo a necessidade de treinamento adequado dos profissionais para a aplicação dos instrumentos e escalas. Como visto, prever o comportamento suicida em contextos hospitalares e estabelecer intervenções apropriadas através de avaliação, manejo e planejamento terapêutico tornou-se uma questão emergente para os profissionais de saúde.

CONCLUSÕES

Essa revisão da literatura mostrou-se fundamental para entender quais os instrumentos que vem sendo comumente utilizados para avaliação do risco de suicídio em pacientes internados no hospital geral. Percebe-se que, devido à diversidade de fatores e de problemas associados ao autoextermínio, “não existe uma única “receita” para todas as pessoas que apresentam risco de suicídio”¹⁷, assim como, não existe um instrumento válido com alta sensibilidade e especificidade. O principal instrumento utilizado foi a entrevista semiestruturada, combinada com escalas de avaliação de risco ou ideação suicida, e ainda a utilização de outros testes ou escalas psicológicas que visam compreender o fenômeno do suicídio de uma forma mais ampla e a partir daí estabelecer medidas de intervenção para evitar tentativas futuras.

Sabe-se que a característica multifatorial e o alto índice de suicídio em contexto hospitalar, impõe a necessidade de analisar cada fator de risco e proteção com prudência,

avaliando rotineira e sistematicamente o risco de suicídio, para que os casos de alto risco e potencialmente fatais possam ser devidamente abordados e encaminhados para os serviços de saúde mental. Nem todos os casos de suicídio poderão ser prevenidos, mas, a habilidade em lidar com suicídio e sofrimento psíquico faz a diferença, pois muitas vidas poderão ser salvas se forem adequadamente identificadas, avaliadas e tratadas pelos profissionais da saúde. Dadas as evidências limitadas no que se refere tanto a avaliação de risco de suicídio quanto a sua classificação, e, portanto, a previsão do risco de autoextermínio, são necessárias mais pesquisas para investigar a melhor ferramenta ou forma de triagem para ser utilizada em hospitais gerais.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. Distribution 1950-2000 of global suicide rates (per 100 000). [Internet]. 2000 [citado em 03 maio 2022]. Disponível em: <http://www.who.int>
2. Botega NJ. Crise Suicida: avaliação e manejo. Porto Alegre, Artmed; 2015.
3. Brasil. Suicídio. Saber, agir e prevenir. [Internet]. 2017 [citado em 01 maio 2022]. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/suicidio_saber_agir_prevenir.pdf
4. Brasil. Mapa da Violência: os jovens do Brasil. [Internet]. 2014 [citado em 01 maio 2022]. Disponível em https://flacso.org.br/files/2020/03/Mapa2014_JovensBrasil.pdf
5. Kølves K, De Leo, D. Suicide methods in children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*. [Internet]. 2017 [citado em 11 dezembro 2021]; 26(2): 155-164. doi:10.1007/s00787-016-0865-y
6. Botega NJ, Werlang BSG, Cais CFS, Macedo MMK. Prevenção do comportamento suicida. *PSICO*. 2006; 37(3): 213–220.
7. Botega NJ. Comportamento suicida: epidemiologia. *Psicologia USP*. 2014; 25(3): 231-236. doi.org/10.1590/0103-6564D20140004

8. Cheng IC, Hu FC, Tseng MCM. Inpatient suicide in a general hospital. *General Hospital Psychiatry*. [Internet].2009 [citado em 11 dezembro 2021]; 31: 110-115. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2008.12.008
9. Tseng MCM, Cheng IC, Hu FC. Standardized Mortality Ratio of Inpatient Suicide in a General Hospital. *Journal of the Formosan Medical Association*. [Internet].2011 [citado em 13 dezembro 2021]; 110(4): 267–269. doi.org/10.1016/S0929-6646(11)60040-5
10. Bostwick JM, Rackley SJ. Completed suicide in medical/surgical patients: who is at risk? *Current Psychiatry Reports*. [Internet].2007[citado em 13 dezembro 2021]; 9(3): 242-246. doi 10.1007/s11920-007-0026-6
11. Botega NJ, Rapeli CB, Cais CFS. Comportamento suicida. In: N. J. Botega (org.). *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*. Porto Alegre: Artmed, 2012.
12. Organização Mundial da Saúde. Preventing Suicide: A global imperative. [Internet]. 2014 [citado em 30 março 2022]. Disponível em <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241564779>
13. The Joint Commission. Sentinel Event Alert 56: Detecting and treating suicide ideation in all settings. [Internet]. 2016 [citado em 29 abril 2022]. Disponível em https://www.jointcommission.org/assets/1/18/SEA_56_Suicide.pdf
14. Joint Commission International. Incidence and Method of Suicide in Hospitals in the United States. [Internet]. 2018 [citado em 29 abril 2022]. Disponível em https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/resources/patient-safety-topics/suicide-prevention/nvdrs_williams_2018.pdf
15. Del-Bem CM, Sponholz-Junior A, Mantovani C, Faleiros MCM, Oliveira GEC, Guapo VG et al. Emergências psiquiátricas: manejo de agitação psicomotora e avaliação de risco suicida. *Medicina (Ribeirão Preto)*. [Internet].2017[citado em 02 março 2022]; 50(supl.1): 98-112. doi : <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v50isupl1.p98-112>

16. Welton RS. The Management of Suicidality: Assessment and Intervention. *Psychiatry (Edgmont)*. [Internet].2007[citado em 13 março 2022]; 4(5): 24–34. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2921310/pdf/PE_4_5_24.pdf
17. Bertolote JM, Mello-Santos C, Botega NJ. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. [Internet].2010[citado em 13 dezembro 2021];32(supl. 2): 87-95. doi: 10.1590/S1516-44462010000600005
18. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Uso de gerenciador de referências bibliográficas na seleção dos estudos primários em revisão integrativa. *Texto Contexto Enferm*. [Internet].2019 [citado em 30 março 2022]; 28:e20170204. doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0204
19. Prieto G, Muñoz J. Un modelo para evaluar la calidad de los tests utilizados en España. *Papeles del Psicólogo*. [Internet].2000[citado em 13 março 2022]; 77: 65-72. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/778/77807709.pdf>
20. Knox KL, Conwell Y, Caine ED. If Suicide Is a Public Health Problem, What Are We Doing to Prevent It?. *American Journal of Public Health*. [Internet].2004 [citado em 15 março 2022]; 94(1): 37-45. doi: 10.2105/ajph.94.1.37
21. Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA*. [Internet].2005[citado em 15 dezembro 2021]; 294(16): 2064-2074. doi: 10.1001/jama.294.16.2064
22. Organização Mundial da Saúde. Relatório Mundial sobre saúde e violência. [Internet]. 2002 [citado em 02 maio 2022]. Disponível em <https://opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude-1.pdf>
23. Organização Mundial da Saúde. Prevenção do suicídio: recurso para conselheiros. [Internet]. 2006 [citado em 29 abril 2022]. Disponível em https://www.who.int/mental_health/media/counsellors_portuguese.pdf

24. Vaz SB. O método de Rorschach no estudo de casos de tentativa de suicídio clinicamente grave [dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília; 2010.
25. Haw C, Casey D, Holmes J, Hawton K. Suicidal Intent and Method of Self-Harm: A Large-scale Study of Self-Harm Patients Presenting to a General Hospital. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. [Internet].2015[citado em 15 janeiro 2022]; 45(6): 732-746. doi [10.1111/sltb.12168](https://doi.org/10.1111/sltb.12168)
26. Chandramouleeswaran S, Edwin NC, Victor PJ, Tharyan P. The emergency physician's assessment of suicide risk in intentional self-poisoning using the modified SAD PERSONS scale versus standard psychiatric evaluation in a general hospital in South India: a cross-sectional study. *Sage Journals*. [Internet].2015[citado em 15 janeiro 2022]; 45(1): 21-26. doi [10.1177/0049475514553985](https://doi.org/10.1177/0049475514553985).
27. Wu CY, Huang HC, Wu SI, Sun FJ, Huang CR, Liu SI. Validation of the Chinese SAD PERSONS Scale to predict repeated self-harm in emergency attendees in Taiwan. *BMC Psychiatry*. [Internet].2014[citado em 15 janeiro 2022]; 14(44). doi.org/10.1186/1471-244X-14-44
28. Saunders K, Fiona M, Lascelles K, Hawton K. The sad truth about the SADPERSONS Scale: an evaluation of its clinical utility in self-harm patients. *Emergency Medicine Journal*. [Internet].2014[citado em 15 janeiro 2022]; 31: 796-798. doi: [10.1136/emmermed-2013-202781](https://doi.org/10.1136/emmermed-2013-202781)
29. Ferrara P, Terzoni S, D'Agostino A, Cutcliffe JR, Falen YP, Corigliano SE et al. Psychometric properties of the Italian version of the Nurses's Global Assessment of Suicide Risk (NGASR) scale. *Rivista di Psichiatria*. [Internet].2019[citado em 15 janeiro 2022]; 54(1): 31-36. doi: [10.1708/3104.30938](https://doi.org/10.1708/3104.30938).

Artigo 2: Em construção**PERFIL DE PACIENTES COM RISCO DE SUICÍDIO INTERNADOS EM
HOSPITAL GERAL****Resumo**

A avaliação e o manejo de um paciente suicida são tarefas desafiadoras no contexto hospitalar, sobretudo, por haver poucas ferramentas preditivas validadas. Assim, a partir do desenvolvimento de uma ferramenta de triagem e avaliação do risco de suicídio, avaliou-se o perfil dos pacientes internados. A amostra foi composta por 131 pacientes, dos quais 113 foram analisados e 18 excluídos por não apresentarem risco de suicídio após a avaliação do psicólogo. O período do estudo foi entre janeiro de 2021 e janeiro de 2022, a partir dos dados coletados na “Avaliação de Risco de Suicídio”. O instrumento mostrou ser útil e importante para a triagem e estimativa do risco de suicídio no âmbito hospitalar, sendo possível garantir a segurança dos pacientes e evitar o suicídio durante a internação. Contudo, outros estudos são necessários para verificar suas propriedades psicométricas.

Palavras-Chave: suicídio; avaliação; fatores de risco, hospital.

Introdução

O suicídio e os comportamentos suicidas, como as tentativas e os pensamentos suicidas, são tão complexos quanto os indivíduos que os praticam e não resultam de uma única causa ou estressor. O suicídio é considerado como um importante problema de saúde pública e a identificação dos pacientes com fatores de risco para autoextermínio no contexto hospitalar tem se mostrado fundamental, entre outras formas de redução ou prevenção (WHO, 2014).

Contudo, um dos maiores desafios dos estudiosos em suicidologia é o desenvolvimento de instrumentos de avaliação para auxiliar na identificação dos grupos de risco, no reconhecimento da gravidade e intensidade dos sintomas e na associação com todas as variáveis, sobretudo no cenário de uma internação hospitalar (Fensterseifer, 2005). Desta forma, a avaliação do risco de suicídio neste contexto é uma difícil tarefa, pois poucas escalas psicométricas e/ou instrumentos para a avaliação do comportamento suicida são utilizadas.

Alguns estudos destacam que o suicídio, particularmente entre pacientes medicamente hospitalizados, não é um evento comum, chega inclusive a ser raro, sendo mais comum em unidades de internação psiquiátrica (Walsh et al., 2015; Ballard et al., 2008). No entanto, as tentativas de suicídio neste cenário acontecem e com alguma regularidade. E tal situação representa profundos desafios para os pacientes e seus familiares, profissionais de saúde e administradores hospitalares (Aketchi et al., 2003), especialmente para uma equipe que necessita de treinamento específico para a avaliação e manejo do suicídio (Ballard et al., 2008).

Contrariando o supracitado, estudos em Taiwan destacam que pacientes internados podem ter até oito vezes mais risco de cometer suicídio do que a população geral, e que 48% dos suicídios ocorreram em hospitais gerais (Cheng et al., 2009; Tseng et al., 2011). Tais dados reforçam que a literatura sobre suicídio no ambiente médico ainda é limitada e informações precisas não estão disponíveis.

Ballard et al. (2008) sugerem que suicídios em ambientes médicos são diferentes dos suicídios em unidades psiquiátricas. De acordo com os autores, os pacientes que cometeram suicídio em ambientes médicos eram tipicamente mais velhos, casados e empregados e mais propensos a usar certos métodos de suicídio em comparação com pacientes que cometeram suicídio em unidades psiquiátricas.

Ainda em relação ao perfil de pacientes internados e com risco de comportamentos suicidas, Botega (2015) enfatiza que os indivíduos com doenças médicas apresentam

maiores taxas de ideação e têm um risco elevado de autoextermínio elevando assim, a incidência de suicídios em hospital geral. Essa relação entre doença física e o suicídio já está bem estabelecida.

Sabe-se que várias doenças físicas tornam os pacientes mais vulneráveis. Pacientes com câncer, doença coronariana, infecção por HIV, doença pulmonar obstrutiva crônica, insuficiência renal, epilepsia, diabetes mellitus e disfunções do sistema nervoso central são mais propensos a tentar ou cometer suicídio (Botega, 2015; Webb et al., 2012; Jones et al., 2003; Schoenfeld et al., 1984). Outros fatores que causam comprometimento funcional, como limitações físicas e dor também estão relacionados a maiores riscos de suicídio neste cenário (Hooley et al., 2014; Tang & Crane, 2006).

Acredita-se também que a depressão ou outros transtornos psiquiátricos facilite a ligação entre a doença física e o suicídio. Destaca-se que a presença de um transtorno mental é um dos mais importantes fatores de risco para o suicídio. Em geral, admite-se que de 90% a 98% das pessoas que se suicidam têm um transtorno mental por ocasião do suicídio (Bertolote et al., 2010). Portanto, trata-se de um ato cujo risco pode aparecer em diversos tipos de agravos de saúde mental ou relacionados a doenças físicas crônicas ou doenças terminais.

Além dos fatores supracitados, faz-se necessário destacar outros aspectos envolvidos no risco de autoextermínio em pacientes hospitalizados por doenças médicas como, por exemplo, problemas financeiros, perdas, isolamento social, eventos estressantes, desesperança e abuso de substâncias (Bostwick & Seaman, 2004; Institute of Medicine, 2001; Yoshimasu et al., 2008). Além disso, sabe-se ainda que há um risco aumentado de suicídio imediatamente após a admissão hospitalar (Qin & Nordentoft, 2005).

Outros três grupos de pacientes apresentam maior risco de autoextermínio no âmbito hospitalar e merecem atenção. Primeiramente são os pacientes que internam após uma tentativa de suicídio e mantêm a intenção de morrer; os que recebem o diagnóstico

de uma doença crônica ou que internaram por alguma descompensação de uma doença crônica e finalmente os pacientes em *delirium* hiperativo que apresentam alteração do nível de consciência marcada por agitação psicomotora e impulsividade (Botega, 2015; Bertolote et al., 2010). Destaca-se ainda outros dois grupos de pacientes que necessitam de maior cuidado pela equipe de saúde que são os pacientes com alta de clínica psiquiátrica em até 30 dias e no puerpério, nos quais os transtornos e sintomas psiquiátricos são frequentes (Botega, 2015) e por isso, podem oferecer maior risco para comportamentos autodestrutivos.

Outros comportamentos suicidas também são relevantes no contexto médico, tais como as internações por ideação suicida, histórico de tentativas de suicídio, história de suicídio na família e os comportamentos de automutilação. Carroll et al. (2014) destacam que a automutilação está associada ao aumento da mortalidade por suicídio. E ainda, que pacientes com comportamentos de automutilação compareceram ao pronto-socorro antes do suicídio consumado (Foster et al., 1999; Gairin et al., 2003). O indicador mais forte para um futuro risco de suicídio é possuir uma ou mais tentativas anteriores de autoextermínio (Yoshimasu et al., 2008). De acordo com a WHO (2014), mesmo um ano após uma tentativa de suicídio, o risco de suicídio e morte prematura por outras causas permanece alto.

Outro aspecto que merece atenção dos profissionais de saúde é que aproximadamente 8% a 10% de todos os pacientes adultos atendidos no departamento de emergência, independentemente da queixa principal, têm ideação ou comportamento suicida recente (Claassen & Larkin, 2005; Ilgen et al., 2009; Neto, 2019), mas muitos não revelam a menos que lhe seja solicitado. Segundo Neto (2019), apenas 19% deles revelam essas intenções espontaneamente e 59% respondem de forma positiva, quando perguntados. Destaca-se que nenhum desses fatores de risco, de forma isolada, possui força suficiente para provocar um comportamento suicida. Na realidade, é a combinação entre eles que leva à crise que resulta nesse comportamento.

Portanto, frente aos dados supracitados, as organizações de saúde passaram a estabelecer alguns tipos de normas e regras internas para garantir a segurança dos pacientes durante a sua internação. Uma forma de garantir e estabelecer essas normas, são os selos de acreditação hospitalar. Atualmente, o selo de uma acreditação é essencial, pois garante que a instituição de saúde atenda aos regulamentos e padrões estabelecidos por uma organização externa reconhecida, e que visa a melhoria da qualidade do atendimento hospitalar, promovendo a segurança e a confiança dos pacientes e da comunidade.

Diante disso, as metodologias internacionais de acreditação hospitalar, tais como a Joint Commission e QMentum passaram a exigir que os hospitais certificados, realizassem uma triagem e classificassem o risco de suicídio dos pacientes em alto, médio ou baixo (Ryan & Oquendo, 2020). Com essa informação, é possível reconhecer precocemente os fatores de risco e sinais de ideação suicida, e então adotar intervenções que visem a segurança e a prevenção do suicídio neste cenário.

É importante ressaltar que uma triagem se propõe a identificar, de forma breve, os indivíduos que requerem uma avaliação mais profunda de profissionais da saúde mental. Nessa triagem é possível identificar os fatores de risco e também de proteção para o suicídio e, com isso, realizar o manejo adequado no contexto hospitalar. Faz-se necessário ressaltar que a amplitude e a profundidade da avaliação destinada a classificar o risco de suicídio variam de acordo com o cenário, capacidade ou vontade do paciente de fornecer informações, e a disponibilidade de informações de outras fontes (Associação Brasileira de Psiquiatria, 2020), tais como profissionais de saúde mental assistentes (psiquiatras ou psicólogos), prontuário médico e familiares.

Sabe-se que as escalas de avaliação do suicídio podem ser usadas como auxiliares na avaliação do risco de suicídio, mas não como instrumentos preditivos ou como substitutos de uma avaliação clínica completa (American Psychiatric Association, 2010). Ryan e Oquendo (2020) também reconhecem que avaliação não é predição, tratando-se

apenas de uma previsão e, portanto, imprecisa. Nesse sentido, Bertolote et al. (2010) também afirmam que não há como prever quem cometerá ou não suicídio, mas é possível avaliar o risco que cada paciente apresenta, baseado nos fatores de risco e de proteção investigados. Desta forma, a avaliação de risco de suicídio é uma ciência imprecisa, mas necessária para que os profissionais de saúde possibilitem a segurança, diminuam o risco de comportamento suicida e promovam a saúde.

Apesar disso, poucas escalas para avaliação de risco de suicídio foram desenvolvidas e estudadas, e algumas estão focadas em aspectos específicos da tendência suicida, como desesperança ou sintomas depressivos. Ademais, poucos instrumentos foram desenvolvidos para uso no contexto médico como forma de triagem para todo e qualquer paciente internado em hospital geral.

A literatura destaca a importância da triagem e a avaliação de risco de suicídio para todos os pacientes com transtornos emocionais ou comportamentais, ou com a presença de comportamentos suicidas no momento da admissão hospitalar (Ryan & Oquendo, 2020). Pois, conhecer as situações que atuam como fatores de risco para o suicídio pode auxiliar os profissionais de saúde na identificação de situações de risco e de crise. Muitas vezes, sobretudo, em países que já possuem essa prática ou instituições acreditadas com um selo internacional de qualidade, realiza-se a avaliação de risco de suicídio nos departamentos de emergência quando os pacientes relatam pensamentos suicidas ou quando são atendidos após uma tentativa de autoextermínio.

Diante do exposto, e a partir da exigência da certificação internacional para a acreditação de qualidade hospitalar, foi elaborado o instrumento “Avaliação de Risco de Suicídio”. Esse instrumento foi criado para uso essencialmente de profissionais de enfermagem e psicologia, visando a avaliação clínica do risco de suicídio, em contextos de triagem hospitalar. Sua criação se justifica, pois, ao que se conhece, nenhum dos instrumentos atualmente utilizados em contextos hospitalares tem como objetivo

identificar os fatores de risco de qualquer paciente, independente do motivo da sua internação e cujo objeto da avaliação, não seja somente ideação suicida.

Para a construção deste instrumento foram examinadas as escalas existentes, o que incluiu a escala Sad Persons modificada (MSPS), a Escala Beck de Ideação Suicida, a Escala de Gravidade de Suicídio de Columbia (C-SSRS) e a The Nurses Global Assessment of Suicide Risk (NGASR), além da literatura especializada, com destaque para os modelos de avaliação sugeridos por Botega (2015), pela Associação Brasileira de Psiquiatria (2014) e Norris e Clark (2012).

Após a elaboração preliminar de 15 itens, o instrumento foi apresentado a três psicólogos da equipe do hospital, os quais possuíam especialização ou residência em psicologia da saúde e hospitalar, bem como experiência no atendimento aos pacientes internados após uma tentativa de autoextermínio. A partir desse julgamento, três itens foram incluídos na 1ª etapa da triagem: tentativa de autoextermínio como sendo o motivo da internação atual, verbalizar a vontade de morrer e automutilação. Após a construção do instrumento, os psicólogos avaliaram a compreensão e clareza dos itens, bem como a praticidade da avaliação. Com essa etapa, buscou-se ainda uma padronização na estimativa do risco de suicídio, ou seja, na sua classificação.

O instrumento, nomeado de “Avaliação de Risco de Suicídio”, consta em prontuário eletrônico e deve ser preenchido no ato da admissão hospitalar, nas mudanças de unidades e a cada 7 dias de internação, haja vista que o desejo de suicídio pode mudar, pois o curso de uma doença ou hospitalização pode ser marcado por estresse, angústias, *delirium*, sofrimento psíquico ou desesperança e que, associados aos fatores predisponentes, pode eclodir uma tentativa ou suicídio consumado.

Ele é composto por 3 etapas. A primeira etapa se refere a uma triagem realizada pelo enfermeiro, o qual deve avaliar, dentre 17 itens relacionados aos principais fatores de risco para o suicídio, quais se encontram presentes (Tabela 1).

Tabela 1. Fatores de risco de suicídio na primeira etapa da Avaliação

Fatores de alta prioridade	Fatores de média prioridade	Fatores de baixa prioridade
<ul style="list-style-type: none"> • Motivo da internação atual: Tentativa de Autoextermínio • Tentativas de suicídio anteriores. Qtde: • Suicídio na família • Verbaliza a vontade de morrer • Alta recente (até 30 dias) de internação psiquiátrica 	<ul style="list-style-type: none"> • Transtorno Mental (Depressão, Esquizofrenia, Transtorno Bipolar, Transtorno de Personalidade) • Puerpério • Abuso/dependência de álcool ou outras drogas • Automutilação • Isolamento social (vive só, sem apoio familiar ou social) 	<ul style="list-style-type: none"> • Doença crônica. Qual? • Não adere ao tratamento • Alta hospitalar recente • Perda familiar recente • Perda de emprego recente • Conflito familiar • Separação conjugal ou ruptura amorosa recente

A partir da presença dos seguintes fatores de risco: 1 de alta prioridade e/ou 2 de média prioridade e/ou de 3 de baixa prioridade, o psicólogo precisa ser acionado para a realização da segunda etapa, que consiste em uma entrevista semiestruturada em que as informações e suas dimensões irão orientar a classificação do risco de suicídio. Nos casos de comportamento suicida, a entrevista tem três objetivos: a coleta de informações, o apoio emocional e a criação do vínculo com o paciente (Bertolote et al., 2010).

Nessa segunda etapa o psicólogo irá realizar uma entrevista e, em seguida, irá assinalar no instrumento quais dos 12 fatores estão presentes (Tabela 2). Norris et al. (2012) enfatizam que, além da entrevista, as observações comportamentais também podem fornecer informações importantes sobre a gravidade dos sintomas e o nível de risco, tais como, comportamentos retraídos ou agitados, presença de ideação suicida recente ou atual e aspectos relacionados ao autocuidado.

Tabela 2. Itens assinalados pelo psicólogo após entrevista clínica

Paciente apresenta sintomas de depressivos/tristeza	()Sim	()Não
Apresenta ideação suicida (possui plano para acabar com a vida)	()Sim	()Não
Apresenta intenção suicida (tem ideia de como fazê-lo/possui meios)	()Sim	()Não
Paciente pensa que seria melhor estar morto ou tem vontade de morrer	()Sim	()Não
Para o paciente os problemas atuais parecem insolúveis	()Sim	()Não

Paciente acredita que ninguém se preocupa com ele(a)	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Paciente acredita que a vida não vale mais a pena ser vivida	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Paciente possui dor incapacitante	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Paciente possui doença crônica incapacitante	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Paciente possui doença fora de possibilidade terapêutica	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Paciente recusa a presença da equipe ou familiar	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Paciente possui acesso a meio letal	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

A partir da entrevista semiestruturada, da observação e da avaliação, o psicólogo realiza a terceira etapa e quantifica ou classifica o risco de suicídio em baixo, médio, alto (D'Oliveira & Botega, 2006) ou não confirmado, conforme Tabela 3.

Tabela 3. Classificação do Risco de Suicídio

Baixo risco de Suicídio	Sentimento suicida como "eu não consigo continuar", "eu gostaria de estar morto", mas não fez nenhum plano. Possui apoio social e boa adesão ao tratamento.
Médio Risco de Suicídio	A pessoa tem pensamentos e ideias persistentes de suicídio, vistas como solução, mas não tem planos de como cometer suicídio. Não é uma pessoa impulsiva e conta com apoio social.
Alto Risco de Suicídio	A pessoa tem um plano definido, tem meios para fazê-lo prontamente, já tomou algumas providências para o ato suicida e apresenta desespero, tormento psíquico intolerável e não vê saída. Parece estar se despedindo. E/ou tentou suicídio recentemente e apresenta rigidez quanto à uma nova tentativa e/ou tentou várias vezes em um curto espaço de tempo.

Botega (2015) destaca que a classificação dos riscos de suicídio em baixo, médio e alto é uma forma de avaliar a probabilidade de maior ou menor risco de um suicídio ocorrer com base na história, nos acontecimentos e nas características pessoais. Essa avaliação é, portanto, uma estimativa, não um tipo de diagnóstico psicopatológico como ele mesmo destaca. O mesmo autor, destaca que a formulação do risco auxilia os profissionais de saúde a estabelecer a melhor estratégia para o manejo e tratamento a curto e médio prazo. Portanto, a partir da classificação de risco pelo psicólogo, se estabelecem as barreiras de prevenção conforme o risco identificado e o paciente é inserido no protocolo institucional.

Destaca-se que a “Avaliação de Risco de Suicídio” foi elaborada como parte do Protocolo de Prevenção ao Suicídio, que tem como objetivo garantir a segurança do paciente e protegê-lo no ambiente médico, instaurando barreiras e medidas preventivas. As principais barreiras implantadas, após a classificação do risco de suicídio são: presença de acompanhante por 24h, guarda segura de medicações, trava nas janelas, retirada do *descarpac* (caixa coletora de material perfurocortante) do leito do paciente, manutenção do paciente em leito de fácil observação pela equipe de enfermagem, entre outros. Para pacientes classificados como alto e/ou médio risco, com comportamentos de automutilação, são retirados todos os materiais perfurocortantes, inclusive talheres ou outros que possam ser usados como corda (exemplo: cabo dos monitores).

Destaca-se ainda que pacientes classificados como alto risco ou que internam por tentativa de autoextermínio e ideação suicida devem permanecer em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto ou pediátrica até a alta hospitalar, pois assim é possível garantir maior segurança e prevenir comportamentos suicidas. Da mesma forma que o paciente classificado como alto risco, que esteja internado em enfermaria, deve ser transferido para a UTI. É importante ressaltar também que pacientes classificados como médio e alto risco devem ser avaliados por um psiquiatra, visando o manejo adequado e a indicação da melhor forma para desospitalização, a qual pode ter 4 tipos de desfechos, são eles: alta hospitalar, alta a pedido, transferência para clínica psiquiátrica ou óbito.

Assim, o objetivo do presente trabalho foi avaliar o perfil dos pacientes internados em hospital geral, bem como a classificação de risco de suicídio estabelecida pelo psicólogo hospitalar e os desfechos dos pacientes inseridos no Protocolo de Prevenção ao Suicídio.

Método

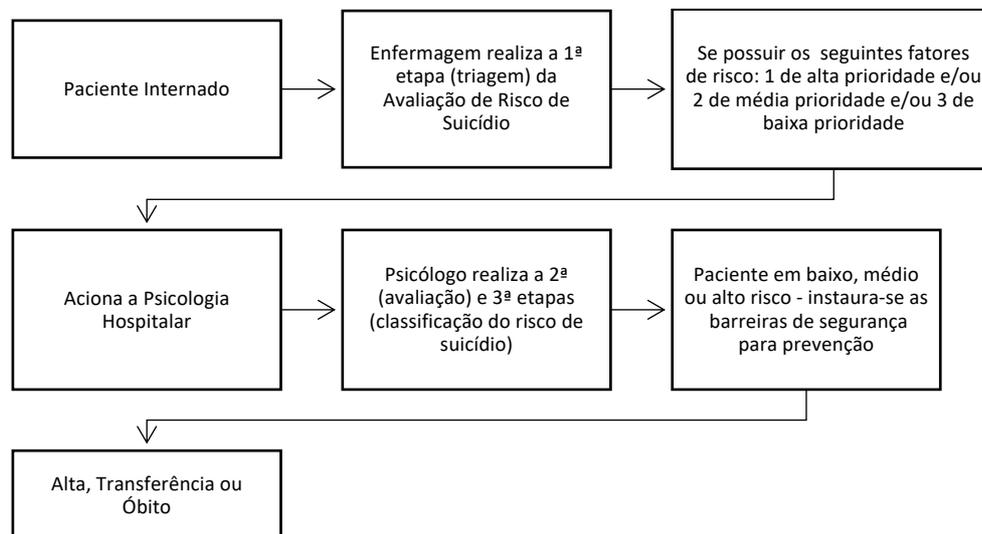
Trata-se de um estudo quantitativo transversal, baseado na análise do prontuário eletrônico, no qual constam os dados obtidos por meio da administração do instrumento

“Avaliação de Risco de Suicídio”. Foram incluídos no estudo todos os pacientes que apresentaram fatores de risco de suicídio através da triagem inicial e incluídos no Protocolo de Prevenção ao Suicídio de um hospital privado da cidade de Brasília-DF, no período de janeiro de 2021 a janeiro de 2022.

Avaliação e classificação do risco de suicídio pelo psicólogo

Conforme pontuado anteriormente, a “Avaliação de Risco de Suicídio”, consta em prontuário eletrônico, e é composta por 3 etapas. A primeira delas se refere a uma triagem, a qual deve ser realizada pelo enfermeiro. A segunda etapa é realizada pelo psicólogo e se refere a uma entrevista, na qual se visa identificar os fatores relevantes para a avaliação e classificação de risco de suicídio. Destaca-se que é a partir da entrevista e da observação, que se formula o risco de suicídio (terceira etapa) conforme as características apresentadas. Posteriormente se instalam as barreiras de segurança.

Figura 1. Fluxograma da triagem e avaliação do Protocolo de Prevenção ao Suicídio



Resultados

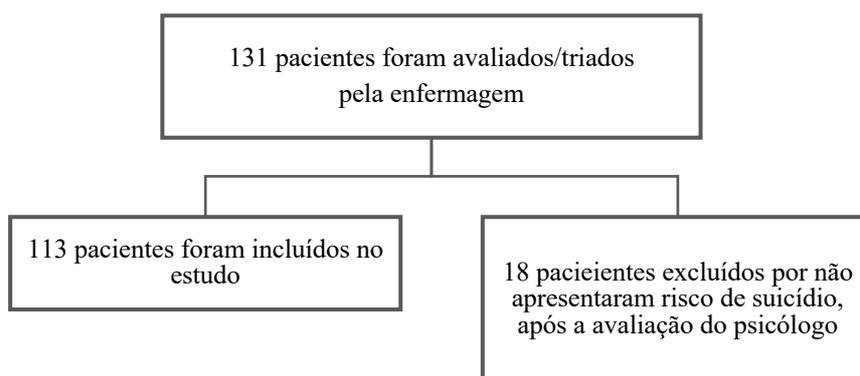
Os dados foram tabulados em planilhas, no *software* Excel, de modo a permitir a análise dos dados com caráter retrospectivo. Além disso, realizou-se análises descritivas

através do *software* Statistical Package for Social Sciences (SPSS), que proporcionou compreender as variáveis importantes para a inclusão no protocolo institucional. Os resultados foram descritos por frequências, percentuais e variáveis significativas, aquelas que apresentaram $p < 0,05$.

Para a presente pesquisa estudou-se os fatores de risco para o autoextermínio; fatores relevantes para a classificação do risco e a classificação propriamente dita, estabelecidas pelo psicólogo. Também foi avaliado o desfecho destes pacientes durante o referido período. Nas análises principais, os dados foram combinados e incluídos indivíduos de diferentes faixas etárias ou sexo.

Conforme visualizado na Figura 2, foram avaliados/triados pela enfermagem 131 pacientes, dos quais 113 foram incluídos no estudo e 18 foram excluídos por não apresentarem risco de suicídio após a avaliação do psicólogo. Destaca-se que dos 113 pacientes, 13,27% reinternaram ao longo do período do estudo e, portanto, só foram contabilizados uma vez.

Figura 2. Fluxograma de identificação e seleção dos pacientes



A Tabela 4 resume as características dos pacientes, tais como: idade, sexo, diagnóstico de transtorno psiquiátrico e de doenças crônicas.

Tabela 4. Caracterização dos pacientes incluídos no estudo

Idade, anos	Média (DP)	38,7 (21,2)
	Amplitude	11-88
Sexo feminino, n (%)		73 (64,6)
Transtornos mentais associados, n (%)		
	Transtorno Depressivo	59 (52,2)
	Transtorno Misto	16 (14,2)
	Transtorno Bipolar	14 (12,4)
	Borderline	12 (10,6)
	Esquizofrenia	8 (7,1)
	Dependência Química	5 (4,4)
	Ansiedade	5 (4,4)
	TOD	2 (1,8)
	Transtorno Alimentar	1 (0,9)
	Autismo	1 (0,9)
	TOC	1 (0,9)
	Sem diagnóstico prévio	6 (5,3)
Condições clínicas associadas, n (%)		
	Hipertensão arterial sistêmica	22 (19,46)
	Diabetes mellitus	13 (11,5)
	Doença pulmonar crônica	7 (6,2)
	Câncer	6 (5,30)
	DPOC	5 (4,4)
	Colagenose / Doença autoimune	6 (5,3)
	Doença neurológica	5 (4,4)
	Epilepsia	2 (1,8)
	Dor crônica	5 (4,4)
	Hipotireoidismo	4 (3,5)
	Fibromialgia	3 (2,7)
	Doença dermatológica	1 (0,9)
	Doença arterial coronariana crônica	1 (0,9)
	SIDA	1 (0,9)

A média de idade da amostra foi de 38,71 anos com desvio padrão de $\pm 21,20$. Destes 14,15% possuíam idade entre 11 e 16 anos, sendo a paciente mais nova com idade de 11 anos. Do total de pacientes incluídos no protocolo, 64,60% eram mulheres. Do total da amostra analisada, 94,70% possuíam diagnóstico de transtorno psiquiátrico e apenas 5,30% não possuíam diagnóstico fechado, porém com sintomas psiquiátricos e 1,77% tiveram história de primeiro surto psicótico. Em relação aos principais transtornos diagnosticados, 4,40% possuíam Dependência Química; 4,42% Transtorno de Ansiedade;

7,10% Esquizofrenia; 12,40% Transtorno Afetivo Bipolar; 52,21% Transtorno Depressivo e 14,20% Transtorno Misto Ansioso e Depressivo. Cabe destacar que 3,53% da amostra possuía outros transtornos, sendo 0,90% com Transtorno Obsessivo Compulsivo, 0,90% com Transtorno do Espectro Autista e 1,80% com diagnóstico de Transtorno Opositor Desafiador. Além destes, 10,61% possuíam o diagnóstico de Transtorno de Personalidade Borderline associado a outros transtornos psiquiátricos, sobretudo a Depressão.

Em relação as doenças crônicas, as principais patologias associadas ao risco de autoextermínio são o câncer, a diabetes e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). Nesta amostra 44,24% possuíam diagnóstico de doença crônica. Destes, apenas 5,30% possuíam diagnóstico de câncer; 11,50% diabetes e 4,40% DPOC. A principal doença crônica identificada de forma isolada ou combinada foi a hipertensão arterial, com 19,46% dos pacientes. No presente estudo 100% dos pacientes com hipertensão arterial possuíam algum diagnóstico de transtorno psiquiátrico, sendo a Depressão a de maior prevalência, totalizando 62%. Destaca-se que 55% não possuíam diagnóstico de doença crônica e destes, 62,83% internaram por tentativa de autoextermínio.

A Tabela 5 apresenta os principais aspectos relacionados aos fatores de risco e classificação para suicídio nos pacientes incluídos no protocolo institucional. Observa-se que os principais fatores para a avaliação do risco de suicídio se referem a internação hospitalar por tentativa de autoextermínio, tentativa de suicídio anterior e verbalização sobre a vontade de morrer. A média de tentativas de suicídio anterior é de 1,96 por paciente. Importante destacar que 21,9% dos pacientes tinham 3 ou mais tentativas anteriores de autoextermínio.

Tabela 5. Fatores de risco para o suicídio dos pacientes incluídos no protocolo

Tentativa de Autoextermínio como motivo da internação, n (%)	71 (62,8)
--	-----------

Características individuais, n (%)		
	Sintomas de depressão/tristeza	106 (93,8)
morrer	Pensa que seria melhor estar morto / Vontade de	67 (59,3)
		56 (49,6)
	Ideação Suicida	49 (43,3)
	Verbaliza a vontade de morrer	43 (38,1)
	Intenção suicida	29 (25,7)
	Não adesão ao tratamento	21 (18,6)
	Automutilação	19 (16,8)
	Abuso/dependência de álcool ou outras drogas	
Características sociais, n (%)		
	Conflito familiar	43 (38,1)
	Isolamento social	15 (13,3)
	Separação ou ruptura amorosa	13 (11,5)
	Perda familiar recente	6 (5,3)
	Suicídio na família	5 (4,4)
	Perda de emprego recente	3 (2,7)
Tentativa autoextermínio anterior, n (%)		
	Amplitude	52 (46,0) 0-18
Internação recente, n (%)		
	Alta recente de instituição psiquiátrica	9 (8,0)
	Alta hospitalar recente	7 (6,2)
Classificação do risco de suicídio, n (%)		
	Baixo	35,0
	Médio	(31,0)
	Alto	29 (25,7)
		49 (43,7)
Desfecho, n (%)		
	Alta para domicílio	73 (64,6)
	Clínica psiquiátrica	21 (18,6)
	Alta a pedido	12 (10,6)
	Óbito	7 (6,2)

Na análise dos fatores elencados a partir da entrevista do psicólogo para auxiliar na classificação de risco de suicídio, observa-se que 49,60% apresentavam ideação suicida com planos para acabar com a vida; 38,12% com intenção suicida, ou seja, com ideias e meios para executar o ato; 93,80% com sintomas depressivos/tristeza e 59,30% pensavam que seria melhor estar morto ou tinham vontade de morrer. Destes, 43,70% foram classificados pelo psicólogo hospitalar como alto risco; 31% como baixo risco e 25,70% com médio risco de suicídio. A partir da classificação do risco pelo psicólogo, 100% dos pacientes tiveram barreiras preventivas instaladas pela equipe

multiprofissional, visando a segurança e a redução do risco de suicídio intra-hospitalar. Diante disso, no referido período, não houve nenhuma tentativa de autoextermínio ou suicídio no hospital.

Em relação aos desfechos 64,61% tiveram alta hospitalar para domicílio; 18,6% foram transferidos para a clínica psiquiátrica; 10,61% não concordaram com a indicação de internação em clínica especializada e solicitaram alta e 6,20% foram a óbito. Dos óbitos, 25% foram decorrentes de tentativa de suicídio (fora do contexto hospitalar) e 75% devido ao quadro clínico de saúde. Em relação aos desfechos dos pacientes classificados como alto risco, que são os pacientes com maior risco de autoextermínio no contexto hospitalar, observa-se que 32% foram transferidos do hospital diretamente para a clínica psiquiátrica; 16% não concordaram com a indicação de internação em clínica especializada e 48% receberam alta hospitalar após a avaliação do psiquiatra. Contudo, é importante destacar, que destes pacientes classificados como alto risco e que receberam alta para domicílio, 5,30% eram de pacientes menores de 16 anos, o que dificulta a internação em clínica especializada. Além disso, dos pacientes que solicitaram alta, 60% reinternaram ao longo de um ano.

Após uma tentativa de autoextermínio, é de suma importância avaliar os fatores precipitantes e a classificação do risco para a prevenção de uma nova tentativa. Diante disso, comparou-se, conforme consta na Tabela 6 as variáveis dos pacientes que foram incluídos no protocolo, a partir de uma tentativa de autoextermínio com pacientes inseridos no protocolo institucional a partir dos demais fatores de risco. Observa-se que nos itens idade, hipertensão arterial como doença crônica, características individuais, automutilação e, sobretudo, a classificação para o risco de suicídio mostraram-se significativos na presente pesquisa e, portanto, atendem as necessidades de uma triagem e avaliação para uso hospitalar.

Tabela 6. Comparação entre pacientes que internaram após uma Tentativa de Autoextermínio (TAE) e pacientes que internaram por uma condição médica

Variável	TAE (n = 67)	Outro motivo (n = 46)	Valor de <i>p</i>
Idade, anos, mediana (IQ 25–75%)	29,0 (17,0-41,0)	49,5 (29,5-72,5)	<0,001
Idade abaixo de 18 anos, n (%)	17 (25,4)	3 (6,5)	0,010
Idade acima de 60 anos, n (%)	4 (6,0)	18 (39,1)	<0,001
Sexo feminino, n (%)	46 (68,7)	27 (58,7)	0,277
Classificação de risco TAE, n (%)			
Baixo	24 (52,2)	11 (16,4)	<0,001
Médio	12 (26,1)	17 (25,4)	
Alto	39 (58,2)	39 (58,2)	
Transtornos mentais associados, n (%)			
Transtorno Depressivo	26 (56,5)	33 (49,3)	0,447
Transtorno Misto	4 (17,9)	4 (8,7)	0,167
Transtorno Bipolar	8 (11,9)	6 (13,0)	0,861
Borderline	8 (11,9)	4 (8,7)	0,582
Esquizofrenia	3 (4,5)	5 (10,9)	0,193
Dependência Química	2 (3,0)	3 (6,5)	0,369
Ansiedade	1 (2,2)	4 (6,0)	0,335
TOD	0 (0,0)	2 (3,0)	0,349
Transtorno Alimentar	0 (0,0)	1 (2,2)	0,407
Autismo	0 (0,0)	1 (2,2)	0,407
TOC	1 (2,2)	0 (0,0)	0,593
Sem diagnóstico prévio	4 (6,0)	2 (4,3)	0,706
Condições clínicas associadas, n (%)			
HAS	6 (9,0)	13 (28,3)	0,007
Diabetes mellitus	6 (9,0)	7 (15,2)	0,305
Doença pulmonar crônica	2 (3,0)	5 (10,9)	0,088
DPOC	2 (3,0)	3 (6,5)	0,369
Colagenose / Doença autoimune	3 (4,5)	3 (6,5)	0,634
Doença neurológica	1 (1,5)	4 (8,7)	0,067
Epilepsia	0 (0,0)	2 (4,3)	0,164
Dor crônica	1 (1,5)	4 (8,7)	0,067
Hipotireoidismo	1 (4,5)	1 (2,2)	0,515
Fibromialgia	0 (0,0)	3 (6,5)	0,065
Características individuais, n (%)			
Sintomas de depressão	61 (91,0)	45 (97,8)	0,142
Pensa que seria melhor estar morto / vontade de morrer	45 (67,2)	22 (47,8)	0,040
Verbaliza a vontade de morrer	29 (43,0)	20 (43,5)	0,984
Não adesão ao tratamento	18 (26,9)	11 (23,9)	0,724
Automutilação	19 (28,4)	2 (4,3)	0,001

Abuso de álcool e drogas	14 (20,9)	5 (10,9)	0,162
Características sociais, n (%)			
Conflito familiar	34 (50,7)	9 (19,6)	0,001
Isolamento social	7 (10,4)	8 (17,4)	0,285
Separação ou ruptura amorosa	9 (13,4)	4 (8,7)	0,438
Perda familiar recente	2 (3,0)	4 (8,7)	0,184
Suicídio na família	2 (3,0)	3 (6,5)	0,369
Perda de emprego recente	1 (4,5)	0 (0,0)	0,146
Internação recente, n (%)			
Alta de instituição psiquiátrica	3 (4,5)	6 (13,0)	0,098
Alta hospitalar recente	2 (3,0)	5 (10,9)	0,088
Tentativa autoextermínio anterior, n (%)	30 (44,8)	22 (47,8)	0,749
mediana (IQ 25–75%)	0,0 (0,0-1,0)	0,0 (0,0-2,0)	0,563
Alta a pedido, n (%)	11 (16,9)	1 (2,4)	0,022

Na Tabela 7 observa-se que pacientes que apresentam comportamentos de automutilação e conflitos familiares possuem mais chance de tentar autoextermínio quando comparado aos que têm sintomas depressivos/tristeza e os que pensam que seria melhor estar morto ou que demonstram vontade de morrer.

Tabela 7. Associação entre os principais fatores de risco e a TAE

Variável	OR (IC 95%)	Valor de <i>p</i>
Idade	0,970 (0,937-1,005)	0,092
Classificação de Risco Alto	3,573 (0,925-13,978)	0,065
Transtorno misto	3,212 (0,596-17,302)	0,174
Esquizofrenia	0,561 (0,069-5,110)	0,599
Hipertensão arterial sistêmica	0,841 (0,065-4,834)	0,786
Doença pulmonar crônica	0,397 (0,038-4,172)	0,397
Doença neurológica	1,062 (0,085-13,291)	0,963
Sintoma de depressão/tristeza	0,283 (0,022-3,602)	0,363
Pensa que seria melhor estar morto / Vontade de morrer	0,625 (0,443-5,959)	0,531

Automutilação	7,391 (1,110-49,202)	0,039
Abuso/dependência de álcool e outras drogas	3,198 (0,739-13,839)	0,120
Conflito familiar	6,494 (1,874-22,501)	0,003
Perda familiar recente	0,964 (0,119-7,788)	0,972

Discussão

A literatura destaca a relação entre comportamentos suicidas em pacientes internados em hospitais gerais. Por isso, é importante avaliar o risco de suicídio. Para tanto, é necessário que se tenha instrumentos que permitam a triagem e a avaliação. Faz-se necessário notar a diferença entre triagem e avaliação. A ferramenta de triagem é usada para identificar rapidamente alguém em risco, enquanto a avaliação confirma o risco e orienta as próximas etapas (Horowitz et al., 2020). Desta maneira, o instrumento para a “Avaliação de Risco de Suicídio” desenvolvido na presente pesquisa, buscou na primeira etapa realizar uma triagem dos fatores de risco para suicídio e nas segunda e terceira etapas à avaliação e classificação do risco para posterior implantação de medidas preventivas durante a internação hospitalar. Esse instrumento, portanto, tem o potencial para integrar a saúde mental à saúde física no contexto médico.

Os achados do estudo destacaram a sua aplicabilidade em ambientes médicos gerais tanto por profissionais da enfermagem quanto por psicólogos. A escala foi relativamente breve e pode realizar uma adequada avaliação do risco de suicídio na amostra clínica. Observou-se como um grande diferencial a relevância em se identificar pacientes que possuem fatores de risco para o suicídio e que internam por um adoecimento orgânico, o que totalizou 44,24% da amostra estudada. Destes, 40% foram classificados como baixo risco; 32% como alto risco de suicídio e, ainda que nesta amostra, 86% foram admitidos por TAE, o que corrobora com os dados de literatura sobre a associação e o risco aumentado de suicídio em pacientes portadores de doenças crônicas.

No que se refere ao sexo, o estudo demonstrou que 64,6% dos pacientes incluídos no protocolo institucional eram mulheres. Destas, 68,7% internaram por TAE contra 27,39% de homens. Tais dados vão ao encontro da literatura vigente, que destaca um número maior de tentativas pelas mulheres em comparação aos homens, tendo uma relação de 3:1 (Botega, 2015). Como o presente estudo se passa no contexto hospitalar, observa-se um maior número de mulheres internadas por tentativa de autoextermínio demonstrando uma relação de 2,5:1.

Em relação as principais doenças crônicas identificadas nos pacientes do estudo, observou-se a hipertensão arterial como de maior prevalência. Diversos estudos associam a prevalência de hipertensão em pacientes deprimidos, enfatizando que a depressão é um fator de risco independente para as doenças cardiovasculares e suas complicações, além da associação de depressão e história de tentativa de suicídio relacionadas à mortalidade por doenças coronarianas (Khawaja et al., 2009; Shah et al., 2011).

Além das doenças crônicas, outras características comuns com risco aumentado de suicídio de pacientes internados em hospital geral são bem descritas pela literatura tais como: a associação com transtornos depressivos, histórico de tentativas anteriores de suicídio, dificuldades emocionais, conflitos familiares, abuso de substâncias, isolamento social (Powell et al., 2000; Bostwick & Rackley, 2004; Botega, 2015), entre outros. Tais aspectos também demonstraram alta relevância nesse estudo.

Em relação a automutilação, que se mostrou significativa no presente estudo, estudos destacam que esse comportamento de autoagressividade pode se transformar em tentativas ou suicídios consumados com o passar do tempo e está mais fortemente associado à história de tentativas de suicídio do que outros fatores de risco estabelecidos para suicídio, como depressão, ansiedade e impulsividade (Klonsky et al., 2013). Além disso, há evidências de que a automutilação é um importante preditor de futuras tentativas de suicídio, que é ainda mais forte do que as tentativas de suicídio anteriores (Asarnow et al., 2011; Wilkinson et al., 2011). Diante do exposto, a presença da automutilação como

fator de risco na triagem e, principalmente, no resultado deste estudo vão ao encontro da literatura vigente.

Outro fator de risco que demonstrou significância foi o conflito familiar. É sabido que a falta de apoio familiar pode ser um fator preditivo para o comportamento suicida, pois, o empobrecimento dessas relações faz com que o ambiente de convivência familiar seja insuportável ou ainda, quando há inexistência de manifestações de afetos entre os membros das famílias. Por este motivo, é fundamental a presença deste item na triagem e avaliação do risco de suicídio (Sun et al., 2008; Silva et al., 2015).

Um item que chama atenção, pelo destaque na pesquisa foi: verbalizar a vontade de morrer. Faz-se necessário ressaltar que este fator de risco foi incluído na avaliação a partir da prática clínica da pesquisadora e da necessidade da equipe multidisciplinar ao se fazer a triagem inicial. Pode-se inferir que este item está relacionado com a ideação suicida, pois o psicólogo ao realizar a segunda etapa da avaliação identificou que, ao verbalizar a vontade de morrer, o paciente também apresentou ideação e pensamentos e/ou desejos de morrer. Esse item, portanto, auxilia na formulação de risco de suicídio de forma mais embasada, já que a presença de ideação suicida é um importante sinal de sofrimento psíquico e que requer uma atenção maior da equipe de saúde (Botega, 2015).

Destaca-se que após a triagem da primeira etapa, 13,74% dos pacientes não apresentavam risco de suicídio na avaliação do psicólogo e, portanto, foram excluídos do protocolo institucional. Esse dado reforça a importância de uma entrevista por um psicólogo qualificado e com experiência clínica que lhe permita emitir conclusões com um grau razoável de certeza, tanto para garantir a segurança no âmbito hospitalar, como, e principalmente, para encaminhar para os tratamentos necessários após a alta.

Como observado durante o período do estudo, nenhum suicídio ou tentativa ocorreu no âmbito hospitalar, demonstrando que o instrumento de “Avaliação de Risco de Suicídio” na admissão hospitalar e nas reavaliações periódicas se mostrou fundamental para a prevenção e manejo adequado desta população.

Os achados da presente pesquisa indicam a necessidade de conscientização sobre o suicídio, comportamentos suicidas e seus fatores de risco entre todos os profissionais que atuam no hospital geral, sobretudo, os enfermeiros, pois essa sensibilização é essencial para estabelecer uma prevenção eficaz do comportamento suicida.

Conclusão

Diante da complexidade do comportamento suicida e da gravidade da ocorrência do suicídio no âmbito médico, cada vez mais, unidades de certificação hospitalar exigem a implantação de diretrizes e protocolos assistenciais em relação a triagem, avaliação e tratamento de pacientes com comportamento suicida. Desta forma, torna-se premente que os profissionais de saúde estejam aptos a reconhecer e estratificar os fatores de risco presentes, a fim de determinar medidas para evitar o suicídio.

Assim sendo, o instrumento de triagem para avaliação do risco de suicídio utilizado neste estudo, resultou de um trabalho que foi progressivamente amadurecido e melhorado ao longo dos últimos quatro anos. Pouco a pouco, todos os profissionais de enfermagem e psicologia foram treinados para identificar os pacientes com risco de autoextermínio e estabelecer medidas que garantam a segurança e a prevenção do suicídio no contexto hospitalar.

Os resultados indicam que a triagem e avaliação vão ao encontro do objetivo e desafios lançados e percebe-se que os profissionais de enfermagem souberam realizar a triagem de forma adequada e efetiva. Os psicólogos realizaram a adequada classificação do risco e a indicação de barreiras para a prevenção, e, assim, nenhuma tentativa ou suicídio ocorreu no período do estudo. Portanto, essa avaliação cumpre o seu objetivo no contexto médico. Contudo, são necessários outros estudos para a validação deste instrumento, pois a partir dela será possível avaliar melhor sua sensibilidade e acurácia para a aplicação clínica no contexto de hospital geral.

Referências

American Psychiatric Association (2010). *Practice Guideline For The Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors*. Recuperado de https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/suicide.pdf

Associação Brasileira de Psiquiatria (2020). Diretrizes da Associação Psiquiátrica Brasileira para a gestão do comportamento suicida – Parte 1: fatores de risco, fatores de proteção e avaliação. Recuperado de https://registra-rh.saude.gov.br/images/New_project/Parte_1.pdf

Associação Brasileira de Psiquiatria (2014). *Suicídio: Informando para prevenir. CFM/ABP*. Recuperado de <https://www.hsaude.net.br/wp-content/uploads/2020/09/Cartilha-ABP-Preven%C3%A7%C3%A3o-Suic%C3%ADdio.pdf>

Akechi, T., Sakuma, K., Okamura, M., Akizuki, N., Oba, A., Nakano, T., & Uchitomi, Y. (2003). Trauma in a nurse after patient suicide. *Psychosomatics*, 44, 522–523.

Asarnow, J. R., Porta, G., Spirito, A., et al. (2011). Suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the treatment of resistant depression in adolescents: findings from the TORDIA study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50(8), 772-781.

Ballard, E. D., Pao, M., Henderson, D., Lee, L. M., Bostwick, J. M., & Rosenstein, D. L. (2008). Suicide in the medical setting. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 34(8), 474-481.

Bertolote, J. M., Mello-Santos, C., & Botega, N. J. (2010). Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32(supl. 2), 87-95.

Botega, N. J. (2015). *Crise Suicida: avaliação e manejo*. Porto Alegre: Artmed.

Bostwick, J. M., & Rackley, S. J. (2007). Completed suicide in medical/surgical patients: who is at risk? *Current Psychiatry Reports*, 9(3), 242-246.

Bostwick, J. M., & Seaman, J. S. (2004). Hospitalized patients and alcohol: Who is being missed? *General Hospital Psychiatry* 26, 59-62.

Carroll, R., Metcalfe, C., & Gunnell, D. (2014). Hospital Presenting Self-Harm and Risk of Fatal and Non-Fatal Repetition: Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS ONE* 9(2): e89944. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0089944>

Cheng, I. C., Hu, F. C., & Tseng, M. C. M. (2009). Inpatient suicide in a general hospital. *General Hospital Psychiatry*, 31, 110-115. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2008.12.008

Claassen, C. A., & Larkin, G. L. (2005). Occult suicidality in an emergency department population. *British Journal of Psychiatry*, 186, 352-353.

D'Oliveira, C. F., & Botega, N. J. (2006). *Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde.

Foster, T., Gillespie, K., McClelland, R., & Patterson, C. (1999). Risk factors for suicide independent of DSM-III-R Axis I disorder. Case-control psychological autopsy study in Northern Ireland. *British Journal of Psychiatry*, 175, 175-179.

Fensterseifer, L., & Werlang, B. S. G. (2005). Estudo de fidedignidade e validade da Escala de Avaliação de Dor Psicológica. *Psico-USF*, 10(1), 21-29.

Gairin, I., House, A., & Owens, D. (2003). Attendance at the accident and emergency department in the year before suicide: retrospective study. *British Journal of Psychiatry*, 183, 28-33.

Hooley, J. M., Franklin, J. C., & Nock, M. K. (2014). Chronic pain and suicide: understanding the association. *Current Pain and Headache Reports*, 18(8), 435.

Horowitz, L. M., Snyder, D. J., Boudreaux, E. D., He, J. P., Harrington, C. J., Cai J., Claassen, C. A., Salhany, J. E., Dao, T., Chaves, J. F., Jobs D A, Merikangas, K. R.,

Bridge, J. A., & Pao, M. (2020). Validation of the Ask Suicide-Screening Questions for Adult Medical Inpatients: A Brief Tool for All Ages. *Psychosomatics*, 61, 713-722.

Ilgen, M. A., Walton, M. A., Cunningham, R. M., Barry, K. L., Chermack, S. T., Chavez, P. & Blow, F. C. (2009). Recent suicidal ideation among patients in an inner city emergency department. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 39, 508-517.

Institute of Medicine (2001). *Risk Factors for Suicide: Summary of a Workshop*. Washington, DC: National Academy Press. Recuperado de <https://nap.nationalacademies.org/download/10215>

Jones, J. E., Hermann, B. P., Barry, J. J., Gilliam, F.G., Kanner, A. M., & Meador, K. J. (2003). Rates and risk factors for suicide, suicidal ideation, and suicide attempts in chronic epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 4(Suppl 3) S31-S38.

Khawaja, I. M., Westermeyer, J. J., Gajwani, P., & Feinstein, R. E. (2009). Depression and Coronary Artery Disease: The Association, Mechanisms, and Therapeutic Implications. *Psychiatry*, 6(1), 38-51.

Klonsky, E. D., Victor, S. E, Saffer, B. Y. (2014). Nonsuicidal self-injury: what we know, and what we need to know. *Canadian Journal of Psychiatry*, 59(11), 565-568.

Neto, C. H. (2019). *Autolesão Sem Intenção Suicida e sua Relação com Ideação Suicida*. Tese (Doutorado - Doutorado em Psicologia Clínica e Cultura). Universidade de Brasília. Recuperado de <https://repositorio.unb.br/handle/10482/37075>

Norris, D. & Clark, M. (2012). Evaluation and Treatment of the Suicidal Patient. *American Family Physician*, 85(6), 602-605.

Powell, J., Geddes, J., Deeks J., Goldacre, M., & Hawton K. (2000). Suicide in psychiatric hospital inpatients. *British Journal of Psychiatry*, 176, 266-72.

Qin P, & Nordentoft, M. (2005). Suicide risk in relation to psychiatric hospitalization: evidence based on longitudinal registers. *Archives of General Psychiatry*, 62(4), 427-32.

Ryan, E. P., & Oquendo, M. A. (2020). Suicide Risk Assessment and Prevention: Challenges and Opportunities. *Focus*, 18(2), 88-99. doi: [10.1176/appi.focus.20200011](https://doi.org/10.1176/appi.focus.20200011).

Schoenfeld, M., Myers, R. H., Cupples, L. A., Berkman, B., Sax, D. S., & Clark, E. (1984) Increased rate of suicide among patients with Huntington's disease. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 47(12), 1283-1287.

Shah, A. J., Veledar, E., Hong, Y., Bremner, D. J., & Vaccarino, V. (2011). Depression and History of Attempted Suicide as Risk Factors for Heart Disease Mortality in Young Individuals. *Archives of General Psychiatry*, 68(11), 1135-1142. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.125.

Silva, R. M., Mangas, R. M., Figueiredo, A. E. B., Vieira, L. J. E., et al. (2015). Influências dos problemas e conflitos familiares nas ideações e tentativas de suicídio de pessoas idosas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(6), 1703-1710.

Sun, F. K., Long, A., Huang, X. Y., Huang, H. M. (2008). Family care of Taiwanese patients who had attempted suicide: a grounded theory study. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 53-61.

Tang, N. K., & Crane, C. (2006). Suicidality in chronic pain: A review of the prevalence, risk factors and psychological links. *Psychological Medicine*, 18, 1-12.

Tseng, M. C. M., Cheng, I. C., & Hu, F. C. (2011). Standardized Mortality Ratio of Inpatient Suicide in a General Hospital. *Journal of the Formosan Medical Association*, 110(4), 267-269. doi.org/10.1016/S0929-6646(11)60040-5.

Walsh, G., Sara G., Ryan C. J., & Large M. (2015). Meta-analysis of suicide rates among psychiatric in-patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 131, 74-84. 10.1111/acps.12383.

Webb, R.T., Kontopantelis, E., Doran, T., Qin, P., Creed, F., & Kapur, N. (2012). Suicide risk in primary care patients with major physical diseases: a case-control study. *Archives of General Psychiatry*, 69(3), 256-264.

Wilkinson, P., Kelvin, R., Roberts, C., et al. (2011). Clinical and psychosocial predictors of suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the Adolescent Depression Antidepressants and Psychotherapy Trial (ADAPT). *American Journal of Psychiatry*, 168(5), 495-501.

World Health Organization (2014). *Preventing suicide: a global imperative*. Recuperado de <http://www.who.int>

Yoshimasu, K., Kiyohara, C., & Miyashita, K. (2008). Suicidal risk factors and completed suicide: meta-analyses based on psychological autopsy studies. *Environmental Health and Preventive Medicine*, 13(5), 243-56.

Considerações Finais

Embora não seja uma doença, o suicídio é um desfecho trágico de etiologia complexa e uma das principais causas de morte em todo o mundo (Knox et al., 2004). Por isso, a OMS tem insistido na necessidade de se estabelecer formas de prevenção. Entre outras medidas, os profissionais de saúde, de todos os níveis de atenção, devem estar aptos a reconhecer os fatores de risco, a fim de determinar medidas para reduzir tal risco e evitar o suicídio (WHO, 2014).

Frente ao processo de uma acreditação internacional, surgiu a necessidade da criação de um Protocolo de Prevenção ao Suicídio. Assim, a partir dos dados da literatura sobre o risco de suicídio em hospitais gerais, a sua associação com doenças físicas, e principalmente, o número restrito de instrumentos de avaliação, surgiu a necessidade de construir um instrumento de triagem e avaliação do risco de suicídio para profissionais de saúde que desempenham suas atividades em hospital, em especial enfermeiros e psicólogos.

A pesquisa reservou-se às etapas de revisão da literatura, definição do construto, construção da avaliação e análise dos dados obtidos durante o período de um ano. Ao concluir esta pesquisa observa-se que o uso da “Avaliação do Risco de Suicídio” pelo enfermeiro e psicólogo tem se mostrado de suma importância no contexto hospitalar, pois é possível realmente identificar os pacientes com risco de autoextermínio e implantar as medidas preventivas durante a internação. Tal aspecto é confirmado, pois nenhuma tentativa ou suicídio consumado ocorreu no período do estudo. Outra contribuição da avaliação foi para a atuação da psicologia hospitalar, pois possibilita a realizar uma intervenção em crise a partir da identificação precoce do risco de suicídio.

Contudo, este estudo possui limitações e, portanto, exige estudos adicionais. É importante que se faça um refinamento no instrumento e que, após isso, se busque avaliar

suas características psicométricas para assim confirmar sua habilidade de prever novas tentativas de suicídio, sejam elas bem-sucedidas ou não.

Referências Bibliográficas

- Bertolote J. M. (2012). *O suicídio e sua prevenção*. São Paulo: Editora Unesp.
- Bertolote, J. M., Mello-Santos, C., & Botega, N. J. (2010). Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32(supl. 2), 87-95.
- Botega, N. J. (2002). *Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: interconsulta e emergência*. Porto Alegre: Artmed.
- Botega, N. J. (2015). *Crise Suicida: avaliação e manejo*. Porto Alegre: Artmed.
- Brasil - Ministério da Saúde. (2006). *Prevenção do Suicídio- Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental*. Recuperado de: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf
- Brasil - Ministério da Saúde. (2021). *Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil*. Boletim Epidemiológico 33. Recuperado de: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_33_final.pdf
- Cheng, I. C., Hu, F. C., & Tseng, M. C. M. (2009). Inpatient suicide in a general hospital. *General Hospital Psychiatry*, 31, 110-115. Doi: 10.1016/j.genhosppsy.2008.12.008
- Daudt, A. D., Kirst, F. O., Jardim, G. B. G., & Spanemberg, L. (2018). *Manejo em emergência do paciente suicida*. Recuperado de: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/04/882736/manejo-em-emergencia-do-paciente-suicida.pdf>
- Gonçalves, P. I. E., Silva, R. A., & Ferreira, L. A. (2015). Comportamento Suicida: percepções e práticas de cuidado. *Psicologia Hospitalar*, 13(2), 64-87.
- Hooley, J. M., Franklin, J. C., & Nock, M. K. (2014). Chronic pain and suicide: understanding the association. *Current Pain and Headache Reports*, 18(8), 435.

Jones, J. E., Hermann, B. P., Barry, J. J., Gilliam, F.G., Kanner, A. M., & Meador, K. J. (2003). Rates and risk factors for suicide, suicidal ideation, and suicide attempts in chronic epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 4(Suppl 3) S31–S38.

Knox K.L., Yeates C., Caine E.D. (2004). If suicide is a mental health problem, what are we doing to prevent it? *Am J Public Health*. 94(1), 37–45.

Marcolan, J. F., & Silva, D. A. (2019). O comportamento suicida na realidade brasileira: aspectos epidemiológicos e da política de prevenção. *Revista M. Estudos sobre a morte, os mortos e o morrer*, 4(7), 31-44.

Mello-Santos, C., Bertolote, J. M., & Wang, Y. P. (2005). Epidemiology of suicide in Brazil (1980-2000): characterization of age and gender rates of suicide. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 27(2), 131-4.

Organização Mundial de Saúde (2006). *Prevenção do suicídio um recurso para conselheiros*. Recuperado de <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/183291/OMS-Manual-de-preven%C3%A7%C3%A3o-do-suic%C3%ADdio-para-conselheiros.pdf/809e493d-291f-f716-2a61-e7135ddb3b40?t=1648938692609>

Seeman, M. V. (2015). The Impact of Suicide on Co-patients. *Psychiatric Quarterly*, 86, 449–45.

Tang, N. K., & Crane, C. (2006). Suicidality in chronic pain: A review of the prevalence, risk factors and psychological links. *Psychological Medicine*, 18, 1–12.

The Joint Commission (2021). *Sentinel Event data released for 2021*. Recuperado de <https://www.jointcommission.org/resources/news-and-multimedia/newsletters/newsletters/joint-commission-online/march-9-2022/sentinel-event-data-released-for-2021/#.YsrdI3bMK5c>

Tseng, M. C. M., Cheng, I. C., & Hu, F. C. (2011). Standardized Mortality Ratio of Inpatient Suicide in a General Hospital. *Journal of the Formosan Medical Association*, 110(4), 267–269. doi.org/10.1016/S0929-6646(11)60040-5.

Webb, R.T., Kontopantelis, E., Doran, T., Qin, P., Creed, F., Kapur, N. (2012). Suicide risk in primary care patients with major physical diseases: a case-control study. *Archives of General Psychiatry*, 69(3), 256–264.

World Health Organization (2014). *Preventing suicide: a global imperative*. Geneva: World Health Organization. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/8/9789241564878_eng.pdf?ua=1&ua=1

World Health Organization (2021). *Suicide worldwide in 2019: global health estimates*. Recuperado de <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>

Anexos

Avaliação de Risco de Suicídio - Enfermagem

PRINCIPAIS FATORES DE RISCO	
<input type="checkbox"/> Motivo da internação atual: Tentativa de Autoextermínio** <input type="checkbox"/> Tentativas de suicídio anteriores ** Qtde: _____ <input type="checkbox"/> Suicídio na família** <input type="checkbox"/> Verbaliza a vontade de morrer** <input type="checkbox"/> Alta recente (até 30 dias) de internação psiquiátrica **	<input type="checkbox"/> Doença crônica Qual: _____ <input type="checkbox"/> Não adere a tratamento <input type="checkbox"/> Perda familiar recente <input type="checkbox"/> Perda de emprego recente <input type="checkbox"/> Conflito familiar <input type="checkbox"/> Separação conjugal ou ruptura amorosa recente <input type="checkbox"/> Alta hospitalar recente
<input type="checkbox"/> Transtorno Mental (Depressão, Esquizofrenia, Transtorno Bipolar, Transtorno de Personalidade)* <input type="checkbox"/> Automutilação* <input type="checkbox"/> Puerpério* <input type="checkbox"/> Abuso/dependência de Álcool ou outras drogas* <input type="checkbox"/> Isolamento social (vive só, sem apoio familiar ou social)*	
<input type="checkbox"/> Não possui fator de risco	
<input type="checkbox"/> Não se aplica Motivo: _____	
Solicitar parecer para a Psicologia quando:	
Apresentar 1 fator de risco de alta prioridade**	
Apresentar 02 dos fatores de risco de media prioridade *	
Apresentar no mínimo 03 fatores de risco de baixa prioridade	
Avaliador (assinatura e carimbo): _____	

Avaliação de Risco de Suicídio - Psicologia

IDENTIFICAÇÃO DE RISCO DE SUICÍDIO		
Identificação de Risco Iminente	Sim	Não
Paciente apresenta sintomas depressivos/tristeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apresenta ideação suicida (possui plano para acabar com a vida)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apresenta intenção suicida (tem ideia de como fazê-lo/possui meios)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paciente pensa que seria melhor estar morto ou tem vontade de morrer? *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Para o paciente os problemas atuais parecem insolúveis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paciente acredita que ninguém se preocupa com ele(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paciente acredita que a vida não vale mais a pena ser vivida *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paciente possui doença crônica fora de possibilidade terapêutica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paciente possui dor crônica incapacitante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paciente recusa a presença da equipe ou familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paciente possui acesso a meio letal?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observações:		
ETAPA 3 - CLASSIFICAÇÃO DO GRAU DE RISCO - Psicologia e/ou Psiquiatria		
<input type="checkbox"/>	Risco	Identificação de Risco Iminente
<input type="checkbox"/>	Não Confirmado	Nenhuma perturbação compatível.
<input type="checkbox"/>	Baixo Risco	Sentimento suicida como "eu não consigo continuar", "eu gostaria de estar morto" , mas não fez nenhum plano. Possui apoio social e boa adesão ao tratamento.
<input type="checkbox"/>	Médio Risco	A pessoa tem pensamentos e idéias persistentes de suicídio , vistas como solução, mas não tem planos de como cometer suicídio. Não é uma pessoa impulsiva e conta com apoio social.
<input type="checkbox"/>	Alto Risco	A pessoa tem um plano definido, tem meios para fazê-lo prontamente, ja tomou algumas providências para o ato suicida e apresenta desespero, tormento psiquico intolerável e não vê saída. Parece estar se despedindo. E/ou tentou suicidio recentementee apresenta rigidez quanto a uma nova tentativa e/ou tentou várias vezes em um curto espaço de tempo.
Avaliador (assinatura e carimbo):		