



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências da Saúde

Suicídio na velhice - como prevenir e reduzir a sua incidência

Carolina Assunção Pereira Caetano

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(ciclo de estudos integrado)

Orientador: Doutor Vítor Santos
Coorientador: Prof. Doutora Rosa Marina Afonso

Covilhã, abril de 2017

Agradecimentos

À Faculdade de Ciências da Saúde, pelo crescimento, não só académico, mas também pessoal que providenciou nos últimos 6 anos;

Ao meu orientador Professor Doutor Vítor Santos, por ser um grande exemplo de dedicação e pela sempre entusiasta motivação e apoio constante;

À minha coorientadora Professora Doutora Rosa Marina Afonso, pela ajuda na construção e rigor desta dissertação;

À Marta Duarte, pela revisão e auxílio no suporte estrutural deste projeto, além do apoio e constantes desabafos;

Ao Professor Gonçalo Faria e ao Professor João Carlos Costa, pela ajuda na correção linguística deste texto, ajuda esta essencial na conclusão do trabalho;

À minha família, pelo apoio incondicional e por nunca ter deixado de acreditar em mim e na conclusão deste sonho;

À Sofia, ao Rodrigo, à Mariana e à Alda, por serem a minha rocha nos últimos 6 anos, pois sempre acreditaram em mim e a sua presença constante foi essencial e indispensável na integração e vivências nesta cidade;

Aos meus amigos, que embelezam a minha vida e conseguem converter todas as tristezas em sorrisos;

A todos, o meu grande obrigado.

Resumo

Introdução: O suicídio é um assunto ainda visto como tabu em muitas comunidades. A Organização Mundial de Saúde (OMS) reportou uma taxa global de 11,4 per 100.000 pessoas que cometeram suicídio em 2012, sendo considerada uma das dez maiores causas de morte. Em Portugal, os números são também preocupantes, indicando-se, em 2014, 1.154 mortes. A zona do Alentejo é a que apresenta índices mais elevados, com taxas de mortalidade de 34,4 por cada 100.000 habitantes do sexo masculino.

O objetivo desta dissertação é apresentar a epidemiologia do suicídio, quais os fatores de risco e de protetores, a sua relação com as consultas de medicina geral e familiar e como intervir de forma a reduzir as tentativas de suicídio. A implementação de planos de prevenção pode ter um grande impacto na redução da incidência de suicídio. Existem campanhas de prevenção do suicídio que visam a educação da população, contudo apenas estão descritas medidas gerais de prevenção e não específicas no âmbito dos cuidados de saúde primários (CSP) em Portugal.

Metodologia: Foi efetuada uma revisão da literatura baseada em pesquisas em bases de dados como *Medline*, organizações oficiais, como OMS, DGS e SPS. Os termos usados para a pesquisa foram: “suicide”, com “*prevention*”, “*depression*”, “*elderly*”, “*geriatric*” e “*primary health care*”. Foram analisados 45 artigos, tendo sido excluídos artigos que se centravam em distúrbios psiquiátricos que não eram depressão, estudos com populações com idade inferior a 65 anos, e estudos que destacassem outras especialidades e serviços de saúde, que não os CSP.

Resultados: Em Portugal, existe o Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM), que incorpora um plano nacional de prevenção do suicídio, com medidas para grupos de risco. Contudo, não são estabelecidas *guidelines* específicas de abordagem em CSP. Foi encontrado um plano proposto pela *Joint Commission*, que aborda o suicídio com medidas mais específicas.

Discussão e conclusão: Serão necessários estudos para se analisar a eficácia do PNSM, bem como a necessidade de implementação de medidas adicionais. Além disto, apresenta-se o plano americano, que poderá ser estudado e possivelmente adaptado para a realidade portuguesa. Surge, por fim, uma questão relevante: considerando que as características e demografia da população portuguesa, quão importante será a elaboração de *guidelines* específicas para idosos e dirigido aos CSP? Será que a sua aplicação terá resultados mais positivos na prevenção do suicídio? Sugere-se então estudos que possam responder a estas questões, e, eventualmente, resolver este problema polémico.

Palavras-chave

suicídio; velhice; geriatria; cuidados de saúde primários; prevenção

Abstract

Introduction: Suicide is a matter that remains a tabu topic in many communities to this day. According to the World Health Organization (WHO), a global ratio of 11,4 per 100.000 habitants committed suicide in 2012 thus, making suicide one of the top 10 leading causes of death. In Portugal, the numbers are also quite alarming, reporting 1.154 deaths, in 2014. Alentejo is considered the most startling region, showing suicide mortality rates of 34,4 per 100.000 male habitants.

The main purpose of this dissertation is to present the suicide epidemiology, risk factors, the relationship with primary care consults and how to intervene, thus reducing suicide attempts. The application of prevention plans may be of great importance in reversing the situation. Many prevention campaigns already exist, such as booklets distribution and population awareness education, however specific guidelines haven't been implemented in primary health care.

Methodology: The research for this revision was based on a focused web search in data bases such as Medline and official organizations, such as WHO, DGS and SPS. The specific terms that were searched were: “suicide”, “prevention”, “depression”, “elderly”, “geriatric” and “primary health care”. 45 articles were assessed, and excluded if focused on psychiatric disorders, other than depression, in populations younger than 65 years old, and other health departments other than primary health care, were excluded.

Results: In Portugal, a national prevention of suicide plan has been introduced and incorporated to the country's mental health care system. Although it includes a variety of measures for the majority of risk groups, specific guidelines haven't been established. Based on this research, a plan by the Joint Commission has been found, that approached suicide in a more specific manner.

Discussion and conclusion: Studies will need to be held in order to evaluate the efficacy of the suicide prevention plan and adjustments of which measures will be necessary in the future will need to be made. This revision suggests a plan proposed by the American Suicide Prevention Center, that could be studied and possibly adapted for the portuguese reality. Finally, a question emerges: considering the characteristics and demographics of the portuguese population, how important is the creation of specific guidelines for elderly and primary care? Will its application have more positive outcomes? More studies are suggested to answer these questions and eventually, solve this issue.

Keywords

suicide; elderly; geriatrics; primary health care; prevention.

Índice

1.	Introdução	1
2.	Métodos e Materiais.....	2
2.1.	Pesquisa bibliográfica.....	2
3.	Fundamentação teórica	3
3.1.	Contextualização do suicídio	3
3.1.1.	Epidemiologia do suicídio a nível internacional	3
3.1.2.	Epidemiologia do suicídio a nível nacional	3
3.1.3.	Fatores de risco versus Sinais de alerta do suicídio na velhice	4
3.1.4.	Fatores protetores em relação ao risco de suicídio na velhice	5
3.1.4.1.	Resiliência	5
3.1.4.2.	Vínculo à família.....	5
3.1.4.3.	Suporte social	6
3.1.4.4.	Participação religiosa.....	6
3.1.4.5.	Exposição a comportamento suicida	6
3.1.4.6.	Acesso a cuidados de saúde	6
3.2.	Depressão e o Suicídio na velhice	7
3.2.1.	Abordagem diagnóstica da depressão	7
3.2.2.	Cálculo de risco de suicídio na velhice.....	8
3.2.2.1.	Instrumentos de avaliação e triagem de ideação suicida: Suicide Assessment Five-step Evalution and Triage (SAFE-T).....	9
3.3.	Suicídio na velhice e Cuidados de Saúde Primários.....	9
4.	Discussão.....	13
4.1.	Perspetivas futuras: Planos de Prevenção	16
5.	Conclusão	19
6.	Referências bibliográficas	20
7.	Anexos.....	23
7.1.	SAFE-T	24
7.2.	GDS.....	25
7.3.	PHQ-2.....	26
7.4.	PHQ-9.....	27

Lista de Acrónimos

CSP	Cuidados de Saúde Primários
DGS	Direção Geral de Saúde
DSM-V	Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais
GDS	<i>Geriatric Depression Scale</i>
GDS-SI	<i>Geriatric Depression Scale subscale</i>
MF	Médico da especialidade de Medicina Geral e Familiar
NIH	National Institute of Health
OMS	Organização Mundial de Saúde
PHQ	<i>Patient Health Questionnaire</i>
PNPS	Programa Nacional de Prevenção do Suicídio
PNSM	Plano Nacional de Saúde Mental
SAFE-T	<i>Suicide Assessment Five-step Evaluation and Triage</i>
SICO	Sistema de Informação de Certificação de Óbitos
SPS	Sociedade Portuguesa de Suicidologia

1. Introdução

O suicídio na velhice é uma temática pouco debatida. É uma condição subdiagnosticada e subtratada (1), uma vez que os sinais são muito ténues e ambíguos, além de se reportar a uma faixa etária menos estudada. Segundo os dados fornecidos pelo relatório de 2015 das Nações Unidas, a população idosa tem crescido exponencialmente e está previsto um maior incremento nos próximos quinze anos, correspondendo a um aumento de 56%. Em 2015, estimaram-se 900.9 milhões de idosos, o que significa que uma em cada oito pessoas tem idade superior a 60 anos, isto é, 12,5% da população mundial. 20,5% da população portuguesa é idosa, perfazendo um total de 2.801.000 indivíduos (2).

A OMS reportou uma taxa global de 11,4 *per* 100.000 pessoas que cometeram suicídio em 2012, sendo considerada uma das dez maiores causas de morte. Em Portugal, os números são também preocupantes, indicando-se em 2014, 1.154 mortes (3). A zona do Alentejo é a mais alarmante, dado que demonstra taxas de mortalidade de 34,4 por cada 100.000 habitantes do sexo masculino (4).

Os fatores relacionados com o suicídio são inúmeros, e para tal acontecer, existem diversas condições que podem levar a esta decisão extrema. A depressão é o fator predominante para o suicídio em idades mais avançadas, estando presente em 85% dos idosos que cometeram suicídio (5). No idoso, surge associada a sintomas inespecíficos, como cansaço geral, fadiga e distúrbios do apetite, e está relacionada frequentemente a sentimentos de desesperança e sobre suicídio (6). Segundo a Associação Americana de Psiquiatria Geriátrica, 20% dos indivíduos com idade superior a 55 anos têm distúrbios mentais que não são associados ao envelhecimento normal, sendo mais prevalente a depressão (7). Relativamente à prevalência da depressão na população portuguesa, está presente em 28% dos idosos que cometem suicídio (8).

Em Portugal, o estudo de Marlene Sousa revelou uma prevalência de depressão provável de 42,1% em indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos (9). Apesar das limitações desse estudo, trata-se de um número alarmante, devendo haver um maior enfoque na abordagem preventiva destas manifestações.

O objetivo desta dissertação é analisar a epidemiologia do suicídio, tanto a nível nacional como internacional, identificar fatores que levam a esta situação extrema, discutir a sua relação com as consultas de medicina geral e familiar e refletir sobre estratégias de prevenção no âmbito dos cuidados primários de saúde para a redução do suicídio na velhice.

2. Métodos e Materiais

2.1. Pesquisa bibliográfica

Foi realizada uma pesquisa não sistemática da literatura na base de dados *Medline* (www.pubmed.com), em *websites* de entidades oficiais, como a Sociedade Portuguesa de Suicidologia, PORDATA, *World Health Organization* (Organização Mundial de Saúde, WHO) e *National Institute of Health* (Instituto Nacional de Saúde Americano, NIH) e Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE). A pesquisa foi feita usando uma associação dos termos “*suicide*”, “*prevention*”, “*depression*”, “*geriatric*”, “*elderly*” e “*primary health care*”. Foram aplicados filtros para os dados, tais como pesquisas limitadas à população humana, que tenham sido publicadas nos dez anos anteriores ao início da pesquisa (desde 2006). Por fim, houve também restrição dos idiomas para português, inglês e espanhol.

No que diz respeito aos critérios de escolha, numa primeira análise selecionaram-se 45 artigos com base no título e *abstract*, de modo a avaliar a sua aplicabilidade e relevância, para posteriormente serem incluídos no estudo. Foram excluídos artigos que se focavam em distúrbios psiquiátricos, que não a depressão e estudos que tivessem como foco populações com idade inferior a 65 anos. Por fim, foram também excluídos os estudos que se concentrassem em especialidades e serviços de saúde que não cuidados de saúde primários, nos quais se baseia esta dissertação.

3. Fundamentação teórica

3.1. Contextualização do suicídio

A palavra “suicídio” entrou na língua portuguesa na década de 50 do século XVII, proveniente do latim (10). O seu significado de “a pessoa que se mata deliberadamente” começa a ser reportado a partir de 1728, proveniente do Anglo-Latim (11).

O suicídio é o ato de, deliberadamente, tirar a sua própria vida. A tentativa de suicídio, por outro lado, consiste num comportamento autolesivo, com intenção de causar a morte. Por vezes, as pessoas que a cometem podem ter associadas ideações suicidas, que são pensamentos e planos de morte, mas sem a execução (12,13).

Existem fatores de risco relacionados com o suicídio. Estes agem de forma cumulativa, aumentando a vulnerabilidade para comportamentos suicidas. Estes fatores podem ser agrupados em fatores de risco associados à sociedade, tais como dificuldades no acesso à saúde, facilidade na aquisição de armas, hiper-sensacionalismo dos *media* e fatores de risco pessoais, como existência de doença mental, tentativas prévias de suicídio, doença física, pouco apoio familiar, dificuldades económicas, entre outros (9,14-16).

3.1.1. Epidemiologia do suicídio a nível internacional

De acordo com os dados fornecidos pela OMS em 2012, foram estimadas 804.000 mortes por suicídio a nível mundial. Isto é o equivalente a uma taxa global anual de 11.4 *per* 100.000 pessoas (2). É uma causa de morte muito prevalente, sendo considerada uma das dez maiores causas de morte. Especificamente na velhice, o Centro de Controlo e Prevenção de Doenças (CDC) revelou que 16% das mortes por suicídio correspondem a indivíduos com idade superior ou igual a 65 anos (7). No entanto, a ausência da sua classificação e ilegalidade em alguns contextos podem levar à subestimação destas taxas. Apesar das evidências científicas demonstrarem que grande parte destas mortes é potencialmente evitável (17), não constitui uma das principais prioridades para as instituições governamentais.

3.1.2. Epidemiologia do suicídio a nível nacional

Em Portugal, segundo a Sociedade Portuguesa de Suicidologia (SPS), o suicídio é considerado uma grande causa de morte. Os dados fornecidos pela DGS indicaram que em 2014 se registaram 1.154 mortes. Verificou-se um maior número de suicídios na zona do Alentejo, com notificação de 109 mortes, sendo 82 no sexo masculino e 27 no feminino, refletindo uma taxa de mortalidade de 34,4 e 10,6 respetivamente, para cada 100.000

habitantes. Além disto, é também nesta zona que ocorre um número mais elevado de suicídios em idades superiores a 65 e 70 anos, tendo como ênfase a última destas idades com uma taxa de 118,9 e 23,5, nos sexos masculino e feminino (4). Este número é substancialmente superior a qualquer outra região do país, isto porque os níveis de ruralidade e privação material aumentados estão estatisticamente associados a um aumento da mortalidade por suicídio, maioritariamente em homens. Assim sendo, demonstra-se o quão alarmante se está a tornar esta temática, tornando imperativa a necessidade de tomar medidas urgentes.

3.1.3. Fatores de risco *versus* Sinais de alerta do suicídio na velhice

Antes de explicitar cada um dos fatores de risco e sua importância, é relevante primeiro diferenciá-los dos sinais de alerta.

Os primeiros consistem nos fatores intrínsecos de cada indivíduo, que podem promover comportamentos autodestrutivos e ter consequências nefastas. São por vezes estáticos, sendo, portanto, muito difíceis de abordar. Aumentam o risco de morte por suicídio, sendo considerados fatores imutáveis. A lista infracitada foi elaborada a partir de diversos autores (3,15,16,18,19)

- Raça caucasiana
- Divórcio
- Traços de personalidade, nomeadamente neuroticismo, extroversão, impulsividade, agressividade, irritabilidade, hostilidade e ansiedade;
- Facilidade na aquisição de armas letais
- Tentativa prévia de suicídio
- Dificuldades económicas
- Doença mental diagnosticada
- Morte de ente querido
- Abuso de substâncias
- Mudanças frequentes de medicação
- Desemprego
- Doença crónica

Os sinais de alerta referem-se a sintomas ou comportamentos específicos e transitórios, que podem ser identificados em situações de cuidados de saúde primários, podendo ser tratados com intervenções clínicas ou psicossociais. Os fatores abaixo referidos foram retirados a partir de diversos autores (3,15,16,18,19).

- Ameaças de comportamentos autolesivos
- Ansiedade
- Consumo excessivo de álcool ou drogas
- Elaboração de um plano de suicídio
- Distúrbios de sono
- Isolamento social
- Agitação psicomotora
- Ações impulsivas ou imprudentes
- Sentimentos de aprisionamento

3.1.4. Fatores protetores em relação ao risco de suicídio na velhice

Consideram-se como fatores de proteção do risco de suicídio todos os fatores que ajudam a lidar com as situações adversas da vida, sendo essenciais na prevenção do suicídio, destacando-se a resiliência, vínculo à família, suporte social, participação religiosa, exposição a comportamento suicida e acesso a cuidados de saúde.

3.1.4.1. Resiliência

A resiliência refere-se às capacidades que um indivíduo vai criando ao longo dos anos como forma de proteção contra as adversidades da vida (14). Contudo, este fator nos idosos tem resultados inconsistentes, podendo tanto prevenir como acentuar as desesperanças. Ainda assim, e generalizando a situação, deve ser considerado um fator de proteção, nem que seja para atos autolesivos (15).

3.1.4.2. Vínculo à família

Uma boa relação com a família é um fator que pode impedir de forma clara o suicídio (15). Uma das razões pelas quais os idosos têm estas ideias extremas é exatamente por se sentirem um “estorvo” na família. Um exemplo pode ser a mudança de residência (19). Normalmente, quando o idoso tem dependência, os seus familiares acreditam que mudá-los para a sua casa tornará mais prático o dia-a-dia. Contudo, esta mudança geralmente não é bem aceite pelo idoso, pois vê mudar toda a sua rotina. Sente falta do seu espaço, dos seus hábitos, e encontra-se num sítio novo, num ambiente estranho do seu habitual (1,19). Outro exemplo pode ser quando o idoso se encontra num lar. É aqui que se revela a profundidade dos laços familiares. Quando estes são muito ténues, os filhos podem não sentir necessidade de visitar os pais, uma vez que pensam que eles estarão bem entregues (19). Contudo, isto não é visto da mesma maneira pelos idosos. Estes pensam que os filhos já não se preocupam

com o seu bem-estar, considerando o lar como apenas o seu fim de vida, podendo reacender pensamentos negativos inconscientes e precipitar comportamentos suicidas (16). Estas são duas situações exemplificativas da forma como a relação com a família, pode ter implicações na pessoa idosa, podendo contribuir para situações extremas.

3.1.4.3. Suporte social

O apoio por parte da sociedade tem um peso muito importante, principalmente em pessoas que sofrem violência doméstica (15). Perdas de entes queridos, ou mesmo da própria funcionalidade e utilidade para a sociedade podem agravar a negatividade do idoso, não conseguindo superar o luto (19). Uma rede saudável de contactos e relações positivas são fatores externos reconhecidos como protetores (18).

3.1.4.4. Participação religiosa

A prática religiosa tem uma maior relevância quando se assume uma participação religiosa ativa, e não mera observação (15). O fato de em algumas religiões o suicídio ser visto como algo moralmente sancionado, pode agir como fator de proteção (12,18). Contudo, isto irá sempre depender do país, comunidade, e da própria integração cultural e social da pessoa.

3.1.4.5. Exposição a comportamento suicida

A relação entre a exposição a comportamentos suicidas e atos culminados é um ponto controverso na literatura. Considera-se exposição a comportamento suicida, por exemplo, o conhecimento de familiares que tenham consumado uma tentativa ou difusão por parte dos *media* de notícias deste âmbito. Por um lado, é entendido como um possível fator de risco, uma vez que aumenta a ideação suicida (3). O facto de haver uma sobre-expressão pelos *media* pode aumentar o risco de imitações de suicídio, além de agravar o estigma associado a estas pessoas. Por outro lado, um estudo desenvolvido por McLean revelou que a exposição ao suicídio de amigos ou conhecidos pode ser considerado protetor contra tentativas quase letais (15). Assim sendo, apesar de haver um maior número de evidências para considerar este fator de risco, não se deve considerá-lo exclusivamente de risco, tendo em conta, também, o seu lado protetor.

3.1.4.6. Acesso a cuidados de saúde

O acesso a cuidados de saúde é um fator particularmente relevante quando existe uma doença debilitante, que implica grandes tratamentos. O facto de ser acompanhado medicamente, impede a progressão da doença, e consequentemente, a visão negativa que o idoso pode ter acerca da própria vida (15).

3.2. Depressão e o Suicídio na velhice

A patologia mais frequentemente associada ao suicídio é a depressão (12,13,21,22). Segundo o DSM-V, uma perturbação depressiva major é uma alteração clínica caracterizada por um ou mais episódios depressivos major, sem história de episódio maníacos, mistos ou hipomaníacos. Os pensamentos acerca da morte podem surgir com grande frequência na depressão, assim como ideação ou tentativas de suicídio. O conteúdo destes pensamentos varia consoante a pessoa, podendo ir desde uma crença de que os familiares e amigos estariam melhor com a sua ausência, até planos específicos para se suicidar (16). A frequência, intensidade e letalidade destas crenças podem ser muito incertas, podendo o idoso demonstrar pensamentos transitórios (1 a 2 minutos), recorrentes (uma ou duas vezes por semana) ou então ocorrer situações mais graves, nas quais o indivíduo já tem um plano construído na sua mente. Nas situações mais graves, as pessoas possivelmente já encontraram um meio para ser usado na tentativa de suicídio, inclusive estabeleceram um local e hora em que estarão isoladas. Contudo, apesar de existirem sinais de alerta para os quais os médicos podem estar atentos, é difícil encontrar estudos que demonstrem um modo adequado de prever tentativas de suicídio.

Esta perturbação é muito relevante na população geral, estando presente em 22,7% dos idosos (7,23,24). Em Portugal, esta patologia é ainda mais significativa, tendo sido encontrada em 42,1% dos indivíduos com idade superior ou igual a 65 anos (9).

A perturbação depressiva está associada a uma grande taxa de mortalidade. A percentagem de suicídio nestes indivíduos pode ir até aos 15%, sendo ainda sugerido que estes números são superiores em sujeitos com idade superior aos 55 anos. Estes indivíduos, considerando os que são consultados em cuidados de saúde primários, são os que têm mais dores, doenças físicas, diminuições no funcionamento físico, social e desempenho pessoal.

3.2.1. Abordagem diagnóstica da depressão

Tendo em conta que a depressão geriátrica é uma condição muito subdiagnosticada e subtratada (20) é necessário que a abordagem ao idoso depressivo seja o mais simples, mas simultaneamente rigorosa possível. Uma metanálise de 2010 demonstrou que apenas 40-50% de indivíduos que sofriam de depressão eram detetados em cuidados de saúde primários (25). Um outro estudo de *Suominen and colleagues* verificou que, no ano anterior à tentativa de suicídio, a maioria dos pacientes consultou o seu MF. Contudo, destes, apenas 4% foram diagnosticados com um distúrbio de humor, enquanto que 57% foram após a tentativa de suicídio (20).

A apresentação clínica de um idoso depressivo pode ser muito variável, nem sempre preenchendo os requisitos para uma depressão típica. Assim sendo, existem diversas ferramentas disponíveis para fazer um rastreio mais preciso da depressão.

O GDS (*Geriatric Depression Scale*, criada por J.A. Yesavage e validada para Portugal) e o GDS-SI (uma subescala do GDS) são formas viáveis de rastreio, que podem ser utilizadas em contextos de medicina familiar, visto serem breves, fáceis de aplicar e descritas de modo a que ajudar o início de uma conversa potencialmente desconfortável para um médico inexperiente. Contrariamente ao expectável, estes testes não avaliam sintomas somáticos de depressão. São testes de respostas sim/não, que apesar de não terem nenhuma questão especificamente direcionada para a presença de ideação suicida, conseguem efetivamente diferenciar idosos com níveis elevados de depressão, de acordo com alguns estudos (26). Avalia os parâmetros associados à desesperança, desvalorização pessoal, sensações de vazio, ausência de felicidade e falta de perceção da felicidade em viver, todas estas variáveis teórica e empiricamente associadas à ideação suicida. Além disto, como os idosos têm uma maior tendência para menosprezar a gravidade dos seus sintomas, este teste é o que melhor consegue identificar os idosos verdadeiramente em risco.

O PHQ-2 (*Patient Health Questionnaire-2*) é um questionário composto por duas questões, que avalia o estado depressivo: (a) “nas últimas semanas sentiu-se com frequência incomodado por um sentimento depressivo, triste ou sem esperança?” (b) “durante o último mês sentiu-se com frequência incomodado por uma diminuição do interesse ou prazer em realizar algumas coisas?” Existe uma versão mais completa deste questionário, nomeadamente o PHQ-9, que pode ser usado aquando da presença de valores afirmativos no anterior. Estes testes servem, não só como auxílio de diagnóstico, como também para monitorizar os sintomas depressivos do paciente durante o tratamento, de modo a poder avaliar a sua efetividade.

3.2.2. Cálculo de risco de suicídio na velhice

A medição do risco de suicídio na velhice é de uma importância extrema para os médicos que acompanham o idoso, seja o psiquiatra ou o médico de família. Trata-se de uma recomendação prática psiquiátrica e deve ser posteriormente documentado na nota clínica. Implica a identificação e discussão de fatores de risco e sinais de alerta que tenham como consequência o aumento da probabilidade de suicídio. Além disto, também é importante a descrição de possíveis fatores protetores que estejam presentes no indivíduo e que possam ajudar na diminuição do comportamento suicida. Estes fatores interagem com os fatores de risco na determinação do risco. Contudo, a sua capacidade protetora não deve ser sobrevalorizada (8).

Tendo em consideração a vasta variabilidade interindividual, não deve ser generalizado o impacto de determinado fator numa só pessoa. Além disto, é preciso ter em conta a possível presença de crises, nas quais os fatores são rapidamente ultrapassados, particularmente em pacientes impulsivos, intoxicados ou desinibidos de outras formas (9).

Em suma, a medição do risco ajuda na definição do nível de cuidado que é essencial ter para manter o paciente em segurança: se será apenas necessário acompanhamento em consulta externa, referência para a urgência, ou mesmo hospitalização.

3.2.2.1. Instrumentos de avaliação e triagem de ideação suicida: *Suicide Assessment Five-step Evaluation and Triage (SAFE-T)*

O SAFE-T (9) é uma abordagem que permite dar um auxílio na avaliação e triagem de um indivíduo com possível ideação suicida e seu reencaminhamento posterior. Pretende-se que seja realizado pela equipa de triagem, identificando fatores de risco e de proteção, questionando-se por pensamentos, planos e comportamentos suicidas e consequentemente determinando a intenção e risco de suicídio. Os parâmetros a questionar encontram-se em anexo (anexo I). Posteriormente, deve ser escolhida a intervenção apropriada para reduzir esse risco. Relativamente aos resultados, podem ser divididos em três níveis: baixo, moderado e alto risco.

Baixo risco: indivíduo apenas com (ou sem) ideação suicida. Não tem planos específicos ou intenções de cometer suicídio, e não tem história de comportamentos suicidas ativos. Deve ser recomendado para *follow-up* em consulta externa.

Risco Moderado: indivíduo com ideação suicida e um plano formulado, mas sem intenção ou comportamentos perigosos. A apresentação clínica irá decidir o destino deste paciente, seja referência para urgência ou psiquiatria.

Alto risco: indivíduo mais preocupante, com pensamentos objetivos de suicídio, agitação proeminente, grande impulsividade, psicose ou tentativa recente de suicídio. É imperativa uma observação e monitorização constante, até ser disponibilizado transfer imediato para avaliação psiquiátrica ou hospitalização.

Após inclusão do paciente num destes níveis, deve ser documentado, incluindo o nível de cuidado necessário, e os planos de tratamento.

3.3. Suicídio na velhice e Cuidados de Saúde Primários

Os profissionais de saúde dos cuidados primários têm uma grande relevância na comunidade. São geralmente bem aceites pela população local, servindo de porta de entrada para os serviços de saúde especializados de que possam posteriormente precisar. Assim sendo, têm uma enorme importância na identificação dos idosos em risco de comportamentos suicidas.

Segundo Catell and Jolley, referenciado no estudo de Tadros, 58% da sua amostra visitaram o seu médico de família (MF) nos últimos seis meses de vida (8), enquanto Raue demonstrou que um número muito inferior (20%) terá visitado um especialista de psiquiatria (13). No estudo de Tadros 23,7% da sua amostra contactou o seu médico de família nos últimos seis meses, 19% no último mês e 9.9% na semana anterior a cometer o suicídio (8). Segundo Rhimer, autor de um estudo este mais recente, nas últimas quatro semanas, 34-66% das vítimas de suicídio contactaram o seu MF, e 20-40% visitaram na semana anterior ao suicídio (21). Estas diferenças nas percentagens poderão ser devidas às características da população, aos serviços disponíveis nas áreas em estudo ou mesmo a momentos em que os estudos foram feitos (8).

O mesmo estudo de Catell e Jolley sublinha que mais de metade das consultas com idosos decorreram na semana anterior ao suicídio, e 82,2% dos mais idosos tiveram consulta no último mês. É importante enfatizar que estes idosos não expressam os seus sentimentos de depressão ou pensamentos suicidas, tornando-os mais difíceis de detetar. Considerando que os idosos apresentam mais manifestações físicas do que propriamente psiquiátricas (20), é importante não pôr de parte nenhum sintoma, apenas por aparentar ser “do envelhecimento”.

Na ausência de um ambiente empático, os idosos não expressam os seus sentimentos mais íntimos (8,13). Ainda que compreendam o que estão a sentir, não se sentem à vontade em partilhá-lo devido às suas possíveis consequências (27).

O suicídio, apesar de comum, continua a ser um assunto tabu em algumas regiões, e está relacionado com um grande mito, que é o aumento do seu risco após a partilha dos pensamentos suicidas. Aliás, estudos demonstraram que o facto de ser questionado diretamente (8), por perguntas abertas, pode até ser o passo essencial para o início do tratamento efetivo, partindo sempre do princípio de que existe uma boa confiança paciente-médico (13). O contacto, seja com o médico de família, seja com um familiar/amigo/conhecido que tenha feito uma tentativa de suicídio, ou mesmo um ato culminado, pode ser interpretado de duas formas, consoante a personalidade de cada pessoa: ou incentiva o suicídio, uma vez que o indivíduo vê sente os seus sentimentos validados (21), justificando a sua atitude, ou então pode impedir a progressão da sua decisão. Este último aspeto é devido à pessoa se aperceber da realidade após o ato, compreendendo finalmente o que iria suceder à sua família se desaparecesse. Até este ponto, os idosos sentem que a vida dos que o rodeiam seria melhor com a sua ausência, pois sentem-se irrelevantes, um estorvo. No entanto, quando vê alguém que tenha os mesmos sentimentos e planos a realmente realizá-los e vê o quão devastados ficam os familiares, pode ser a peça essencial para a mudança de atitude. Contudo, não existem estudos que corroborem estas conclusões, também porque as atitudes de cada pessoa são muito variáveis, não sendo possível generalizar.

Considerando então a natureza das queixas sintomáticas e o *timing* do seu surgimento, os centros de cuidados primários parecem ser os locais mais indicados para começar uma estratégia de prevenção de suicídio, possibilitando uma intervenção mais rápida. Contactos frequentes e relações médico-doente de longo termo são fatores importantes na escolha destes locais como ideais.

Com a introdução deste tema em muitas políticas de saúde a nível mundial, têm sido criados planos de prevenção, direcionados para os CSP. Em 2013, a OMS criou um plano de ação de saúde mental, que inclui um plano de prevenção do suicídio. Este plano tem um objetivo muito claro, a redução da taxa de suicídio global em 10% até 2020. Para tal, pretende-se a criação de estratégias específicas para grupos de risco (neste caso, os idosos), baseando-se no contexto local. É providenciado suporte técnico aos países de modo a fortalecer os seus programas de prevenção. Além disto, é também enfatizada a necessidade de documentação de dados acerca das mortes e tentativas de suicídio, de modo a melhorar a distribuição de saúde mental, sua promoção e estratégias de prevenção (28).

Em Portugal, esta temática tem tido um interesse crescente, especialmente após a implementação do Plano Nacional da Saúde Mental. O PNSM tem como objetivo garantir o acesso a serviços de saúde mental a todos os doentes, sempre em vista a proteção dos seus direitos. Outro objetivo é a redução da incidência dos distúrbios mentais, a promoção da saúde mental e da descentralização dos serviços, melhorando o acesso de todas as comunidades. Além disto, também promove a integração dos cuidados no sistema de saúde, não só a nível de CSP, como também hospitalar e cuidados continuados (29). Dentro deste, está integrado o Programa Nacional de Prevenção do Suicídio (PNPS) (17) desde 2013, que em vigor até 2017, tem por missão a diminuição do suicídio como causa de morte. É plano construído em duas fases, com ações dirigidas a zonas de maior incidência de ideação suicida e contextos específicos, que pedem por elaboração e implementação de planos próprios. Tem campanhas orientadas para a população geral, visando a redução do estigma da saúde mental, aumento da rede de cuidados de saúde primários, sensibilização das autarquias, restrição de meios letais, entre outras. Também é direcionado para os profissionais de saúde, preferencialmente os dos CSP, com campanhas de sensibilização e uniformização da terminologia diagnóstica. Relativamente a grupos específicos, referem os adolescentes, população idosa, população prisional, forças de seguranças, homossexuais, bissexuais e transsexuais/transgéneros e pessoas com deficiência mental. Contudo, apesar de referir especificamente que são necessários planos exclusivos para estes grupos, este plano não dita *guidelines* específicas, nomeadamente que testes usar, quem os deve aplicar, quanto tempo deve ser feito o controlo e monitorização.

Além destas organizações nacionais e internacionais, em Portugal existe a Sociedade Portuguesa de Suicidologia (SPS). Esta é uma associação científica, fundada em 2000, por

indivíduos de diferentes áreas, com missão principal o estudo do suicídio e das condutas suicidas. Inclusivamente, grande maioria do painel responsável pela criação do PNPS era membro desta associação. Esta sociedade dá um auxílio na educação dos profissionais de saúde, promovendo o conhecimento e atualização constantes da informação.

4. Discussão

Apesar de ser um dos países da Europa com menor taxa de suicídios numa escala etária mais baixa (15 aos 24 anos), Portugal apresenta um aumento a partir dos 65 anos que tem tido flutuações interessantes. Denota-se uma clara divisão urbano/rural, uma vez que estes números estão sobre-representados nas zonas rurais com menor população (4). O isolamento, a falta de meios materiais e o corrente período de crise económica e social podem ser fatores que influenciem esta relação. Os investimentos devem ser feitos de forma a diminuir esta desigualdade. Isto é comprovado também pela pesquisa, na qual é referido que apesar de haver uma muito maior sensibilização da população geral para esta temática, seja por parte da literatura médica, por cobertura por parte dos *media* ou por campanhas de prevenção relativamente aos jovens, na realidade esta atenção também deveria recair sobre os mais idosos, principalmente do interior do país (16).

A depressão é a patologia mais associada às tendências suicidas. Existe uma grande necessidade da sua deteção e tratamento precoce, pelo que a atitude e dedicação dos clínicos parece ser um fator muito relevante na maneira como os problemas psicossociais dos pacientes são abordados (20).

O estudo de George Tadros constatou em 2006 que a queixa mais comum foi a depressão (34,9%), seguida de dor generalizada (19,6%), enquanto que pensamentos suicidas eram expressos em apenas 4,5% dos suicidas (8). A depressão, em comparação a pensamentos suicidas, apesar de ser difícil para idosos admitirem, é mais simples para o médico identificar aquando de uma consulta. Os pensamentos suicidas, por outro lado, já não. Principalmente, tendo em consideração a faixa etária, muitas destas ideias são atribuídas ao envelhecimento (20), não sendo sequer o suicídio como diagnóstico diferencial.

No contexto da medicina familiar, o idoso apresentará uma depressão mais difícil de reconhecer, com indicadores similares aos do envelhecimento, como anedonia, sintomas físicos inexplicáveis e fadiga rápida. Quando questionados, os idosos frequentemente comentam que “não sabem porquê que se sentem assim”, e que “não conseguem lidar mais com a vida”, “não são mais necessários” ou “sentem-se a mais”. Estas afirmações são comuns em idosos depressivos, e demonstram a sua incapacidade de colaborar na sua própria saúde (20).

Relativamente a ferramentas de rastreio, o questionário PHQ-2 tem uma sensibilidade de 100%, uma especificidade de 77% e um valor preditivo positivo de 14% em adultos mais velhos, considerando-se então que possui uma grande utilidade em indivíduos com alto de risco de depressão. Além disto, e por ser de tão fácil aplicação, é de extrema utilidade aquando de visitas ao médico de família. Assim, e considerando toda uma panóplia de testes disponíveis atualmente, é recomendado que se aplique um teste curto para a

deteção de depressão (por exemplo, PHQ-2), e um teste longo (por exemplo, PHQ-9) para o estabelecimento e monitorização do tratamento (20).

Tendo em atenção à prevenção do suicídio, nota-se claramente que os esforços devem ser redirecionados para os cuidados primários, particularmente nas primeiras quatro semanas após consulta, podendo ser um ponto crucial para redução do suicídio. Está descrito na literatura que o seguimento dos pacientes com fatores de risco relevantes é distintamente importante neste período de tempo, principalmente devido ao aumento da vulnerabilidade destes idosos em momentos de trocas de medicação. Existe uma grande tendência para o abandono da medicação nos primeiros tempos, seja por não surtir efeito imediato, seja por os pacientes não compreenderem a posologia. Estas ações levam a agravamentos da doença de base, podendo piorar as tendências suicidas.

Assim sendo, se for enfatizada durante a consulta a importância da medicação, pensa-se que seja possível reverter estes abandonos. Contudo, para isso ser possível, é necessária uma grande dedicação por parte do MF para identificar os pensamentos de cada indivíduo. É preciso que seja desenvolvida uma atitude empática por parte do médico, de modo a que consiga compreender os dilemas do idoso que se encontra à sua frente. Apesar disto, estudos empíricos demonstraram que habitualmente os médicos de família não perguntam aos seus pacientes acerca do suicídio havendo, portanto, o tal subdiagnóstico destas situações (26).

É de salientar a necessidade de um ambiente confortável aquando das consultas, de modo a que seja possível a avaliação em profundidade da ideação suicida do paciente. É sugerido que se inicie a discussão com perguntas menos ameaçadoras, como perguntas acerca da vida do paciente, os seus passatempos, rede social, condições atuais e lentamente evoluir para perguntas mais pessoais, de modo a avaliar o estado mental do paciente (26). Deve ser questionado acerca de sintomas de humor, distúrbios de álcool, desavenças familiares, até chegar às questões mais fulcrais de sentimentos de desesperança, desejos de morrer, ideação e planos suicidas.

Posteriormente, sugere-se o recurso às ferramentas diagnósticas simples, que podem ser úteis na identificação de pacientes idosos em risco de suicídio (20). O GDS e o GDS-SI parecem ideais recursos na identificação destas ideações. Aliás, o GDS-SI até parece ter um papel mais importante, uma vez que é menos suscetível a diferenças de género (26). Posteriormente, todos os pacientes que tenham rastreios positivos requerem uma avaliação mental mais aprofundada para determinar a necessidade de referência e tratamento.

O tratamento deve ser efetivo e os mecanismos de *follow-up* devem ser dirigidos a uma remissão contínua, além da necessidade de uma monitorização sintomática adequada. Um estudo (18) demonstrou que os pacientes que recebem tratamento antidepressivo têm um maior risco de tentativa de suicídio em três períodos: início do tratamento, após mudanças na dosagem e após descontinuação.

Esta descoberta tem implicações muito relevantes na prática clínica, dando ênfase à necessidade de maior acompanhamento por parte do médico de família nesses períodos, e por isso os pacientes devem ser encorajados a contactar o seu médico antes de parar a medicação autonomamente.

Outro estudo desenvolvido por Haukka enfatiza também a necessidade de acompanhamento dos indivíduos após a alta da consulta. Na Finlândia, foram comparados pacientes que só levantavam uma prescrição e posteriormente descontinuavam o tratamento, com os que iam revalidando a prescrição. Este estudo concluiu que o segundo grupo, que continua o seu tratamento, apresentava uma diminuição significativa em todas as causas de morte, incluindo suicídio (18). Contudo, revisões demonstram que ainda não existe informação suficiente para demonstrar a verdadeira eficácia da terapêutica no suicídio, isto porque na realidade não existem mortes relatadas em número suficiente para determinar se um tratamento particular teve influência ou não. Contudo, como esta revisão tem como foco principal a prevenção do suicídio, a terapêutica farmacológica, intervenções psicológicas e psicoterapias não serão abordadas.

Deste modo, apesar de ser intuitivo acreditar que seja possível uma redução do suicídio com um plano de prevenção bem estabelecido, surge uma dificuldade na elaboração desse plano. Existem fatores que podem influenciar, nomeadamente a diferença de infraestruturas, formações médicas e capacidades de *staff* distintas. Além disto, e como fator limitante de maior dimensão, diversas revisões encontraram evidências limitadas de que rastreios possam ser testes fiáveis nas populações de cuidados primários. Aliás, o risco de suicídio, parâmetro este de maior relevância, é algo difícil de medir com exatidão. Surgem muitos falsos positivos e falsos negativos, que criam um grande viés nos resultados. Além disto, geralmente são estudadas populações em risco muito elevado de suicídio, diferentes das que habitualmente consultam o seu médico de família.

Para poder elaborar *guidelines* que atingissem uma prevenção efetiva, dirigido, não só à população geral, como também a todos os grupos de risco especificamente, seria necessário ter amostras que representassem todos os tipos de contextos médicos, amostras essas muito difíceis de encontrar. Inclusivamente, apesar das ferramentas diagnósticas demonstrarem grande efetividade, também existem evidências mínimas que sugerem as ferramentas de suicídio como identificadoras de idosos em risco, nos cuidados primários. Estes resultados obrigam-nos a pensar em alternativas para alterar o desfecho dramático desta problemática atual.

4.1. Perspetivas futuras: Planos de Prevenção

A prevenção do suicídio é um tópico de importância nacional e internacional, devendo haver uma maior incidência de estudos acerca do assunto. São necessários maiores desenvolvimentos nos tratamentos específicos que consigam ter a ideação suicida como alvo terapêutico, particularmente em populações como os homens idosos, que têm a maior taxa de morte por suicídio de qualquer grupo etário (5). Apesar disto, são os idosos são considerado o grupo mais letal (5), refletindo um maior nível de intenção e planeamento do que qualquer outra faixa etária. Deste modo, como as tentativas não são tão frequentes, deveria ser mais importante aprofundar a pesquisa da prevenção da ideação.

Contudo, apesar de em Portugal ter sido realizado o PNSM, não foram sugeridas medidas específicas para a prevenção do suicídio na faixa etária dissertada. Poder-se-ia pensar em adaptar *guidelines* estabelecidas noutros países, que possam surtir efeito em Portugal.

Em 2016, a *Joint Commission* publicou um alerta com a missão de detetar e tratar a ideação suicida em todos os contextos (30). Os cuidados primários têm um papel crucial nesta deteção, pelo que é importante a educação de todo o *staff* e preparação do meio. Os autores sugerem um plano que comece na identificação da ideação suicida e termina no reencaminhamento para serviços mais especializados. O plano abaixo referido é uma tradução desse alerta, que poderá ser estudado e eventualmente validado para a população portuguesa.

A) Deteção da ideação suicida

1. Rever a história pessoal do paciente e familiar, tal como, a história médica para fatores de risco.
2. Rastrear todos os pacientes para ideação suicida, utilizando uma ferramenta breve, estandardizada.

Não é necessário que este ponto seja feito no consultório médico. Aliás, até é preferível que seja feito antes da consulta, por um enfermeiro ou técnico de saúde, com formação na área, por meio de inquéritos. Este método foi demonstrado como mais fiável, tendo como comparação a identificação pelo médico. Pode ser usado o PHQ-2, e posteriormente o PHQ-9. Esta medida pode ajudar a identificar indivíduos em risco, que de outra forma não seriam reconhecidos.

3. Rever todos os questionários antes de o paciente sair da consulta

Para determinar o seguimento adequado, podem ser usadas ferramentas de rastreio secundárias, como o SAFE-T, para um estudo e rastreio mais aprofundado. Para pacientes que tenham o rastreio positivo, e que neguem ou minimizem o risco de suicídio, é importante corroborar a informação com familiares ou amigos próximos. Se ainda assim o paciente recusar e o médico considerar que esteja em risco para si ou para os outros, é possível fazer esses contactos sem a sua permissão.

B) Ação imediata e plano de segurança

4. Tomar as seguintes ações, consoante o nível de segurança necessário:

Os pacientes com risco elevado devem ser mantidos num ambiente seguro e estável, com monitorização apertada. É imperativo não serem deixados sozinhos, e é necessário providenciar acesso imediato a uma unidade de psiquiatria ou de emergência. Deve-se manter os pacientes longe de ferramentas letais e pontos que possam ser usados para enforcamento e ainda ter em atenção material hospitalar que também pode ser usado como arma, nomeadamente cordas, lençóis, tubos elásticos, entre outros.

Para pacientes em baixo risco é de grande importância a marcação de consulta de *follow-up* uma semana após avaliação.

Para todos os pacientes é perentório fornecer números de telefone para casos de crise. Além disto, também é importante, em colaboração com o paciente, encontrar medidas para reduzir crises e riscos. Um plano de segurança deve ser implementado e revisto em cada interação até que o paciente esteja fora de risco. A restrição dos métodos letais é essencial, e neste ponto, a participação da família tem uma grande importância para assegurar que o paciente esteja num ambiente seguro.

C) Tratamento comportamental e alta

5. Estabelecer uma avaliação e tratamento sistemático e colaborativo, envolvendo os cuidadores do paciente, família e amigos se apropriado.

6. Desenvolver planos de tratamento e alta que seja especificamente dirigido para o suicídio, de forma a melhorar os *outcomes* de pacientes em risco.

Tradicionalmente, os clínicos tratam a depressão subjacente ou outro distúrbio mental, mas não se dirigiram especificamente ao risco suicida. Providenciar tratamento imediato com intervenções comprovadas é vital. Pode ser necessária hospitalização, mas não deve ser como

primeira opção. Considerar abordagens comprovadas, que enfatizem o envolvimento do paciente, treino de capacidades e responsabilidades.

D) Educação e documentação

7. Educação de todo o *staff* na identificação e como responder a pacientes com ideação suicida.

Deve ser desenvolvido um processo de aprendizagem, para que os profissionais de saúde possam identificar adequadamente os fatores de risco, e responder sensivelmente a pensamentos suicidas. Além disto, a educação em políticas de rastreio, referênciação, tratamento e monitorização é importante, além do suporte e segurança dos pacientes em risco.

8. Documentação

Todos os passos devem ser devidamente registados no processo do paciente, principalmente porque vai ser o meio de comunicação primário entre profissionais de saúde.

O plano acima explicitado foi adaptado e traduzido da publicação da *Joint Commission*. Poderá ser considerado um maior estudo deste plano, e possível adaptação e validação para a realidade portuguesa.

Após a abordagem diagnóstica e terapêutica, é imperativa a implementação de um programa de *follow-up* e monitorização. Uma potencial abordagem para a diminuição de recorrências das crises suicidas podem ser aplicações para o *smartphone*, envio de mensagens como monitorização ou salas de *chat*. Estas inovações poderiam ser usadas como intervenções únicas ou como adjuvantes à terapêutica (31). Apesar de os idosos poderem apresentar uma certa relutância aos novos métodos tecnológicos, devem ser considerados também como forma de combater o isolamento.

No caso de uma amostra populacional rural, que não tem grandes acessos à tecnologia, os métodos de monitorização pós-consulta devem ser adaptados. Consoante o tipo de comunicação nessa comunidade, é importante o contacto contínuo com os pacientes. Uma chamada, postal ou carta enviada de centros de crise pode ser essencial na diminuição da recorrência.

5. Conclusão

É importante numa primeira linha apresentar as potencialidades deste estudo. Atualmente em Portugal encontramos-nos perante um envelhecimento demográfico acentuado, sendo cada vez mais prevalente a população idosa. Esta tem características peculiares, havendo uma maior necessidade de estudos nesta faixa. No que diz respeito ao suicídio, os idosos encontram-se numa situação de grande letalidade, pois apesar de haver um inferior número de tentativas de suicídio, a sua mortalidade é muito superior. Estes idosos estão mais focados no seu plano, comparativamente a grupos etários mais jovens, sendo, portanto, essencial a implementação de um plano de prevenção eficaz.

Relativamente às limitações na realização desta dissertação, podemos considerar o facto de a bibliografia estudada limitar-se às bases de dados citadas nos métodos; os dados estatísticos apresentados terem sido recolhidos no ano de introdução do SICO (Sistema de Informação dos Certificados de Óbito), levando a um viés de análise devido à sua subnotificação como causa de morte, e, não menos importante, dificuldades de capacidade de análise. No entanto, é possível tirar algumas conclusões de estudo e sugestões que podem ser propostas para o futuro.

Em Portugal não foram realizadas muitas revisões que demonstrassem efeitos posteriores a campanhas de suicídio. Não se sabe até que ponto estas podem ser eficazes, pelo que se sugere uma revisão posterior ao PNSM que irá terminar em 2017. Se não forem atingidos os resultados desejados, possivelmente será necessário implementar políticas mais específicas, que possam ser introduzidas localmente nos centros de saúde. O plano apresentado anteriormente, promovido pelo Centro de Prevenção de Suicídio americano, pode ter impacto na comunidade portuguesa, principalmente por ter em consideração populações rurais, com pouco acesso aos cuidados de saúde. Além disto, a educação do *staff* médico também deve ser um dos investimentos essenciais, uma vez que os pacientes suicidas são frequentemente mal diagnosticados. Apesar de terem feitos grandes avanços no desenvolvimento de métodos possivelmente eficazes para a prevenção do suicídio, são ainda precisas pesquisas adicionais para melhorar o estado atual da literatura. Além disto, enfatiza-se a importância da articulação com a Psiquiatria e a Psicologia durante a abordagem do idoso com ideação suicida.

É fácil concluir deste estudo que, antes de qualquer imposição de tratamento, o foco deverá ser sempre direcionado primeiro para a prevenção. Os idosos não são uma população a descartar, mas sim a estimar e cuidar. São o pilar da sabedoria do nosso país, e todos temos o dever de cuidar da sua saúde, tanto física, como mental.

6. Referências bibliográficas

1. Meneghel SN, Moura R, Hesler LZ, Gutierrez DMD. Tentativa de suicídio em mulheres idosas - uma perspectiva de género. *Cien Saude Colet* [Internet] [cited 2016 Dec 12]. 2015;20(6):1721-30. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n6/1413-8123-csc-20-06-1721.pdf>
2. United Nations, Department of Economic and Social Affairs Populations Division. World Population Ageing 2015 - Highlights (ST/ESA/SER.A/368) [Internet] [cited 2017 Jan 1003]. 2015. Available from: www.unpopulation.org
3. World Health Organization. Preventing suicide, A global imperative - Executive Summary. *QJM - Mon J Assoc Physicians*. 2014;97(10):677-80.
4. Direção-Geral de Saúde. Saúde Mental em números - 2015. Direção Geral da Saúde. 2015;1-100.
5. Fiske A, Wetherell JL, Gatz M. Depression in Older Adults. 2010;363-89.
6. Cavalcante FG, Minayo MC de S, Mangas RM do N. Diferentes faces da depressão no suicídio em idosos. *Cien Saude Colet* [Internet] [cited 2016 Dec 10]. 2013;18(10):2985-94. Available from: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84884583189&partnerID=tZOtx3y1>
7. Aldrich N, Benson WF. CDC Promotes Public Health Approach To Address Depression among Older Adults. 2008;1-16.
8. Tadros G, Salib E. Elderly suicide in primary care. *Int J Geriatr Psychiatry* [Internet] [cited 2016 Dec 10]. 2007 Aug;22(8):750-6. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/gps.1734>
9. Sousa M, Nunes A, Guimarães AI, Cabrita JM, Cavadas LF, Alves NF. Depressão em idosos: Prevalência e factores associados. *Rev Port Med Geral e Fam* [Internet] [cited 2016 Dec 10]. 2010;26(4):384-91. Available from: [http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php?journal=rpmgf&page=article&top=view&path\[\]=764](http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php?journal=rpmgf&page=article&top=view&path[]=764)
10. *An Etymological Dictionary Of Modern English*. Weekley, Ernest MA. London J. Murray; 1921.p. 868
11. Online Etymology Dictionary. Douglas Harper. [Internet]. [cited 2016 Dec 10]. Available from: http://www.etymonline.com/index.php?allowed_in_frame=0&search=suicide
12. Minayo MC de S, Cavalcante FG, Minayo MC de S, Cavalcante FG. Tentativas de suicídio entre pessoas idosas: revisão de literatura (2002/2013). *Cien Saude Colet* [Internet] [cited 2016 Dec 10]. 2015;20(6):1751-62. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000601751&lng=pt&nrm=iso&tlng=en

13. Raue PJ, Ghesquiere AR, Bruce ML. Suicide Risk in Primary Care: Identification and Management in Older Adults. *Curr Psychiatry Rep* [Internet] [cited 2016 Dec 11]. 2015 Sep 17;16(9):14. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s11920-014-0466-8>
14. Sarchiapone M, Carli V, Cuomo C, Babore A. Vulnerability To Suicidal Behaviours : Risk and Protective Factors. 1-10.
15. McLean J, Maxwell M, Platt S, Harris F, Jepson R. Risk and protective factors for suicide and suicidal behaviour: A literature review. *Heal Community Care, Scottish Gov Soc Res* [Internet] [cited 2016 Dec 11]. 2008;1-145. Available from: <http://www.scotland.gov.uk/Publications/2008/11/28141444/0>
16. Pérez Barrero SA. Factores de riesgo suicida en el anciano. *Cien Saude Colet* [Internet] [cited 2016 Dec 10]. 2012;17(8):2011-6. Available from: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84865252565&partnerID=tZOtx3y1>
17. Direção-Geral da Saúde. Plano Nacional de Prevenção do Suicídio. 2016; p.18.
18. McDowell AK, Lineberry TW, Bostwick JM. Practical suicide-risk management for the busy primary care physician. *Mayo Clin Proc.* 2011;86(8):792-800.
19. Regina F, Franco A. Artigos Temáticos: A clínica do idoso em situação de vulnerabilidade e risco de suicídio. 2015;74-87.
20. Park M, Unützer J. Geriatric depression primary care. *Psychiatr Clin North Am* [Internet] [cited 2016 Dec 11]. 2011;34(2):469-87, ix-x. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3184156&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
21. Rihmer Z, Dome P, Gonda X. The role of general practitioners in prevention of depression- related suicides. *Neuropsychopharmacol Hung.* 2012;145706(10):245-51.
22. Cavalcante FG, Minayo MC de S, Mangas RM, Souza JRA de. Motivos associados ao suicídio de idosos em autópsias psicológicas. *Trivium (Rio Janeiro Online).* 2011;3:109-17.
23. Boing AF, Melo GR, Boing AC, Moretti-Pires RO, Peres KG, Peres MA. Associação entre depressão e doenças crônicas: um estudo populacional. *Rev Saude Publica* [Internet] [cited 2016 Dec 10]. 2012;46(4):617-23. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000400005&lng=pt&nrm=iso&tlng=en
24. Mental Health Foundation. Fundamental Facts About Mental Health 2016. Mental Health Foundation. 2016;
25. Mitchell AJ, Rao S, Vaze A. Do primary care physicians have particular difficulty identifying late-life depression? A meta-analysis stratified by age. *Psychother Psychosom.* 2010;79(5):285-94.

26. Heisel MJ, Duberstein PR, Lyness JM, Feldman MD. Screening for Suicide Ideation among Older Primary Care Patients. *J Am Board Fam Med* [Internet] [cited 2016 Dec 10]. Mar 2010 1;23(2):260-9. Available from:
<http://www.jabfm.org/cgi/doi/10.3122/jabfm.2010.02.080163>
27. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. Diagnosing, Screening, and Monitoring Depression in the Elderly: A Review of Guidelines. [Internet] [cited 2016 Dec 11]. September 2015. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26468558>
28. World Health Organization. Mental Health Action Plan 2013-2020. [Internet] [cited 2017 Jan 09]. 2013;1-44. Available from:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf
29. Direção-Geral de Saúde. Programa Nacional para a Saúde Mental: Orientações Programáticas. [Internet] [cited 2017 Jan 09] 2012;1-21. Available from:
<https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CC8QFjAA&url=http://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-3/programas-nacionais-prioritarios-saude-mental-pdf.aspx&ei=fmh1U-66JISv7AalplGwBw&usg=AFQjCNEhqwuHVSDatbVzJnsv>
30. The Joint Commission. Detecting and treating suicide ideation in all settings. *Jt Comm* [Internet] [cited 2017 Feb 12]. 2016;(56):1-7. Available from:
www.jointcommissoin.org
31. Brown GK, Jager-Hyman S. Evidence-based psychotherapies for suicide prevention: Future directions. *Am J Prev Med*. 2014;47(3 SUPPL. 2):186-94.

7. Anexos

7.1. SAFE-T

RESOURCES

- Download this card and additional resources at <http://www.sprc.org>
- Resource for implementing The Joint Commission 2007 Patient Safety Goals on Suicide <http://www.sprc.org/library/jcsafetygoals.pdf>
- SAFE-T** drew upon the American Psychiatric Association Practice Guidelines for the Assessment and Treatment of Patients with Suicidal Behaviors http://www.psychiatryonline.com/pracGuide/pracGuideTopic_14.aspx
- Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Suicidal Behavior. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2001, 40 (7 Supplement): 24s-51s

ACKNOWLEDGMENTS

- Originally conceived by Douglas Jacobs, MD, and developed as a collaboration between Screening for Mental Health, Inc. and the Suicide Prevention Resource Center.
- This material is based upon work supported by the Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) under Grant No. 1U79SM57392. Any opinions/findings/conclusions/recommendations expressed in this material are those of the author and do not necessarily reflect the views of SAMHSA.

**National Suicide Prevention Lifeline
1-800-273-TALK (8255)**



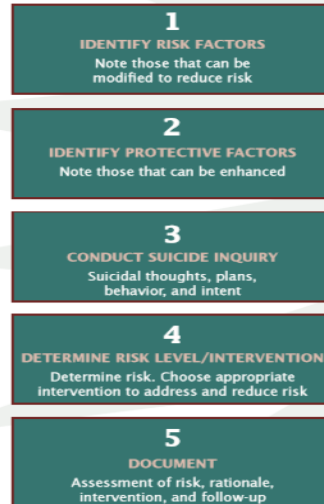
<http://www.sprc.org>



Substance Abuse and Mental Health Services Administration
U.S. Department of Health and Human Services
HHS Publication No. (SMA) 09-4432 • CMHS-NSP-0193
Printed 2009

SAFE-T

Suicide Assessment Five-step Evaluation and Triage



U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES
Substance Abuse and Mental Health Services Administration
www.samhsa.gov

Suicide assessments should be conducted at first contact, with any subsequent suicidal behavior, increased ideation, or pertinent clinical change; for inpatients, prior to increasing privileges and at discharge.

1. RISK FACTORS

- ✓ **Suicidal behavior:** history of prior suicide attempts, aborted suicide attempts, or self-injurious behavior
- ✓ **Current/past psychiatric disorders:** especially mood disorders, psychotic disorders, alcohol/substance abuse, ADHD, TBI, PTSD, Cluster B personality disorders, conduct disorders (antisocial behavior, aggression, impulsivity)
Co-morbidity and recent onset of illness increase risk
- ✓ **Key symptoms:** anhedonia, impulsivity, hopelessness, anxiety/panic, global insomnia, command hallucinations
- ✓ **Family history:** of suicide, attempts, or Axis I psychiatric disorders requiring hospitalization
- ✓ **Precipitants/Stressors/Interpersonal:** triggering events leading to humiliation, shame, or despair (e.g. loss of relationship, financial or health status—real or anticipated). Ongoing medical illness (esp. CNS disorders, pain). Intoxication. Family turmoil/chaos. History of physical or sexual abuse. Social isolation
- ✓ **Change in treatment:** discharge from psychiatric hospital, provider or treatment change
- ✓ **Access to firearms**

2. PROTECTIVE FACTORS *Protective factors, even if present, may not counteract significant acute risk*

- ✓ **Internal:** ability to cope with stress, religious beliefs, frustration tolerance
- ✓ **External:** responsibility to children or beloved pets, positive therapeutic relationships, social supports

3. SUICIDE INQUIRY *Specific questioning about thoughts, plans, behaviors, intent*

- ✓ **Ideation:** frequency, intensity, duration—in last 48 hours, past month, and worst ever
- ✓ **Plan:** timing, location, lethality, availability, preparatory acts
- ✓ **Behaviors:** past attempts, aborted attempts, rehearsals (tying noose, loading gun) vs. non-suicidal self injurious actions
- ✓ **Intent:** extent to which the patient (1) expects to carry out the plan and (2) believes the plan/fact to be lethal vs. self-injurious.
Explore ambivalence: reasons to die vs. reasons to live
- ✓ *For Youths:* ask parent/guardian about evidence of suicidal thoughts, plans, or behaviors, and changes in mood, behaviors, or disposition
- ✓ *Homicide Inquiry:* when indicated, esp. in character disordered or paranoid males dealing with loss or humiliation. Inquire in four areas listed above

4. RISK LEVEL/INTERVENTION

- ✓ **Assessment of risk** level is based on clinical judgment, after completing steps 1–3
- ✓ **Reassess** as patient or environmental circumstances change

RISK LEVEL	RISK/PROTECTIVE FACTOR	SUICIDALITY	POSSIBLE INTERVENTIONS
High	Psychiatric diagnoses with severe symptoms or acute precipitating event; protective factors not relevant	Potentially lethal suicide attempt or persistent ideation with strong intent or suicide rehearsal	Admission generally indicated unless a significant change reduces risk. Suicide precautions
Moderate	Multiple risk factors, few protective factors	Suicidal ideation with plan, but no intent or behavior	Admission may be necessary depending on risk factors. Develop crisis plan. Give emergency/crisis numbers
Low	Modifiable risk factors, strong protective factors	Thoughts of death, no plan, intent, or behavior	Outpatient referral, symptom reduction. Give emergency/crisis numbers

(This chart is intended to represent a range of risk levels and interventions, not actual determinations.)

- 5. **DOCUMENT** Risk level and rationale; treatment plan to address/reduce current risk (e.g., medication, setting, psychotherapy, E.C.T., contact with significant others, consultation); firearms instructions, if relevant; follow-up plan. For youths, treatment plan should include roles for parent/guardian.

7.2. GDS

ESCALAS DE AVALIAÇÃO GERIÁTRICA

Estado Afectivo

Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage – versão curta

Escala utilizada para o rastreio da depressão, avaliando aspectos cognitivos e comportamentais tipicamente afectados na depressão do idoso.

A informação é obtida através de questionário directo ao idoso. Pode ser aplicada por médicos, psicólogos, enfermeiros ou outros profissionais de saúde.

A escala de Yesavage tem uma versão completa, com 30 questões e uma versão curta com 15 questões. A versão curta está validada pelo autor e os seus resultados são sobreponíveis aos da versão completa, pelo que é a mais utilizada.

É constituída por 15 questões com resposta dicotómica (Sim ou Não).As respostas sugestivas de existência de depressão correspondem a 1 ponto.

PONTUAÇÃO:

A pontuação final resulta da soma da pontuação das 15 questões, correspondendo a uma de três categorias :

	Pontos
Sem depressão	0-5
Depressão ligeira	6-10
Depressão grave	11-15

Tempo de aplicação: 6 minutos

7.3. PHQ-2

RASTREIO DE DEPRESSÃO – PHQ 2

Durante os últimos 14 dias, em quantos foi afectado/a por

		Sim	Não
1	Está satisfeito com a sua vida?	0	1
2	Abandonou muitos dos seus interesses e actividades?	1	0
3	Sente que a sua vida está vazia?	1	0
4	Sente-se frequentemente aborrecido?	1	0
5	Na maior parte do tempo está de bom humor?	0	1
6	Tem medo de que algo de mal lhe aconteça?	1	0
7	Sente-se feliz na maior parte do tempo?	0	1
8	Sente-se frequentemente abandonado / desamparado?	1	0
9	Prefere ficar em casa, a sair e fazer coisas novas?	1	0
10	Sente que tem mais problemas de memória do que os outros da sua idade?	1	0
11	Actualmente, acha que é maravilhoso estar vivo?	0	1
12	Sente-se inútil?	1	0
13	Sente-se cheio de energia?	0	1
14	Sente-se sem esperança?	1	0
15	Acha que as outras pessoas estão melhores que o Sr./Sra.?	1	0

7.4. PHQ-9

QUESTIONÁRIO SOBRE A SAÚDE DO PACIENTE-9 (PHQ-9)				
Durante os <u>últimos 14 dias</u> , em quantos foi afectado/a por algum dos seguintes problemas? <i>(Utilize "✓" para indicar a sua resposta)</i>	Nunca	Em vários dias	Em mais de metade do número de dias	Em quase todos os dias
1. Tive pouco interesse ou prazer em fazer coisas	0	1	2	3
2. Senti desânimo, desalento ou falta de esperança	0	1	2	3
3. Tive dificuldade em adormecer ou em dormir sem interrupções, ou dormi demais	0	1	2	3
4. Senti cansaço ou falta de energia	0	1	2	3
5. Tive falta ou excesso de apetite	0	1	2	3
6. Senti que não gosto de mim próprio/a — ou que sou um(a) falhado/a ou me desiludi a mim próprio/a ou à minha família	0	1	2	3
7. Tive dificuldade em concentrar-me nas coisas, como ao ler o jornal ou ver televisão	0	1	2	3
8. Movimentei-me ou falei tão lentamente que outras pessoas poderão ter notado. Ou o oposto: estive agitado/a a ponto de andar de um lado para o outro muito mais do que é habitual	0	1	2	3
9. Pensei que seria melhor estar morto/a, ou em magoar-me a mim próprio/a de alguma forma	0	1	2	3
FOR OFFICE CODING <u> 0 </u> + <u> </u> + <u> </u> + <u> </u> =Total Score: <u> </u>				
Se indicou <u>alguns</u> problemas, até que ponto é que eles <u>dificultaram</u> o seu trabalho, o cuidar da casa ou o lidar com outras pessoas?				
Não dificultaram <input type="checkbox"/>	Dificultaram um pouco <input type="checkbox"/>	Dificultaram muito <input type="checkbox"/>	Dificultaram extremamente <input type="checkbox"/>	

Desenvolvido por Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke e colegas, com uma bolsa de estudos da Pfizer Inc. Não é necessária permissão para reproduzir, traduzir, exibir ou distribuir.