



PREVENÇÃO DO SUICÍDIO
UM RECURSO
PARA CONSELHEIROS



World Health
Organization



PREVENÇÃO DO SUICÍDIO
UM RECURSO PARA CONSELHEIROS



**ORGANIZAÇÃO
MUNDIAL DE SAÚDE**

**Departamento de Saúde Mental e de Abuso de
Substâncias**
**Gestão de Perturbações Mentais e de Doenças do Sistema
Nervoso**
Organização Mundial de Saúde — OMS
Genebra
2006

Este documento faz parte de uma série de recursos dirigidos a grupos sociais e profissionais específicos que são particularmente relevantes na prevenção do suicídio.

Foi preparado como parte do SUPRE, a iniciativa global da Organização Mundial de Saúde para a prevenção do suicídio.

Keywords: suicide / prevention / resources / counsellors.

Publicação de dados catalogados da biblioteca da OMS.

Prevenção do suicídio: um recurso para conselheiros.

(Prevenção do suicídio: uma série de recursos; 7)

"Este documento faz parte de uma série de recursos dirigidos a grupos sociais e profissionais específicos que são particularmente relevantes na prevenção do suicídio. Foi preparado como parte do SUPRE, a iniciativa global da Organização Mundial de Saúde para a prevenção do suicídio" — T.p.

1. Suicídio — prevenção e controle. 2. Tentativa de Suicídio — prevenção e controle. 3. Aconselhamento. I. Organização Mundial de Saúde. II. Série: Prevenção do suicídio: uma série de recursos; 7.

ISBN 92 4 159431 4 (Classificação LC/NLM: HV6545)

ISBN 978 92 4 159431 8

© Organização Mundial de Saúde 2006

Todos os direitos reservados. As publicações da Organização Mundial da Saúde podem ser obtidas através da WHO Press, World Health Organization, Avenida Appia, 20, 1211 Genebra 27, Suíça (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; e-mail: bookorders@who.int). Pedidos de autorização para reprodução ou tradução de publicações da WHO — sejam para venda ou para distribuição gratuita — devem ser enviados para WHO Press, no endereço acima indicado (fax: +41 22 791 4806; e-mail: permissions@who.int).

Os termos utilizados e a apresentação de material nesta publicação não expressam, de forma alguma, qualquer opinião por parte da Organização Mundial de Saúde a respeito da situação legal de qualquer país, território, cidade ou área; ou tão pouco sobre as suas autoridades, ou com relação aos limites das suas fronteiras. As linhas a pontilhado nos mapas representam fronteiras aproximadas sobre as quais pode não haver ainda total acordo.

A menção de companhias específicas ou de produtos de determinados fabricantes não significa que a Organização Mundial de Saúde os endosse ou recomende com preferência sobre outros de natureza similar que não tenham sido mencionados. Com excepção de possíveis erros e/ou omissões, os nomes de produtos e/ou os seus proprietários serão distinguidos pelo uso de letras maiúsculas.

Todas as precauções razoáveis foram tomadas pela Organização Mundial de Saúde no sentido de verificar a informação contida nesta publicação. No entanto, o material publicado está a ser distribuído sem qualquer tipo de garantia, seja ela expressa ou subentendida. A responsabilidade pela interpretação e uso do material pertence exclusivamente ao leitor. Em caso nenhum será a Organização Mundial de Saúde responsável por danos que resultem do seu uso.

Impresso nos Estados Unidos da América

ÍNDICE

Prefácio	v
O peso do suicídio	3
Factores de protecção	3
Factores de risco e situações de risco.....	4
Populações especiais e suicídio	7
Mitos comuns sobre comportamentos suicidas	9
Avaliação de comportamentos suicidas	12
Gestão de comportamentos suicidas	14
Aconselhamento de crianças e adolescentes suicidas	20
Conselheiros que lidam com o suicídio de um cliente.....	22
Fornecendo informação útil à comunidade	23
Web links	26
Referências.....	27

PREFÁCIO

O suicídio é um fenómeno complexo que, através dos séculos, tem atraído a atenção de filósofos, teólogos, médicos, sociólogos e artistas; de acordo com o filósofo francês Albert Camus, no ensaio *O Mito de Sísifo*, é o único problema filosófico sério.

Como um problema grave de saúde pública, requer a nossa atenção, mas, infelizmente, a sua prevenção e controle não são tarefas fáceis. Investigação actual indica que a prevenção do suicídio, embora possível, envolve toda uma série de actividades, que vão desde o proporcionar as melhores condições possíveis para criar as nossas crianças e adolescentes, passando pelo tratamento eficaz de perturbações mentais, até ao controle ambiental de factores de risco. A apropriada disseminação de informação e a consciencialização são elementos essenciais para o sucesso dos programas de prevenção do suicídio.

Em 1999, a OMS lançou o SUPRE, a sua iniciativa a nível mundial para a prevenção do suicídio. Este guia faz parte de uma série de recursos preparados como parte do SUPRE e dirigidos a grupos sociais e profissionais específicos, que são de particular relevância para a prevenção do suicídio. O guia representa um elo numa longa e diversificada cadeia que envolve uma variedade de pessoas e grupos, incluindo profissionais de saúde, educadores, serviços sociais, governos, legisladores, membros da comunicação social, magistrados, famílias e comunidades.

Estamos particularmente gratos ao Doutor Scott Hinkle, Coordenador da Formação Clínica, NBCC-Internacional, Greensboro, EUA, que produziu uma versão anterior deste guia. O texto foi posteriormente revisto pelos seguintes membros da

Rede Internacional da OMS para a Prevenção do Suicídio, aos quais estamos agradecidos:

Dra. Annette Beautrais, Escola de Medicina Christchurch, Christchurch, Nova Zelândia

Professor Jean Pierre Soubrier, Presidente da Secção de Suicidologia da Associação Mundial de Psiquiatria, Paris, França

Dra. Lakshmi Vijayakumar, SNEHA, Chennai, Índia

Professora Danuta Wasserman, Centro Nacional Sueco para a Investigação do Suicídio & Prevenção da Doença Mental e Departamento de Saúde Pública, Estocolmo, Suécia.

Os recursos estão agora a ser amplamente distribuídos, na esperança de que serão traduzidos e adaptados às condições locais – um pré-requisito para a sua eficácia. Comentários e pedidos de autorização para tradução e adaptação serão bem-vindos.

Dr. J. M. Bertolote

Coordenador, Gestão de Perturbações Mentais e de Doenças do Sistema Nervoso

Departamento de Saúde Mental e de Abuso de Substâncias
Organização Mundial de Saúde

PREVENÇÃO DO SUICÍDIO

UM RECURSO PARA CONSELHEIROS

Um maior número de pessoas comete suicídio anualmente do que as que morrem em todos os conflitos mundiais combinados. A assistência de conselheiros profissionais na prevenção do suicídio, a uma escala mundial, é importantíssima e claramente necessária.

Os suicídios resultam de uma complexa interação de factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos, culturais, e ambientais. Uma melhor detecção na comunidade, o encaminhamento para especialistas e a gestão do comportamento suicida são passos importantes na prevenção do suicídio. O desafio chave de tal prevenção consiste em identificar as pessoas que estão em risco e que a ele são vulneráveis; entender as circunstâncias que influenciam o seu comportamento auto-destrutivo; e estruturar intervenções eficazes. Consequentemente, os conselheiros necessitam de desenvolver, na comunidade, iniciativas para prevenir, assim como para lidar com o comportamento suicida.¹

A prática do *aconselhamento profissional* é definida como a aplicação de princípios de saúde mental, psicológicos, ou do desenvolvimento humano, através de estratégias cognitivas, afectivas, comportamentais ou de intervenção sistémica. Usando estas estratégias, os conselheiros profissionais lidam com questões de bem-estar, de crescimento pessoal e de desenvolvimento da carreira, assim como com a patologia da saúde mental. Os conselheiros têm formação e educação ao nível superior e, frequentemente, trabalham em escolas, institutos superiores e universidades, serviços de orientação da carreira, centros de tratamento da toxicod dependência, e clínicas e hospitais.

Por conseguinte, a prevenção do suicídio envolve uma variedade de actividades, incluindo a boa educação das crianças, aconselhamento familiar, tratamento das perturbações mentais, controle ambiental de factores de risco, e educação da comunidade. A educação eficaz da comunidade, uma intervenção vital e básica, inclui o entendimento das causas do suicídio, assim como a sua prevenção e tratamento.

Os conselheiros podem ajudar os indivíduos a entender melhor a relação entre abuso de substâncias e as perturbações do humor, e pensamentos e comportamentos suicidas. Os conselheiros também podem ajudar com o planeamento da prevenção da recaída, a construção da rede de apoio social e, quando necessário, com o encaminhamento para centros de tratamento intensivo psiquiátrico ou do álcool e das drogas.

É evidente a necessidade de um conjunto claro de parâmetros que sejam práticos, acessíveis e informativos para os conselheiros que lidam com crises de suicídio, especialmente nos países em vias de desenvolvimento.² Infelizmente, formação abrangente a respeito da gestão do suicídio raramente faz parte dos programas de formação em saúde mental.³

O suicídio de um cliente é considerado "um risco profissional" para os conselheiros. Estima-se que cerca de 25% dos conselheiros já tenha tido um cliente que cometeu suicídio.⁴ O suicídio pode ter um efeito potencialmente negativo quer nos conselheiros já profissionalizados quer nos que ainda estão em formação. Os conselheiros que passam por tal experiência referem sentir perda de auto-estima, experimentar pensamentos intrusivos e sonhos vívidos, e sentir, ao mesmo tempo, raiva e culpa em resposta à morte do seu cliente.

Esta brochura foi preparada como um guia informativo para a educação de conselheiros a respeito do risco e da prevenção do suicídio.

O PESO DO SUICÍDIO

Estima-se que aproximadamente um milhão de pessoas tenha cometido suicídio em 2000, colocando o suicídio entre as dez causas de morte mais frequentes em muitos países do mundo. Dez a vinte milhões de pessoas terão tentado suicidar-se. Mas presume-se que os números reais sejam ainda mais elevados. Embora as taxas de suicídio variem de acordo com categorias demográficas, elas aumentaram aproximadamente 60% nos últimos 50 anos. A redução da perda de vidas devida a suicídios tornou-se um objectivo internacional essencial em saúde mental. Os conselheiros podem ter um papel chave na prevenção do suicídio.

FACTORES DE PROTECÇÃO

Os factores de protecção reduzem o risco de suicídio; são considerados isoladores contra o suicídio e incluem:

- Apoio da família, de amigos e de outros relacionamentos significativos;
- Crenças religiosas, culturais, e étnicas;
- Envolvimento na comunidade;
- Uma vida social satisfatória;
- Integração social como, por exemplo, através do trabalho e do uso construtivo do tempo de lazer;
- Acesso a serviços e cuidados de saúde mental.

Embora tais factores de protecção não eliminem o risco de suicídio, podem contrabalançar o peso imposto por circunstâncias difíceis da vida.

FACTORES DE RISCO E SITUAÇÕES DE RISCO

Os comportamentos suicidas são mais comuns em certas circunstâncias devido a factores culturais, genéticos, psicossociais e ambientais. Os factores de risco gerais incluem:

- Estatuto sócio-económico e nível de educação baixos; perda de emprego;
- *Stress* social;
- Problemas com o funcionamento da família, relações sociais, e sistemas de apoio;
- Trauma, tal como abuso físico e sexual;
- Perdas pessoais;
- Perturbações mentais tais como depressão, perturbações da personalidade, esquizofrenia, e abuso de álcool e de substâncias;
- Sentimentos de baixa auto-estima ou de desesperança;
- Questões de orientação sexual (tais como homossexualidade);
- Comportamentos idiossincráticos (tais como estilo cognitivo e estrutura de personalidade);
- Pouco discernimento, falta de controle da impulsividade, e comportamentos auto-destrutivos;
- Poucas competências para enfrentar problemas;
- Doença física e dor crónica;
- Exposição ao suicídio de outras pessoas;
- Acesso a meios para conseguir fazer-se mal;
- Acontecimentos destrutivos e violentos (tais como guerra ou desastres catastróficos).

Estima-se que cerca de 90% dos indivíduos que puseram fim às suas vidas cometendo suicídio tinham alguma perturbação mental e que, na altura, 60% deles estavam deprimidos. Na verdade, todos os tipos de perturbações do humor têm sido claramente associados aos comportamentos suicidas. A depressão e os seus sintomas (como, por exemplo, tristeza, letargia, ansiedade, irritabilidade, perturbações do sono e da alimentação) devem alertar todos os conselheiros para o potencial risco de suicídio.

O risco elevado de suicídio também tem sido associado com esquizofrenia, abuso de substâncias, perturbações da personalidade, perturbações da ansiedade, incluindo perturbação de *stress* pós-traumático, e co-morbilidade destes diagnósticos.⁶ Aproximadamente 10 a 15% dos indivíduos com esquizofrenia cometem suicídio, que assim é consistentemente a causa de morte mais comum entre os indivíduos que sofrem de psicose. Uma maior compreensão pessoal sobre a própria perturbação mental, poucos anos em tratamento, e sintomas severos de depressão estão associados com um risco maior de suicídio em indivíduos da população psicótica. Os efeitos do uso do álcool na presença de desafios significativos e de situações *stressantes* da vida podem levar a uma visão mais estreita da realidade e potencialmente a infligir-se mal. O alcoolismo, particularmente na presença da depressão e de perturbações da personalidade, também pode aumentar o risco de suicídio.

Em 90% dos casos de morte de crianças e adolescentes por suicídio, foi identificado como causa algum tipo de perturbação mental,⁷ sendo os diagnósticos mais comuns as perturbações do humor, perturbações da ansiedade, abuso de substâncias, e perturbações comportamentais do funcionamento social.

Os indivíduos suicidas sofrem frequentemente com maiores problemas ambientais do que os seus colegas não-

suicidas, incluindo histórias de abuso, problemas familiares, questões culturais, dificuldades de relação interpessoal, e exposição a *stress* extremo ou crônico. Em conjunto com o humor depressivo, esta carga ambiental aumenta a probabilidade de suicídio. Na verdade, o sentimento de desesperança decorrente de circunstâncias difíceis da vida constitui um indicador ainda mais potente do risco de suicídio do que a depressão por si mesma.

Tentativas de suicídio anteriores aumentam o risco de suicídio. Além disso, os factores de risco mais importantes incluem a ideação persistente sobre fazer-se mal e planos definidos e preparações para cometer suicídio. Portanto, os maiores riscos apresentam-se quando um indivíduo tem os meios, a oportunidade, um plano específico para consumir o suicídio, e a falta de algo ou alguém que o detenha.

Identificar os factores de risco associados com o comportamento suicida é um passo indispensável para a tomada de decisão clínica pelo conselheiro. O conhecimento de tais factores de risco pode orientar a prevenção bem como a intervenção, ao ajudar os conselheiros a identificar os indivíduos em maior risco. Assim, a formação de conselheiros para que possam avaliar os riscos é de suprema importância para a redução dos suicídios.

Embora não haja um “estilo geral” para comunicar intenções suicidas, os sinais de alerta do comportamento suicida incluem: falta de interesse pelo próprio bem-estar; mudanças em padrões de comportamento social, declínio da produtividade no trabalho ou do sucesso escolar; alterações nos padrões de sono e de alimentação; tentativas de pôr os assuntos pessoais em ordem ou de fazer as pazes com outros; interesse fora do comum em como os outros se sentem; preocupação com temas de morte e violência; súbita melhoria no humor depois de um período de depressão; e promiscuidade súbita ou aumentada.

POPULAÇÕES ESPECIAIS E SUICÍDIO

Crianças e adolescentes

Os conselheiros podem ter um papel vital na prevenção do suicídio da criança e do adolescente. Quando uma criança ou um adolescente se torna suicida, está a comunicar dificuldades em resolver problemas, lidar com o *stress* e em expressar emoções e sentimentos. Em alguns casos, a pressão negativa por parte dos colegas pode estar por detrás do comportamento auto-destrutivo.

Os comportamentos suicidas entre crianças e adolescentes muitas vezes envolvem motivações complexas, incluindo humor depressivo, problemas emocionais, comportamentais e sociais, e abuso de substâncias. Outros factores de suicídio entre os jovens incluem a perda de relações românticas, a incapacidade de lidar com desafios académicos e outras situações *stressantes* da vida, e questões associadas com poucas competências para resolver problemas, baixa auto-estima, e conflitos em torno da identidade sexual.

As crianças suicidas frequentemente experimentam uma vida em família disfuncional e conflituosa onde mudanças, tais como o divórcio, podem resultar em sentimentos de desamparo e de perda de controle. Entre os adolescentes, uma história familiar com doenças psiquiátricas, a par de níveis elevados de disfunção familiar, rejeição pela família, e negligência e abuso na infância aumentam o potencial para o suicídio. Os suicídios consumados de jovens estão associados a taxas mais elevadas de perturbações psiquiátricas na família, menor apoio familiar, ideação ou comportamento suicida anterior, problemas disciplinares ou legais, e armas de fogo prontas a disparar em casa. A ideação suicida e a tentativa de suicídio aparecem mais frequentemente entre crianças e adolescentes que foram vítimas de abuso por parte de colegas e/ou por parte de adultos.

Um factor de risco adicional para o suicídio de adolescentes é o suicídio de figuras proeminentes ou de indivíduos que o adolescente conheça pessoalmente. Particularmente entre os jovens, existe também o fenómeno dos suicídios em grupos. Uma tentativa de suicídio ou um suicídio consumado, se forem publicitados, podem levar a comportamentos de autodestruição em grupos de colegas ou em outras comunidades semelhantes que imitem o estilo de vida ou os atributos de personalidade do indivíduo suicida. Existem alguns indícios que justificam a implementação de medidas preventivas quando acontece um suicídio de criança ou adolescente, particularmente em contextos escolares.

Entre os adolescentes de 16 anos e mais velhos, o álcool e o abuso de substâncias aumentam significativamente o risco de suicídio em tempos de sofrimento. Perturbações do humor e da ansiedade, fugir de casa, e o sentimento de desespero também aumentam o risco de tentativas de suicídio. As tentativas de suicídio de adolescentes estão muitas vezes associadas a experiências de vida humilhantes, tais como fracasso na escola ou no trabalho ou conflitos interpessoais com um parceiro romântico. O diagnóstico de perturbação da personalidade está associado com 10 vezes mais suicídios do que entre aqueles que não apresentam diagnóstico,⁸ enquanto que, tantos quanto 80% dos adolescentes que se matam poderiam ter sido diagnosticados com perturbações do comportamento, perturbação de *stress* pós-traumático, ou sintomas violentos e agressivos.

Os idosos

A depressão é amplamente reconhecida como sendo o principal factor associado com o comportamento suicida na idade avançada. Entre os idosos, surge frequentemente a questão do uso indevido de medicamentos como um meio para o suicídio. No entanto, o benefício que se obtém com o tratamento da

depressão contrabalança largamente qualquer impacto negativo da medicação anti-depressiva.

O número de suicídios entre os idosos pode ser diminuído se os conselheiros estiverem atentos às mensagens suicidas. Cerca de 70% dos idosos que cometem suicídio são conhecidos por partilhar as suas ideações suicidas com um membro da família ou com outros indivíduos antes de cometerem o seu acto fatal. Portanto, entrevistas com pessoas que lhes são próximas, que sempre constituem um instrumento vital, são imprescindíveis com esta população, sempre que membros da família e amigos possam ser questionados.

MITOS COMUNS SOBRE COMPORTAMENTOS SUICIDAS

Há diversos mitos a respeito do comportamento suicida. Alguns dos mais comuns são:

Mito 1: As pessoas que falam sobre o suicídio não farão mal a si próprias, pois querem apenas chamar a atenção. Isto é **FALSO**. Um conselheiro deve tomar todas as precauções necessárias sempre que confrontado com um indivíduo que fale de ideação, de intenção ou de um plano suicida. *Todas as ameaças de se fazer mal devem ser levadas muito a sério.*

Mito 2: O suicídio é sempre impulsivo e acontece sem aviso. **FALSO**. Morrer pelas suas próprias mãos pode parecer ter sido impulsivo, mas o suicídio pode ter sido ponderado durante algum tempo. Muitos indivíduos suicidas comunicam algum tipo de mensagem verbal ou comportamental sobre as suas ideações da intenção de se fazerem mal.

Mito 3: Os indivíduos suicidas querem mesmo morrer ou estão decididos a matar-se. **FALSO**. A maioria das pessoas que se sentem suicidas partilham os seus pensamentos com pelo menos

uma outra pessoa, ou ligam para uma linha telefónica de emergência ou para um médico, o que constitui prova de ambivalência, e não de empenhamento em se matar.

Mito 4: Quando um indivíduo mostra sinais de melhoria ou sobrevive a uma tentativa de suicídio, está fora de perigo.

FALSO. Na verdade, um dos períodos mais perigosos é imediatamente depois da crise, ou quando a pessoa está no hospital, na sequência de uma tentativa. A semana que se segue à alta do hospital é um período durante o qual a pessoa está particularmente fragilizada e em perigo de se fazer mal. Como um preditor do comportamento futuro é o comportamento passado, a pessoa suicida muitas vezes continua em risco.

Mito 5: O suicídio é sempre hereditário. **FALSO.** Nem todos os suicídios podem ser associados à hereditariedade e estudos conclusivos são limitados. Uma história familiar de suicídio, no entanto, é um factor de risco importante para o comportamento suicida, particularmente em famílias onde a depressão é comum.

Mito 6: Os indivíduos que tentam ou cometem suicídio têm sempre alguma perturbação mental. **FALSO.** Os comportamentos suicidas têm sido associados à depressão, abuso de substâncias, esquizofrenia e outras perturbações mentais, além de aos comportamentos destrutivos e agressivos. No entanto, esta associação não deve ser sobrestimada. A proporção relativa destas perturbações varia de lugar para lugar e há casos em que nenhuma perturbação mental foi detectada.

Mito 7: Se um conselheiro falar com um cliente sobre suicídio, o conselheiro está a dar a ideia de suicídio à pessoa. **FALSO.** Um conselheiro obviamente não causa comportamento suicida simplesmente por perguntar aos clientes se estão a considerar fazer-se mal. Na verdade, reconhecer que o estado emocional do indivíduo é real, e tentar normalizar a situação induzida pelo

stress são componentes necessários para a redução da ideação suicida.

Mito 8: O suicídio só acontece “àqueles outros tipos de pessoas,” não a nós. **FALSO.** O suicídio acontece a todos os tipos de pessoas e encontra-se em todos os tipos de sistemas sociais e de famílias.

Mito 9: Após uma pessoa tentar cometer suicídio uma vez, nunca voltará a tentar novamente. **FALSO.** Na verdade, *as tentativas de suicídio* são um preditor crucial do suicídio.

Mito 10: As crianças não cometem suicídio dado que não entendem que a morte é final e são cognitivamente incapazes de se empenhar num acto suicida. **FALSO.** Embora seja raro, as crianças cometem suicídio e, *qualquer gesto, em qualquer idade,* deve ser levado muito seriamente.

Dadas estas concepções erróneas acerca do suicídio, alguns conselheiros podem sentir-se ansiosos ou mal preparados para trabalhar com indivíduos suicidas e devem desenvolver competências de aconselhamento eficazes para lidar com esta população. A informação, a formação, e a experiência de intervenção em crises contribuem para aumentar a competência do conselheiro. A formação deve incluir o reforço da capacidade para tolerar os sentimentos intensos de outros, a redução das reacções de defesa e da passividade do conselheiro, e a superação de questões de sofrimento ainda por resolver. Para além disto, estar consciente dos factores de risco e compreender situações de risco também são actividades essenciais para o conselheiro.

AValiação DOS COMPORTAMENTOS SUICIDAS

Uma avaliação abrangente dos comportamentos suicidas é fundamental para a intervenção terapêutica eficaz e para as actividades de prevenção. O principal objectivo da avaliação do suicídio é facultar informação para a prevenção e aconselhamento. A avaliação, subseqüentemente, guia o diagnóstico e decisões clínicas, a intervenção terapêutica, a prevenção e os cuidados posteriores prestados por um conselheiro. Todas as avaliações do suicídio devem incluir:

- Um levantamento dos factores de risco relevantes;
- História anterior de comportamentos suicidas;
- Condições biológicas, psicossociais, mentais, situacionais, ou médicas imutáveis;
- A magnitude dos sintomas suicidas actuais, incluindo o grau de desesperança;
- Factores de *stress* que precipitem o suicídio;
- Nível de impulsividade e de controle pessoal;
- Outra informação atenuante;
- Factores de protecção contra o suicídio.

A avaliação do suicídio requer uma avaliação dos factores de comportamento e de risco, o diagnóstico subjacente de perturbações mentais, e uma determinação do risco de morte. Uma vez que a avaliação esteja completa, é importante classificar o risco total de suicídio em termos da sua severidade. A escala apresentada abaixo, baseada numa escala de 5 pontos, que vai desde risco *inexistente* ao risco *extremo* de suicídio, pode servir como uma orientação geral para tal avaliação:

1. Inexistente: Essencialmente, nenhum risco de se fazer mal.

2. Leve: A ideação suicida é limitada, não há nenhum plano ou preparação definidos para se fazer mal, e há poucos factores de risco conhecidos. A intenção de cometer suicídio não é aparente,

mas a ideação suicida está presente; o indivíduo não tem um plano concreto e não tentou suicidar-se no passado.

3. Moderado: São evidentes planos definidos e preparação, com visível ideação suicida, há possivelmente história de tentativas anteriores, e pelo menos dois factores de risco adicionais. Ou, mais do que um factor de risco para o suicídio está presente, a ideação suicida assim como a intenção estão presentes, mas é negado que haja um plano claro; o indivíduo está motivado para melhorar o seu estado emocional e psicológico actual se houver ocasião para tal.

4. Severo: Os planos e a preparação para se infligir mal foram claramente definidos ou a pessoa é reconhecida como alguém que já tentou múltiplas vezes o suicídio com dois ou mais factores de risco. A ideação e a intenção suicida são verbalizadas em conjunto com um plano bem estudado e com os meios de o levar a cabo. Este indivíduo demonstra inflexibilidade cognitiva e desesperança quanto ao futuro e nega o apoio social disponível; houve tentativas de suicídio anteriores.

5. Extremo: Um indivíduo que tentou o suicídio múltiplas vezes com diversos factores de risco significativos. Atenção e acção imediata são imprescindíveis.

Em última análise, a responsabilidade do conselheiro consiste em ajuizar e localizar um ponto na escala de letalidade do suicídio que ajude a descrever o potencial do indivíduo para se auto-destruir. Muitas vezes, é melhor cometer um erro de julgamento de falso-positivo do que de falso-negativo. A avaliação do nível de funcionamento de um indivíduo antes e depois do aconselhamento também pode ser útil para fins de intervenção e prevenção.

A avaliação para o risco de suicídio inclui uma entrevista clínica, informação proveniente de processos de avaliação

sistemática, e a recolha de valiosos dados corroborantes junto de terceiros. As razões para viver, ou para continuar a vida são factores cognitivos importantes na avaliação do suicida e devem ser incorporados num plano de diagnóstico e tratamento. Finalmente, a avaliação do suicídio necessita ser multidimensional e ser colocada no contexto do desenvolvimento humano normal e das diferenças dos sexos, história familiar, abuso de substâncias, nível de isolamento, diagnóstico psiquiátrico, nível de desamparo/desesperança, e padrões demográficos.³

Em geral, a avaliação de crianças e adolescentes deve incluir, no mínimo:

- Entrevista clínica;
- Observação de comportamentos;
- Informação corroborante por parte dos pais, professores, parentes e amigos;
- Avaliação de factores de risco e de factores situacionais;
- Avaliação da ideação, dos planos e da intenção e razões para viver;
- Disponibilidade e qualidade do apoio da família e dos amigos;

GESTÃO DE COMPORTAMENTOS SUICIDAS

Infelizmente, não há nenhum conjunto de procedimentos universalmente aceite para como se deve lidar com um indivíduo suicida ou potencialmente suicida. No entanto, os serviços de aconselhamento devem responder às necessidades do indivíduo suicida. A identificação, avaliação, e tratamento de indivíduos suicidas exigem a consideração de muitas variáveis importantes. Os indivíduos suicidas têm uma variedade de necessidades que vão desde informação até ao aconselhamento e à medicação. Várias combinações de intervenções breves de aconselhamento

e medicação para tratar a depressão e outras perturbações comportamentais são frequentemente indicadas.

Quando uma pessoa está a experimentar pensamentos suicidas (ideação) é importante iniciar imediatamente procedimentos de gestão. Estes incluirão uma avaliação (por exemplo, do nível de ambivalência, impulsividade, rigidez, e meios de letalidade), alistamento de apoios, com vários níveis de contrato pessoal e de envolvimento familiar, bem como aconselhamento. A gestão da pessoa suicida pode também incluir tratamento farmacológico ou internamento clínico.

A gestão de uma crise suicida não deve ser um acontecimento solitário. É muitas vezes essencial que outros serviços de saúde estejam envolvidos e, em alguns casos, até as autoridades devem ser notificadas. Os conselheiros com muitos clientes devem estar particularmente atentos à sua capacidade para lidar eficazmente com uma crise suicida. Além disso, é importante o conhecimento de códigos éticos e das leis locais relativas ao envolvimento de terceiros.

A colaboração entre conselheiros e profissionais da saúde na prevenção do suicídio é de importância fundamental. Conselheiros, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros psiquiátricos, psiquiatras e outros médicos necessitam de trabalhar em conjunto, colaborando e cooperando uns com os outros para prestar informação à comunidade sobre a natureza do suicídio e para estabelecer ligação entre os centros de serviço de aconselhamento e de serviço social e de saúde mental e os planos de tratamento médico.

Durante uma crise suicida, é importante que o conselheiro:⁹

- Esteja calmo e dê apoio;
- Não faça juízos;

- Encoraje o cliente abrir-se consigo quanto aos seus problemas e sentimentos;
- Reconheça o suicídio como uma escolha, mas não a aceite como uma escolha “normal”;
- Escute atentamente o que tem para dizer o cliente, intervindo sempre que necessário, e reforce positivamente a necessidade do cliente se tratar bem a si mesmo;
- Mantenha o processo de aconselhamento focado no momento e na situação actual;
- Evite aconselhar o seu cliente sobre problemas mais profundos até que a crise diminua;
- Convide outro profissional para ajudá-lo a avaliar o potencial de autodestruição;
- Faça perguntas sobre a letalidade dos planos do cliente;
- Remova meios letais;
- Tome decisões eficazes para gestão da crise.

Para pormenorizar este último ponto, a tomada de decisão eficaz durante uma crise suicida é uma função de um plano preestabelecido para vários tipos de indivíduos, de factores de risco, e de níveis potenciais de dano. Os conselheiros que trabalham com populações ou em ambientes específicos podem desenvolver planos de gestão do suicídio para os seus respectivos grupos, situações ou contextos. Por exemplo, conselheiros que gerem uma crise com uma criança que não esteja internada, devem ter um plano claro de acção que, muito provavelmente, será diferente de uma intervenção junto de um adulto que esteja internado, e para o qual uma equipa de emergência com enfermeiros ou médicos esteja permanentemente disponível. Planos de gestão do suicídio que foram claramente definidos não só garantem cuidados de qualidade, como também incluem possíveis encaminhamentos e garantem que ninguém se perde no sistema de prestação de cuidados.

Embora haja poucas provas a respeito da utilidade de contratos, muitos conselheiros preferem estabelecer um contrato com indivíduos potencialmente suicidas já que aquele pode trazer alguns benefícios. No entanto, se ocorre uma tentativa de suicídio, todos os canais de comunicação entre os conselheiros, profissionais da saúde, a família, e a vítima têm de ser abertos e de funcionar de forma eficiente. A prática de exercícios de resposta a tentativas de suicídio pode aumentar a confiança de todos os conselheiros que lidam com uma crise suicida.

É essencial que o conselheiro estabeleça uma relação com o indivíduo potencialmente suicida que inclua crença e confiança no conselheiro. O indivíduo potencialmente suicida deve sentir-se livre para partilhar informação e deve estar confiante que o conselheiro está disposto a lidar com a crise. Essencialmente, o conselheiro necessita garantir a segurança do indivíduo, ao mesmo tempo que tenta gerir e reduzir a crise.

Na gestão do suicídio, o conselheiro tem de perguntar se o indivíduo tem intenções de se ferir ou de se matar. Por exemplo, o conselheiro pode perguntar:

- “Tem pensado em fazer-se mal?”
- “Tem pensado acabar com a sua vida?”
- “Tem estado a pensar em suicídio?”
- “Já alguma vez pensou ou está a pensar agora em fazer-se mal?”
- “Tem-se sentido tão mal que pensa em infligir-se mal?”
- “Tem planos para pôr fim à sua vida?”
- “Tem um plano para como vai consegui-lo?”

Obviamente, estas perguntas devem ser feitas da maneira mais apropriada para cada indivíduo, num contexto sócio-cultural específico.

Indivíduos com **leve** risco de suicídio geralmente requerem reavaliações e seguimento periódicos do seu potencial suicida, pois deve ter-se presente que a categoria leve pode elevar-se para risco moderado ou maior. Indivíduos de risco **moderado** necessitarão de avaliação recorrente para hospitalização, de envolvimento activo dos sistemas de suporte, de serviços de emergência disponíveis 24 horas por dia, de avaliação para medicação, e aconselhamento de seguimento se necessário. Se os riscos do indivíduo se elevarem a **severo** ou **extremo**, intervenções restritivas são tipicamente inevitáveis e pode requerer-se um internamento involuntário. Frequentemente, é melhor que o tratamento seja facultado no ambiente menos restritivo que ainda seja seguro e eficaz. Garantir a continuidade dos cuidados bem como considerar as perturbações psiquiátricas incluídas na *CID* ou no *DSM* pode ajudar no planeamento do tratamento e com a necessidade potencial de uma avaliação para uso de medicação psicotrópica.

Durante a gestão do suicídio, é importante que o conselheiro não expresse perspectivas morais, religiosas, ou filosóficas pessoais, pois as mesmas poderiam contribuir para bloquear a comunicação e alienar o indivíduo suicida. Recursos potencialmente úteis, tanto pessoais como da comunidade, necessitam de ser processados com o indivíduo. Isto pode incluir a família, amigos, sacerdotes, curandeiros, ou outras fontes de apoio. Também é importante não fazer promessas a respeito de confidencialidade acerca das intenções suicidas do indivíduo.

O risco de tentativas repetidas de suicídio é maior durante o primeiro ano que se segue a uma tentativa. Portanto, o conselheiro necessita de prever a continuação do acompanhamento intensivo e da reabilitação, incluindo a gestão do caso, contactos telefónicos e apoio continuado e, em alguns casos, visitas ao domicílio. Em consequência, os conselheiros necessitam de definir com que frequência um indivíduo

necessitará ser contactado, quais os conselheiros disponíveis para oferecer seguimento, e por quanto tempo. A ruptura prematura do aconselhamento e uma resposta inadequada ao tratamento podem constituir um prognóstico desfavorável de eventual suicídio.

O aconselhamento deverá ser específico para as necessidades do indivíduo e, frequentemente, inclui o uso de terapias cognitivo-comportamentais, terapia comportamental dialéctica, terapia psicodinâmica, e aconselhamento familiar. Elementos úteis do processo terapêutico com indivíduos suicidas incluem o apoio para enfrentar emoções intensas e confrontar comportamentos auto-destrutivos, ao mesmo tempo que se encoraja a autonomia pessoal. Reconhecer e superar sentimentos de desamparo, de falta de esperança e de desespero, bem como desenvolver o auto-conhecimento e construir uma identidade pessoal positiva também são elementos essenciais para o processo de aconselhamento de indivíduos suicidas.

A identificação da mensagem que o indivíduo está a tentar comunicar e/ou do problema que o indivíduo está a tentar resolver através do comportamento suicida, também é uma intervenção útil. Dar ao indivíduo suicida a oportunidade de expressar-se pode ajudar a esvaziar a situação de crise. Os conselheiros devem, no entanto, ser cautelosos e não depender apenas da comunicação verbal, pois a falta de referência ou a negação da ideação suicida podem mascarar a verdadeira intenção suicida. Apoio imparcial, ouvir atentamente, e perguntar questões relevantes e reveladoras, podem ajudar a identificar quais as mensagens que o indivíduo suicida está a tentar transmitir.

ACONSELHAMENTO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES SUICIDAS

O aconselhamento é apropriado para todas as crianças e adolescentes com comportamentos suicidas e deve focar-se no tratamento cognitivo comportamental, com ênfase na capacidade para enfrentar problemas. Os objectivos do aconselhamento eficaz podem incluir uma melhor compreensão de si mesmo, identificar sentimentos conflituosos, melhorar a auto-estima, mudar comportamentos desadaptativos, aprender a resolver conflitos, e a interagir mais eficazmente com os colegas.

É provável que estudantes peçam ajuda a um amigo durante os estádios iniciais da ideação suicida. Treinar estudantes para que identifiquem colegas em risco de tal comportamento pode contribuir para que os estudantes recebam o auxílio de que necessitam. Os programas de aconselhamento por colegas têm-se revelado de grande ajuda para aumentar o conhecimento que os estudantes têm sobre factores de risco do suicídio, e de como entrar em contacto com uma linha telefónica de emergência ou centro de crise, e como encaminhar um amigo para um conselheiro. Os estudantes necessitam de um foro onde possam receber informação, fazer perguntas e aprender como ajudarem os seus amigos e a si mesmos com as suas preocupações suicidas. Infelizmente, apenas 25% dos estudantes contam a um adulto se um amigo tiver ideações suicidas. No entanto, apresentações cuidadosamente preparadas para a sala de aula, feitas por conselheiros, podem ajudar a aumentar essa taxa.

Envolver os pais e colaborar com outros serviços de saúde e escolas, também são processos de prevenção eficazes. Os pais de crianças em escolas com programas de prevenção do suicídio devem estar envolvidos nos esforços da escola para

educar, identificar e ajudar jovens com intenções suicidas. Os professores passam muito tempo com as crianças e adolescentes e, geralmente, são também boas fontes de informação sobre questões de saúde mental relativas aos estudantes. Além disso, quando adequadamente treinados, os funcionários da escola podem identificar factores de risco entre os alunos. Quando o comportamento suicida ocorre em contexto escolar, é importante contactar os pais, garantir que o estudante receba avaliação e apoio apropriados antes de voltar à escola e, aquando do seu regresso, que o estudante seja recebido de maneira positiva.

Frequentemente, os estudantes que tenham sido confrontados com o suicídio de outro aluno necessitam de falar sobre o sucedido e tentar entender o que aconteceu. Aconselhamento do luto com um grupo de apoio na escola pode ser um método eficaz para ajudar estudantes a lidar com a perda de um colega ou amigo devida ao suicídio. Este processo pode ajudar a tornar real a perda, apoiar o reajustamento ao ambiente escolar sem o estudante desaparecido, e preparar uma rotina positiva para continuar com a vida. Quando as crianças experimentam uma combinação de sentimentos de perda, dor, raiva e frustração, a atenção deve focar-se na potencial ideação e intenção suicida. Tais intervenções de aconselhamento devem incluir acompanhamento ou reabilitação, pois algumas crianças podem continuar a experimentar dificuldades durante algum tempo após o suicídio de um amigo ou colega.

A gestão do suicídio entre adolescentes torna-se ainda mais importante na presença de abuso de substâncias, perturbações da personalidade, impulsividade,¹⁰ e *stress* no relacionamento com colegas ou amigos. Em casos mais sérios, o adolescente que considera o suicídio deve ser vigiado a tempo inteiro. Se a família não for capaz de fornecer este nível de supervisão e o adolescente estiver fora de controle, este necessitará ser hospitalizado para que lhe possam ser prestados a atenção e os cuidados adequados. Infelizmente, a

hospitalização não é uma garantia; adolescentes decididos a ferirem-se podem mesmo assim encontrar uma forma de realizar o seu objectivo destrutivo. Depois da hospitalização, a criança ou adolescente necessita de cuidados de seguimento por profissionais de saúde adequadamente treinados, incluindo conselheiros. O aconselhamento durante este período deve focar-se em reduzir fantasias mórbidas acerca da morte, rejeição, alienação, perda e castigo, assim como em estabilizar a situação e considerar uma avaliação psico-farmacológica.^{1,11}

Em termos da *prevenção do suicídio*, é importante considerar níveis de intervenção primária, secundária e terciária. O nível primário diz respeito a pessoas que ainda não mostram sinais de tendência suicida, ou em que os transtornos são ainda muito limitados. A prevenção deve focar-se no apoio e melhoria do funcionamento em contextos interpessoais e sociais, bem como em diminuir significativamente as condições de risco emocionais, físicas e económicas.

Os programas de educação na escola podem ajudar os professores a aprender como identificar estudantes potencialmente suicidas, e a treinar os estudantes para a consciencialização de como podem ser úteis para os seus colegas com problemas. Os programas comunitários que se concentram na saúde mental positiva também são úteis para a prevenção do suicídio. Embora a sua eficácia pareça ser discutível, centros de crise e linhas telefónicas de emergência para o suicídio são centrais nos esforços de prevenção do suicídio em muitas comunidades.

CONSELHEIROS QUE LIDAM COM O SUICÍDIO DE UM CLIENTE

Os comportamentos suicidas estão entre as crises de saúde mental mais frequentemente encontradas por conselheiros. Falar

com colegas e supervisores, aceitar que o suicídio é um resultado possível no aconselhamento, conduzir uma “autópsia psicológica” e ir ao funeral, têm sido referidos como estratégias importantes para os conselheiros que lidam com o suicídio de um cliente. Os conselheiros também necessitam de estar atentos às suas próprias dificuldades com o tópico da morte e suicídio, e não devem permitir que tais dificuldades inibam os seus esforços na prestação de cuidados ao indivíduo suicida.

A ansiedade face a morte é um elemento central na capacidade do conselheiro para trabalhar com indivíduos suicidas. Há uma relação entre as atitudes e valores do conselheiro a respeito do suicídio e a sua eficácia ao trabalhar com indivíduos suicidas. Se um suicídio ocorre, o conselheiro envolvido necessitará de uma oportunidade para falar do que aconteceu e das suas reacções, incluindo uma reconstrução dos acontecimentos que culminaram com o suicídio, identificando os factores que conduziram à morte, avaliando a resposta da equipa de saúde mental, e retirando consequências para melhorar futuros esforços de prevenção. Os conselheiros envolvidos num suicídio consumado podem experimentar sentimentos que vão desde a raiva e o ressentimento até à culpa, à tristeza, e aos sintomas pós-traumáticos. O apoio de colegas, e até aconselhamento, podem ser extremamente benéficos nesta situação.

FORNECENDO INFORMAÇÃO ÚTIL À COMUNIDADE

Os conselheiros podem prestar esclarecimentos e educação à comunidade para ajudar a reduzir a incidência de suicídios. Por exemplo, é importante que os conselheiros divulguem os sinais de alarme do comportamento suicida. Educar as pessoas sobre o suicídio pode ajudar a alertar as comunidades para os sinais de aviso do suicídio, a dissipar os mitos do suicídio, bem como a oferecer esperança àqueles que são potencialmente

suicidas e que necessitam de repensar as suas opções. As organizações comunitárias, profissionais de cuidados de saúde primários e conselheiros podem ser úteis na disseminação de informação sobre o suicídio, tais como circunstâncias específicas (como por exemplo, perda do emprego e subsequente efeito na estabilidade familiar) e factores de risco do suicídio (como, por exemplo, a depressão, perturbações mentais, a dependência de droga e de álcool, a história familiar).

Além do mais, é importante que os conselheiros que trabalham nas escolas ajudem a informar e educar professores e pais sobre como identificar alunos em risco de suicídio. Os conselheiros escolares devem preparar os estudantes para detectarem comportamentos suicidas e aprenderem a obter ajuda. Por exemplo, estudantes envolvidos em programas de prevenção precisam de informação e formação em como demonstrar empatia e como ouvir atentamente, e também como estender a mão aos amigos que possam estar necessitados de ajuda. Informação que ajude os estudantes a ultrapassar a crise emocional de um suicídio ou de uma tentativa de suicídio tornados públicos, também é importante para evitar suicídios por imitação. Os Centros Americanos para o Controle de Doenças desenvolveram recomendações que têm sido amplamente usadas para reduzir suicídios em grupos.¹²

É importante que os conselheiros tenham um plano para lidar com a comunicação social quando ocorre um suicídio. Esse plano deve incluir pedir aos meios de comunicação social que não glorifiquem, embelezem, ou dramatizem a morte, com o objectivo de prevenir a possibilidade de suicídios por contágio. Para informação específica, os conselheiros devem consultar: *Prevenindo o Suicídio: um recurso para profissionais da comunicação social.*¹³

Grupos de auto-ajuda para sobreviventes são um método construtivo e motivador de oferta de cuidados posteriores ao

suicídio, prestados para que as pessoas se possam ajudar a si mesmas. Tais grupos de auto-ajuda, organizados por aqueles que perderam alguém querido, podem fornecer informação útil sobre o processo do luto, informação sobre suicídio, assim como sobre os vários papéis dos conselheiros profissionais que ajudam os sobreviventes.

Os conselheiros que trabalham com grupos de sobreviventes podem dar grande conforto aos amigos e às famílias afectadas pelo suicídio. Frequentemente, os sobreviventes vacilam entre sentimentos de culpa, de raiva e de profunda tristeza. Em tais casos, os conselheiros podem criar uma oportunidade para que os sobreviventes processem os seus sentimentos. Muitas famílias têm relatado a necessidade de aconselhamento logo após uma tentativa de suicídio. Tal aconselhamento ajuda as famílias a lidar com o *stress* da tentativa e pode esclarecer o seu papel nos cuidados a prestar ao suicida, ou a lidar com a perda por suicídio de um amigo ou membro de família.

Sempre que relevante, os conselheiros também podem ajudar as famílias e os amigos a entender melhor o papel da doença mental no comportamento suicida, assim como a reduzir o risco de suicídios por contágio ou por imitação. O aconselhamento com grupos necessitados de cuidados posteriores ao suicídio inclui procedimentos para aliviar o *stress* e o luto associados com um suicídio e promove uma recuperação saudável para os enlutados.

Os conselheiros podem ajudar as pessoas a aceitar o suicídio, a seguir em frente com a sua vida de uma maneira positiva, e a desenvolver um modo de lidar com a sua perda formando um grupo de sobreviventes. Para informação específica sobre como começar tal grupo, os conselheiros devem consultar: *Prevenindo o suicídio: como começar um grupo de sobreviventes.*¹⁴

WEB LINKS

Assistência pode ser obtida *on-line* nos seguintes sites (accedidos mais recentemente em Abril de 2006):

The International Association for Suicide Prevention

<http://www.med.uio.no/iasp/>

The Australian Network for Promotion, Prevention and Early Intervention for Mental Health

<http://auseinet.flinders.edu.au/>

The International Academy for Suicide Research

<http://www.uni-wuerzburg.de/IASR/>

The American Association of Suicidology

<http://www.suicidology.org/>

The American Foundation for Suicide Prevention

<http://www.afsp.org>

The Suicide and Mental Health Association International

<http://www.suicideandmentalhealthassociationinternational.org/>

Befrienders International

<http://www.befrienders.org/>

Samaritans

<http://www.samaritans.org.uk/>

International Federation of Telephone Emergency Services

<http://www.ifotes.org/>

LifeLine International

<http://www.lifeline.web.za/>

The Suicide Prevention Action Network

<http://www.spanusa.org>

<http://www.infosuicide.org> (em Francês)

REFERÊNCIAS

1. Popenhagen MP, Qualley RM. Adolescent suicide. Detection, intervention, and prevention. *Professional school counseling*, 1998, 1: 30-35. (Em Inglês)
2. Patel V, Thara R. *Meeting the mental health needs of developing countries: NGO innovations in India*. New Delhi: Sage, 2003. (Em Inglês)
3. Westefeld JS, Range LM, Rogers JR, Maples MR, Bromley JL, Alcorn J. Suicide: An overview. *The counseling psychologist*, 2000, 28: 445-510. (Em Inglês)
4. Rogers, JR. Suicide risk assessment. In: ER Welfel & RE Ingersoll (eds.). *The mental health desk reference*. New York: Wiley, 2001, 259-264. (Em Inglês)
5. Collins BG, Collins TM. *Crisis and trauma: Developmental-ecological intervention*. Boston: Houghton Mifflin, 2005. (Em Inglês)
6. Sanchez HGT. Risk factor model for suicide assessment and intervention. *Professional Psychology: Research and Practice*, 2001, 32: 351-358. (Em Inglês)
7. Shaffer D, Craft L. Methods of adolescent suicide prevention. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1999, 60 (Suppl. 2): 70-74. (Em Inglês)
8. Blumenthal S. Youth suicide: Risk factors, assessment, and treatment of adolescent and young adult suicide patients. *Psychiatric Clinics of North America*, 1990, 12: 511-556. (Em Inglês)

9. Capuzzi D, Gross D. "I don't want to live:" The adolescent at risk for suicidal behaviour. In D. Capuzzi & D. Gross (eds.). *Youth at risk: A prevention resource for counsellors, teachers and parents*. Alexandria, VA: American Counseling Association, 2000, 3rd edition, 319-352. (Em Inglês)
10. Stoelb M, Chiriboga J. "A process model for assessing adolescent risk of suicide". *Journal of Adolescence*, 1998, 21: 359-370. (Em Inglês)
11. Pfeffer CR. "Clinical perspectives on treatment of suicidal behavior among children and adolescents". *Psychiatric Annals*, 1990, 20: 143-150. (Em Inglês)
12. Centers for Disease Control. CDC Recommendations for a community plan for prevention and containment of suicide clusters. *Morbidity and mortality weekly report*, 1994, 37 (Suppl. 6):1-12. (Em Inglês)
13. World Health Organization. *Preventing suicide: A resource for media professionals*. Geneva: World Health Organization, 2000. (Em Inglês)
14. World Health Organization. *Preventing suicide: how to start a survivors' group*. Geneva: World Health Organization, 2000. (Em Inglês)



Preventing suicide: a resource series

1. A resource for general physicians
2. A resource for media professionals
3. A resource for teachers and other school staff
4. A resource for primary health care workers
5. A resource for prison officers
6. How to start a survivors group
7. A resource for counsellors
8. A resource at work



**World Health
Organization**

Department of Mental Health and Substance Abuse
Management of Mental and Brain Disorders

ISBN 92 4 159431 4

