

CATEGORIA
Revisão de Dados
e Literatura Científica

AUTORIA
Gabinete de Estudos
Técnicos

ABRIL '13



Prevenção e Intervenção Psicológica no Suicídio



Sugestão de Citação

Ordem dos Psicólogos Portugueses (2013). Prevenção e Intervenção Psicológica no Suicídio. Lisboa.

Para mais esclarecimentos contacte o Gabinete de Estudos Técnicos:
andresa.oliveira@ordemdospsicologos.pt



recursos.ordemdospsicologos.pt
www.ordemdospsicologos.pt



ÍNDICE

Introdução

Princípios Gerais de Prevenção/Intervenção no Suicídio

Planos Nacionais de Prevenção do Suicídio

Europeus (Irlanda, Escócia, Inglaterra, França, Noruega)

Não Europeus (Austrália, Estados Unidos)

Guidelines e Outros Documentos Internacionais relacionados com o Suicídio

For Which Strategies of Suicide Prevention is there Evidence of Effectiveness (WHO)

Public Health Action for the Prevention of Suicide – a Framework (WHO)

Suicide Prevention in Europe – The WHO Monitoring Survey

Towards Evidence-Based Suicide Prevention Programmes (WHO)

Prevenção e Intervenção no Suicídio Online/Web-Based

Custo Económico do Suicídio

Anexos

Irish National Strategy for Action on Suicide Prevention 2005-2014

Life – National Strategy and Action Plan to Prevent Suicide in Scotland

National Suicide Prevention Suicide for England

Programme National d'Actions Contre le Suicide 2011-201

The National Plan for Suicide Prevention (Norway)

A Framework for Prevention of Suicide in Australia

2012 National Strategy for Suicide Prevention: Goals and Objectives for Action

For Which Strategies of Suicide Prevention is there Evidence of Effectiveness (WHO)

Public Health Action for the Prevention of Suicide – a Framework (WHO)

Suicide Prevention in Europe – The WHO Monitoring Survey

Towards Evidence-Based Suicide Prevention Programmes (WHO)

Technology-Based Suicide Prevention Current Applications and Future Directions

The Potential Role of the Internet in Suicide Prevention

The Cost of Suicide to Society



Prevenção e Intervenção Psicológica no Suicídio

Introdução

As causas do suicídio são complexas e envolvem inter-relações entre fatores psicológicos, biológicos, sociais e ambientais no contexto de experiências pessoais negativas ao longo da vida, muitas vezes agravadas por dificuldades pessoais recentes. A morte prematura por suicídio tem muitas consequências negativas, não apenas para a família e amigos dos que se suicidam, mas também para a comunidade alargada que tem de lidar com o impacto da tragédia. Por estes motivos, o comportamento suicida representa um problema global de saúde pública e a sua prevenção continua a ser um grande desafio para os serviços sociais e de saúde, a todos os níveis.

Princípios Gerais de Prevenção/Intervenção no Suicídio

Não existe uma intervenção ou abordagem única que, só por si, permita fazer face ao problema do suicídio. É necessário um enquadramento estratégico que suporte a identificação de ações realizadas de modo coordenado através de parcerias entre todos os que têm um papel a desempenhar na prevenção do suicídio – desde o sector da saúde às escolas, grupos da comunidade e empresas.

Um conjunto de **princípios** deve guiar as ações interventivas e preventivas no que diz respeito ao suicídio:

- **Ação:** a estratégia desenvolvida deve ser focada na ação;
- **Responsabilidade partilhada:** nenhum grupo, organização ou sector pode ser, individualmente, responsável pela intervenção/prevenção do suicídio;
- **Objetivos práticos, realistas e sujeitos a avaliação frequente:** a estratégia deve identificar os resultados esperados de forma mensurável, para que possam ser monitorizados e revistos;
- **Baseado em Evidências:** a estratégia deve, sempre que possível, ser baseada em investigação científica publicada ou na experiência daqueles que trabalham no tema;
- **Espectro alargado:** um dos objectivos fundamentais da estratégia deve ser prevenir o suicídio e a automutilação deliberada, assim como reduzir os níveis da ideação suicida na população em geral;
- **Tecnologias da Informação e da Comunicação:** no desenvolvimento de serviços e meios de apoio, deve explorar-se o potencial das TIC, por exemplo, usando a Internet ou os SMS;
- **Investigação e Desenvolvimento:** uma investigação multidisciplinar constante e de qualidade deve constituir uma vertente essencial da estratégia, sendo que os

resultados produzidos podem ser de grande valor para informar e estimular o desenvolvimento de ações e serviços;

- **Melhoria Contínua da Qualidade:** o controlo contínuo da qualidade e modificação e melhoria constantes da estratégia devem ser centrais à sua implementação;
- **Consultadoria e Parcerias:** a estratégia, os projetos e os serviços devem ser desenvolvidos após consulta dos interessados e em parceria com as diferentes organizações e grupos da comunidade;
- **Recursos:** sempre que possível, os recursos humanos e materiais existentes devem ser usados para implementar a estratégia. Caso não existam devem ser adquiridos.

As ações interventivas e preventivas do suicídio devem ainda seguir um conjunto de **prioridades:**

- Promoção da saúde mental;
- Redução do estigma associado às perturbações da saúde mental e ao suicídio;
- Desenvolvimento de um programa nacional de formação sobre o suicídio;
- Desenvolvimento de um sistema de encaminhamento prioritário para os serviços de saúde mental;
- Desenvolvimento de serviços com resposta eficaz para indivíduos com comportamento suicida ou de automutilação deliberada;
- Desenvolvimento de serviços de apoio ao luto;
- Melhoria da recolha e uso dos dados relativos ao comportamento suicida e à prevenção do suicídio.

Constituem-se como principais **áreas de atuação** no que diz respeito à intervenção e prevenção do suicídio:

- **A Família:** a família e os lares são importantes para a promoção e consciencialização de uma saúde mental positiva e prevenção do suicídio, nomeadamente através do desenvolvimento de uma vinculação segura entre pais e crianças, assim como de formas adequadas de falar às crianças sobre a saúde mental, o suicídio e o luto;
- **A Escola:** as escolas podem desempenhar um papel importante na promoção da saúde mental positiva, desenvolvendo a resiliência e identificando/apoiando estudantes vulneráveis ou em risco (estudantes vítimas de *bullying*, com baixa autoestima, percebidos como sendo diferentes no que diz respeito à orientação sexual ou à raça). A resposta da escola após o suicídio de um estudante ou professor também é muito importante para minimizar o impacto negativo na escola e na comunidade. A educação acerca da saúde mental e dos problemas da saúde mental deve ser parte integral do currículo escolar, começando no primeiro ciclo – é especialmente importante desconstruir os mitos e o estigma acerca da saúde mental, que para muitos jovens constitui uma barreira à procura de ajuda para problemas emocionais e mentais.

- **O Trabalho:** os locais de trabalho podem constituir-se como um contexto para a prevenção do suicídio de três formas – promovendo a saúde mental, respondendo e apoiando os trabalhadores em stress e sofrimento por algum motivo (por exemplo, problemas familiares ou de alcoolismo) e desenvolvendo protocolos de resposta quando o comportamento suicida ocorre para minimizar o seu impacto.
- **Os Media:** desenvolver alianças com os media para evitar o retrato potencialmente perigoso do comportamento suicida e promover uma comunicação benéfica do assunto. Simultaneamente, os media podem funcionar como aliados importantes na promoção da saúde mental positiva e na procura de ajuda pela população geral, assim como no combate ao estigma associado à saúde mental e ao comportamento suicida – que constitui uma grande barreira à prevenção do suicídio.

O suicídio afeta toda a sociedade, no entanto, é importante existirem ações focadas em **grupos prioritários**, nomeadamente: crianças e jovens, indivíduos com perturbações da saúde mental (nomeadamente, perturbações depressivas e da ansiedade), indivíduos com tentativas anteriores de suicídio, indivíduos afetados pelo comportamento suicida de alguém, indivíduos que abusem de substâncias psicoativas, indivíduos presos, indivíduos com processos de luto recentes, desempregados recentes ou de longo-prazo, indivíduos que vivam isolados ou em comunidades rurais e sem-abrigo.

Planos Nacionais de Prevenção do Suicídio

Europeus

Irlanda

A **Estratégia Nacional Irlandesa para a Ação na Prevenção do Suicídio** (*Irish National Strategy for Action on Suicide Prevention 2005-2014*) propõe quatro níveis de ação na prevenção do suicídio:

- **Abordagem Geral da População:** o objetivo é promover a saúde mental positiva e o bem-estar, assim como uma mudança de atitude relativamente à saúde mental, à resolução de problemas e ao *coping* na população geral. São referenciadas seis áreas de atuação, nomeadamente, a família, as escolas, as universidades, as organizações e serviços para a juventude, os locais de trabalho e os media;
- **Abordagem Orientada:** o objetivo é reduzir o risco do comportamento suicida entre os grupos de alto risco e as pessoas vulneráveis (por exemplo, desempregados, marginalizados, vítimas de abuso ou idosos);
- **Responder ao Suicídio:** o objetivo é minimizar o sofrimento das famílias, amigos e comunidades após uma morte por suicídio, assegurando que os indivíduos não ficam isolados/vulneráveis e reduzindo o risco de comportamentos suicidas relacionados;

- **Informação e Investigação:** o objetivo é melhorar o acesso à informação relativa ao comportamento suicida (onde e como pedir ajuda) e encorajar a investigação sobre o suicídio e o acesso aos resultados dessa investigação.

Para cada um destes níveis de ação e objetivos a intervenção psicológica é referida como tendo de ser revista e assegurada. Não existe uma referência direta ao impacto da intervenção psicológica ou ao papel do psicólogo na prevenção do suicídio, no entanto, a sua importância está subjacente a todos os objetivos definidos no plano.

Foi o único plano encontrado que inclui uma secção com estimativas sobre o custo e o impacto económico do suicídio.

Escócia

A **Estratégia Nacional e o Plano de Ação para a Prevenção do Suicídio na Escócia** (*Life – National Strategy and Action Plan to Prevent Suicide in Scotland*) define sete objetivos principais:

- **Objetivo 1 – Prevenção e Intervenção Precoces:** promover a intervenção precoce, apoiar a prevenção de problemas e reduzir os riscos que podem levar ao comportamento suicida;
- **Objetivo 2 – Responder às Crises Imediatas:** promover apoio e serviços para as pessoas em risco e em crise, oferecendo uma resposta imediata à crise que ajude a reduzir a gravidade dos problemas;
- **Objetivo 3 – Trabalho a Longo-Prazo para Oferecer Esperança e Apoio na Recuperação:** promover o apoio constante e os serviços que permitam aos indivíduos recuperar e lidar com os assuntos que possam contribuir para o seu comportamento suicida;
- **Objetivo 4 – Lidar com o Comportamento Suicida e com o Suicídio:** promover o apoio eficaz aos indivíduos afetados pelo comportamento suicida e pelo suicídio;
- **Objetivo 5 – Promover uma maior consciencialização do público e encorajar as pessoas a procurar ajuda desde cedo:** assegurar uma maior consciencialização do público dos aspetos positivos da saúde e do bem-estar mental, do comportamento suicida, dos problemas e riscos potenciais entre os grupos de todas as idades;
- **Objetivo 6 – Apoiar os Média:** assegurar que todas as decisões relativas a reportagens de suicídios ou comportamentos suicidas são realizadas de modo apropriados e com o respeito da confidencialidade;
- **Objetivo 7 – Saber o que Resulta:** aumentar a qualidade, a recolha, a disponibilidade e a disseminação da informação sobre assuntos relativos ao suicídio e ao comportamento suicida e sobre intervenções eficazes para assegurar um melhor desenho e implementação das respostas e serviços.

A intervenção psicológica não é diretamente mencionada neste plano, reconhecendo-se apenas que é necessário assegurar os serviços psicológicos adequados por parte de profissionais qualificados. Enquanto os Psiquiatras são claramente mencionados como agentes do plano, o mesmo não acontece com os Psicólogos, que não são mencionados.

Inglaterra

A **Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio para Inglaterra** (*National Suicide Prevention Suicide for England*) estabelece como objetivos:

- **Objetivo 1** – Reduzir o risco em grupos chave de risco elevado
- **Objetivo 2** – Promover o bem-estar mental da população geral
- **Objetivo 3** – Reduzir a disponibilidade e a letalidade dos métodos de suicídio
- **Objetivo 4** – Melhorar o reporting do comportamento suicida nos media
- **Objetivo 5** – Promover a investigação sobre o suicídio e a prevenção do suicídio
- **Objetivo 6** – Melhorar a monitorização do progresso dos objetivos de redução do suicídio do *Saving Lives: Our Healthier Nation*

Não é referida diretamente a intervenção psicológica. Apenas o papel da Psiquiatria e dos Psiquiatras é mencionado.

França

Em França, o **Programa Nacional de Ações contra o Suicídio** (*Programme National d'Actions Contre le Suicide 2011-2014*) enumera seis eixos de ação, cada um deles com um conjunto de medidas e respetivas ações de prevenção do suicídio:

- **Eixo 1 – Desenvolvimento da Prevenção e da Pós-intervenção** (inclui medidas como o desenvolvimento da qualidade e da eficácia das ações de promoção da saúde mental e da prevenção do suicídio; prevenir o isolamento social e o sofrimento psíquico; agir sobre a comunicação que é feita na internet relativamente ao suicídio ou limitar o acesso aos meios letais);
- **Eixo 2 – Melhoria dos Cuidados aos Indivíduos em Risco de Suicídio** (inclui medidas como o desenvolvimento de estruturas de cuidado dos indivíduos em risco de suicídio);
- **Eixo 3 – Informação e Comunicação sobre a Prevenção do Suicídio** (inclui medidas como o desenvolvimento de informação para o grande público e melhoria da difusão dos serviços e dispositivos de ajuda);
- **Eixo 4 – Formação dos Profissionais** (inclui medidas como reforçar as ações de sensibilização sobre o sofrimento psíquico e a crise suicidária ou formar os responsáveis nos locais de trabalho sobre os riscos psicossociais);
- **Eixo 6 – Estudos e Investigação** (inclui medidas como melhorar a qualidade e a monitorização dos dados sobre o suicídio);
- **Eixo 7 – Monitorização e dinamização do programa de ações contra o suicídio.**

O Programa francês enfatiza muitos os fatores psicológicos, o sofrimento psíquico e a necessidade de lhes responder, assim como a necessidade de desenvolver competências psicossociais nos indivíduos.

Noruega

O Plano Nacional para a Prevenção do Suicídio (1994-1998) Norueguês (*The National Plan for Suicide Prevention*) enumera os seguintes objetivos:

- Aumentar a atenção dos polícias e administradores dos sectores sociais e da saúde para a importância dos problemas associados ao suicídio e para fatores de risco como o abuso de álcool e drogas, problemas psiquiátricos e sociais;
- Desenvolver e promover o uso de linhas orientadoras que possam melhorar os serviços sociais e de saúde para ajudar os pacientes suicidas;
- Promover a cooperação com os media de modo que seja transmitida à população geral informação sobre esta temática;
- Promover o desenvolvimento e a implementação de programas de formação sobre suicidologia para todos os grupos profissionais pertinentes;
- Promover a coordenação com a investigação nacional e encorajar novas investigações, mantendo e desenvolvendo contactos internacionais;
- Através da cooperação com organizações regionais (incluindo organizações voluntárias), estabelecer redes regionais com responsabilidade para adoptar medidas a nível regional.

Este plano também não contém referências diretas à intervenção psicológica ou ao papel dos psicólogos.

Não Europeus

Austrália

A Estrutura para a Prevenção do Suicídio na Austrália (*A Framework for Prevention of Suicide in Australia*) enquadra seis grandes áreas de ação, cada uma delas com um conjunto de resultados e objetivos bem definidos:

- **Ação 1** – Aumentar a compreensão do suicídio baseada em evidências;
- **Ação 2** – Construir a resiliência individual e a capacidade para a autoajuda;
- **Ação 3** – Aumentar a resiliência e as capacidades da comunidade para a prevenção do suicídio;
- **Ação 4** – Abordagem coordenada da prevenção do suicídio;
- **Ação 5** – Desenvolver atividades de prevenção do suicídio direcionadas para determinados públicos;
- **Ação 6** – Implementar padrões de qualidade na prevenção do suicídio.

Os Psicólogos são claramente identificados como Profissionais que podem ajudar a gerir e a resolver casos em que os indivíduos apresentam ideação suicida ou sintomas de doenças que aumentam o risco de suicídio. Para além de serem referenciados como estando envolvidos no tratamento e intervenção em casos de suicídio, também são apontados como elementos da

estratégia de prevenção do suicídio funcionando como primeiros pontos de contacto profissional e fornecimento de informação.

Estados Unidos

Nos Estados Unidos a **Estratégia Nacional para a Prevenção do Suicídio de 2012** (2012 *National Strategy for Suicide Prevention: Goals and Objectives for Action*) envolve quatro direções estratégicas e um conjunto de objetivos gerais e específicos para a ação:

- **Direção Estratégica 1 – Indivíduos, Famílias e Comunidades Saudáveis e Empowered:** integrar e coordenar as atividades de prevenção do suicídio nos múltiplos sectores e contextos; implementar esforços de comunicação baseados na investigação para prevenir o suicídio através da mudança do conhecimento, das atitudes e dos comportamentos; aumentar o conhecimento dos fatores protetores do comportamento suicídio e que promovem o bem-estar e a recuperação; promover a comunicação responsável dos media sobre o suicídio, o retrato correto do suicídio e da doença mental na indústria do entretenimento e a segurança do conteúdo online relacionado com o suicídio;
- **Direção Estratégica 2 – Serviços Preventivos Clínicos e Comunitários:** desenvolver, implementar e monitorizar programas efetivos que promovam o bem-estar e previnam o suicídio e os comportamentos suicidários; promover esforços para reduzir o acesso a meios letais de suicídio entre indivíduos identificados como estando em risco de suicídio; formar os prestadores clínicos e comunitários de serviços relacionados com a prevenção e os comportamentos suicidários;
- **Direção Estratégica 3 – Serviços de Tratamento e Apoio:** promover a prevenção do suicídio como um componente essencial dos serviços e cuidados de saúde; promover e implementar práticas profissionais e clínicas eficazes para avaliar e tratar os indivíduos em risco de comportamento suicida; oferecer cuidado e apoio aos indivíduos afetados por mortes decorrentes de suicídio e promover/implementar estratégias comunitárias para ajudar a prevenir outros suicídios;
- **Direção Estratégica 4 – Vigilância, Investigação e Avaliação:** aumentar a atualização e utilidade dos sistemas nacionais de vigilância relevantes para a prevenção do suicídio, assim como melhorar a capacidade para recolher, analisar e usar esta informação para a ação; promover e apoiar a investigação sobre a prevenção do suicídio; avaliar ao impacto e a efetividade das intervenções de prevenção do suicídio, sintetizar e disseminar esses resultados.

É enfatizado o papel da psicoterapia na intervenção no suicídio. O Estado de Washington aprovou uma lei, com efeito a partir de Janeiro de 2014, que obriga os profissionais de saúde, entre os quais os Psicólogos, a frequentar um programa de formação sobre a prevenção do suicídio pelo menos uma vez de seis em seis anos.

Guidelines e Outros Documentos Internacionais relacionados com o Suicídio

For Which Strategies of Suicide Prevention is there Evidence of Effectiveness (WHO)

Devido à evidência limitada e à heterogeneidade das intervenções, não é possível determinar se uma intervenção específica é mais efetiva do que outra. É necessário implementar um leque alargado de intervenções de prevenção do suicídio que enderecem diferentes fatores de risco a diferentes níveis.

Na população escolar são efetivos programas de prevenção baseados na mudança comportamental e nas estratégias de *copying*. Nos adolescentes de alto risco, os programas de prevenção do suicídio na escola com base em treino de competência e apoio social parecem ser efetivos na redução dos fatores de risco e no aumento dos fatores protetores.

Para adultos com tentativas prévias de suicídio ou automutilação deliberada existe alguma evidência de que, num contexto muito controlado, a terapia cognitivo-comportamental seja benéfica. Algumas tendências para benefícios também foram observadas no que diz respeito ao uso da resolução de problemas, cartões de emergência, terapia dialética e medicação com flupenthixol.

Public Health Action for the Prevention of Suicide – a Framework (WHO)

Este documento apresenta uma abordagem gradual ao desenvolvimento de uma estratégia de prevenção do suicídio:

- ***Identificação das partes interessadas:*** a prevenção do suicídio exige uma abordagem multisectorial que envolva profissionais de saúde e representantes de outros sectores. Uma lista destas partes interessadas poderia incluir representantes dos serviços de saúde mental (incluindo administradores, psiquiatras, **psicólogos**, enfermeiros de saúde mental e assistentes sociais) quer do sector público quer do sector privado.
- ***Intervenções eficazes:*** com base nos fatores de risco e protetores relevantes, uma estratégia nacional deve propor uma combinação adequada de intervenções baseadas em evidências – universais, seletivas e dirigidas. As *intervenções universais* devem ser dirigidas à população geral, independentemente do grau de risco. As *intervenções seletivas* devem focar-se em subpopulações com riscos elevados conhecidos com base em características sociodemográficas, de distribuição geográfica, prevalência de perturbações mentais ou de abuso de substâncias. As *intervenções dirigidas* focam-se naqueles que estão vulneráveis ao suicídio ou já tentaram suicidar-se. Um programa de prevenção do suicídio deve utilizar uma combinação destes três tipos de intervenção.
- ***Estratégias de prevenção ao nível da população geral;***
- ***Estratégias de prevenção para subpopulações em risco e vulneráveis;***
- ***Estratégias de prevenção a nível individual:*** é necessário identificar e tratar as perturbações mentais, uma vez que estas constituem fatores de risco conhecidos para o suicídio. Uma estratégia nacional deve: enfatizar a necessidade integrar a prestação de cuidados de saúde mental nos cuidados de saúde primários; chamar a

atenção para a falta de serviços de saúde mental, se necessário; sublinhar a necessidade de educar, regularmente, os profissionais de saúde acerca da prevenção do suicídio, especificamente sobre a identificação, gestão, apoio e encaminhamento de indivíduos com comportamentos suicidários.

- **Formação de Gatekeepers:** os *gatekeepers* interagem com os membros da comunidade em contextos naturais e não-médicos, por exemplo, prestadores de cuidados de saúde mental primários, professores e outros agentes educativos, líderes da comunidade, polícias, militares ou líderes religiosos/espirituais. Estes indivíduos podem ser treinados para reconhecer os fatores de risco para o suicídio. Esta formação deve andar a par do desenvolvimento de serviços de qualidade, caso contrário, os esforços de identificação de sujeitos em risco serão em vão.
- **Monitorização e avaliação:** uma estratégia nacional deve propor uma estrutura de monitorização e avaliação da qualidade e efetividade das intervenções.

Suicide Prevention in Europe – The WHO Monitoring Survey

Este documento sublinha a importância de combinar duas abordagens no que diz respeito à estratégia de prevenção do suicídio: a abordagem dos cuidados de saúde e a abordagem da saúde pública.

Refere resultados encorajadores das terapias cognitivo-comportamental e dialético-comportamental na redução da repetição das tentativas de suicídio e, por isso, aconselha o alargamento da sua utilização, sobretudo com indivíduos com perturbações da personalidade que tentam suicidar-se. Menciona ainda as terapias de resolução de problemas e uso de cartões de emergência como bons exemplos de como a repetição de tentativas de suicídio pode ser reduzida. Dão ainda como exemplo um programa de formação sueco para profissionais que teve bons resultados na redução das taxas de suicídio.

São apresentados vários quadro-resumo sobre dados europeus relativos ao nível da ação nacional sobre a prevenção do suicídio; aos temas da intervenção nos cuidados de saúde mental, na saúde pública e nas atividades nacionais de prevenção do suicídio; e às arenas de intervenção pública na prevenção do suicídio.

Towards Evidence-Based Suicide Prevention Programmes (WHO)

Este documento apresenta alguns indicadores de resultados mensuráveis para as intervenções de prevenção do suicídio:

- **Principais resultados para as intervenções:** diminuição das taxas de suicídio; diminuição das taxas de tentativa de suicídio; diminuição da ideação suicida;
- **Resultados associados às intervenções:** aumento da literacia sobre saúde e comportamentos de procura de ajuda (a melhoria dos fatores de proteção, como a procura de ajuda, e a redução dos fatores de risco, como o estigma, estão associados com riscos menores de comportamentos suicidas); aumento dos fatores protetores psicológicos e diminuição dos fatores de risco (enfatizar o apoio da família, o sucesso

escolar e as relações com os pares como fatores protetores do suicídio); controlo da comunicação dos media sobre o suicídio; redução da disponibilidade e acessibilidade dos meios letais;

- **Resultados para programas de formação:** aumentar o conhecimento clínico sobre o suicídio, assim como a identificação precoce do risco de suicídio.

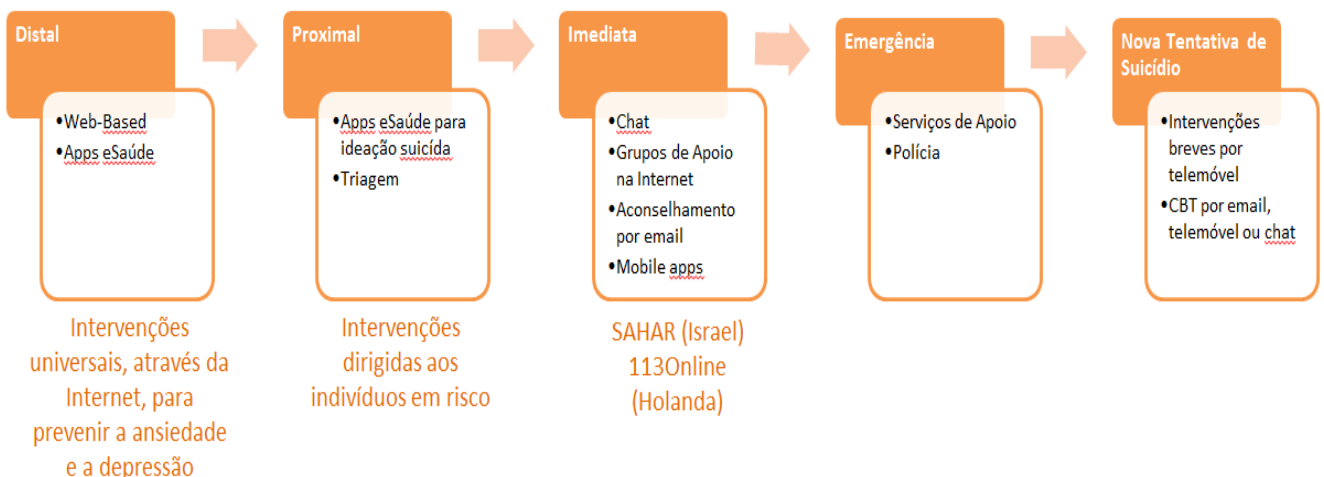
Oferece ainda exemplos sobre programas de prevenção do suicídio baseados em evidência que foram implementados em vários países. Por exemplo, as *Guidelines para os Media* (jornalistas e editores) desenvolvidas na Áustria após terem sido observadas taxas de suicídio elevadas depois de reportagens sensacionalistas sobre o suicídio e os métodos de suicídio. Ou o serviço de Tele-Ajuda e Tele-Diagnóstico para idosos na Itália. As terapias cognitivo-comportamental e dialético-comportamental também são consideradas.

Prevenção e Intervenção no Suicídio Online/Web-Based

As intervenções na internet têm a capacidade de abranger um número muito alargado de indivíduos e a baixo-custo. A procura de informação sobre saúde é uma das razões mais comuns para usar a internet e os problemas de saúde mental estão entre os assuntos relacionados com a saúde mais pesquisados na internet. Há estudos que demonstram que aqueles que estão em risco de suicídio usam a internet para procurar ajuda tão frequentemente quanto procuram ajuda de profissionais. Dos indivíduos com ideação suicida e sentimentos de desesperança, 40% procurarão ajuda na internet. Indivíduos com ideação suicida têm maior probabilidade de procurar ajuda de grupos de apoio do que indivíduos sem ideação suicida.

A internet tem a capacidade e o potencial para facilitar o desenvolvimento da literacia sobre saúde mental assim como de programas de prevenção do suicídio. Por sua vez, o aumento da literacia sobre saúde mental está associada a comportamentos de procura de ajuda o que pode contribuir para a prevenção do suicídio. A internet pode oferecer novos meios mais dinâmicos e interativos de promover a saúde e o bem-estar.

Helen Christensen, da Universidade Nacional da Austrália, propõe o seguinte esquema para **intervenções de prevenção do suicídio:**



O **SAHAR** é um *website* hebraico (<http://www.sahar.org.il>) que oferece terapia por *email*, aconselhamento individual em situações de crise num *chat* disponível durante 10 a 12 horas por dia, grupos de apoio e ainda um “serviço patrulha”. Está descrito como estando dirigido a pessoas com dificuldades emocionais (a palavra “suicídio” não é explicitamente mencionada), funciona como uma organização não-governamental que presta apoio emocional básico. O serviço é todo virtual e inclui 40 a 60 pessoas, mais um gestor, um profissional de saúde e um gestor de voluntários, que recebem uma formação relativamente longa. A organização é financiada por doações.

O **1130line** oferece aconselhamento em situações de crise por telefone 24 horas por dia, todos os dias da semana. O serviço é prestado por voluntários treinados com assistência de um psicólogo. Oferece ainda um chat de aconselhamento que funciona cerca de 10 a 12 horas por dia em horário de trabalho. A formação é relativamente breve, mas a maior parte dos voluntários são Psicólogos em formação. A organização é financiada por fundos governamentais.

Esta Professora recomenda a **criação de um portal online** que reúna todos estes serviços num único local virtual. O serviço prestado por este portal teria como principal característica a emergência e intervenção online em situações de crise através de um *chat*, do telemóvel ou do *email*. Outras características fundamentais seriam a oferta de terapia (CBT ou DBT) *online* para a ideação suicida; um grupo de apoio ou fórum *online*; e a orientação *online* de autoajuda para aqueles em risco de depressão, ansiedade, abuso de álcool ou drogas (fatores de risco para o suicídio). Componentes secundários deste portal seriam a triagem *online*, a informação sobre o suicídio e links para diversas aplicações online de saúde mental.

Para além destes, Luxton, June & Kinn (2011) referem ainda outros programas de prevenção *online* do suicídio que incluem *websites* que oferecem informações sobre recursos de tratamento, autoajuda, recursos para ajudar outros e serviços de aconselhamento anónimo. O *website* Linha da Vida (*National Suicide Prevention Lifeline* - www.suicidepreventionlifeline.org) é outro exemplo – oferece uma linha de atendimento 24 horas por dia, assim como links para outros recursos de prevenção do suicídio.

Uma das **vantagens dos programas de prevenção web-based** é o facto das pessoas em crise poderem aceder á informação em qualquer altura do dia e não estarem limitadas a procurar ajuda durante os horários de trabalho. Para além disso alguns indivíduos preferem a privacidade e o anonimato proporcionados pela internet e, inicialmente, podem escolher, visitar um *website* em vez ligar para uma linha de atendimento ou procurar alguém face-a-face. Fóruns de discussão, blogs alimentados por especialistas na prevenção do suicídio, testes de autodiagnóstico que ofereçam feedback e recomendações também podem ser integrados nestes *websites*. Conteúdos multimédia apelativos e interativos podem igualmente ser adicionados. Por exemplo, o *website* Linha da Vida contém histórias de sobreviventes ao suicídio apresentadas por avatares (animação ou representação gráfica do *self*). O uso dos avatares permite uma personalização e uma experiência interativa enquanto ajuda os utilizadores a manter o anonimato. Resumindo, os programas de prevenção do suicídio *web-based* não só ligam os indivíduos aos serviços de apoio, mas também podem criar um ambiente interativo e motivador para apoio e educação.

As **redes sociais** também apresentam algumas **vantagens** para a prevenção do suicídio, uma vez que facilitam as interações sociais entre pares com experiências semelhantes. As redes sociais têm o potencia para promover interações de mútuo apoio e criar comunidades de pessoas que estão

a lidar com desafios similares. Várias páginas do **Facebook** são já dedicadas à prevenção do suicídio – estas páginas publicam links sobre websites e linhas telefónicas de prevenção do suicídio, assim como informação sobre os sinais de alarme do suicídio. Algumas páginas permitem a publicação de imagens de entes queridos que se suicidaram, permitindo aos utilizadores comentar as imagens e as histórias publicadas.

A publicação de **vídeos online** é mais uma ferramenta útil na prevenção do suicídio. Os vídeos podem oferecer informação sobre sinais de risco suicidário e sobre como procurar ajuda. No **Youtube** existem centenas de vídeos sobre a prevenção do suicídio, incluindo vídeos de serviços públicos, organizações não governamentais e universidades que promovem a consciencialização sobre o suicídio e divulgam recursos disponíveis. Há ainda vídeos publicados por utilizadores individuais com memoriais e explicações pessoais sobre como procuraram ajuda.

O **Podcasting** é uma outra forma benéfica de divulgar informação sobre comportamentos de saúde ao público em geral. Uma das vantagens do **Podcasting** para a prevenção do suicídio é o fato dos conteúdos poderem ser subscritos e automaticamente entregues aos utilizadores, que os recebem sem ter de realizar qualquer esforço, permanecendo disponíveis sempre que existir uma crise.

Os **Smartphones**, cada vez mais utilizados, também são apropriados para a prevenção do suicídio, uma vez que são objetos pessoais acessíveis a qualquer hora do dia. As aplicações desenhadas para estes aparelhos móveis (**apps**) também podem servir para ajudar os utilizadores a autodiagnosticarem-se e monitorizarem sintomas psiquiátricos, incluindo a ideação suicida. Por exemplo, o Registo de Pensamentos Automáticos, um instrumento comum nos tratamentos cognitivo-comportamentais, pode ser transformado numa **app** que permita um registo discreto e constantemente acessível. Podem ainda ser criadas versões virtuais da “Caixa da Esperança” ou do “Kit Sobrevivente” que incluem imagens, cartas, poesia e orações que servem como recordações de acontecimentos e relações positivas que comunicam que vale a pena viver. Entre adolescentes, as **SMS** também podem servir como formas de comunicar incidentes e procurar ajuda num momento de crise.

Estas estratégias de prevenção do suicídio baseadas em tecnologias recentes também têm algumas **limitações**. O acesso limitado à internet e às restantes tecnologias pode constituir um obstáculo. Em termos gerais, estes programas teriam que integrar os hábitos de comunicação e as preferências tecnológicas dos utilizadores atuais e futuros e estes hábitos e preferências estão em mudança constante. Para além disso os programas teriam de ser culturalmente relevantes para serem aceites pelos utilizadores.

Outros assuntos a considerar seriam a preocupação com a confidencialidade, a privacidade e a segurança clínica. Embora a internet ofereça um sentido de anonimato, o medo de uma quebra da confidencialidade também pode inibir os indivíduos de participarem nestes programas. Os prestadores de serviço devem considerar estes riscos quando respondem, por *email*, SMS ou outro meio electrónico, a indivíduos em risco de suicídio. Esta forma de comunicar, que oferece uma entrega das mensagens quase imediata, também pode gerar falsas expectativas no que diz respeito a respostas imediatas pelos prestadores de serviços (por isso é fundamental indicar o tempo de resposta).

Embora as redes sociais e os *chats* possam promover interações de apoio mútuo entre os que passam por problemas semelhantes, também podem aumentar o risco de comportamento suicida entre indivíduos vulneráveis. Por exemplo, a partilha de instruções e métodos de suicídio, o *bullying* e os pactos de suicídio são preocupações relevantes.

A criação de *guidelines* e a monitorização do conteúdo dos websites, dos chats e dos restante media podem ajudar a ultrapassar estas limitações.

Custo Económico do Suicídio

O suicídio acarreta custos económicos elevados, o que implica que uma estratégia de prevenção do suicídio eficaz deva gerar retornos económicos significativos, para além de, obviamente, trazer benefícios sob a forma de vidas salvas e evitamento do trauma emocional.

Os **benefícios económicos** de uma estratégia de prevenção do suicídio bem-sucedida correspondem aos ganhos para a sociedade medidos pelo valor económico das vidas salvas.

Existem três **tipos de custos económicos** potenciais associados ao suicídio:

- **Custos Diretos:** são os gastos monetários explícitos associados ao suicídio e às suas consequências. Incluem custos médicos, despesas de funeral, custos administrativos e custos dos serviços de emergência. São menores comparativamente aos custos indiretos – uma investigação canadiana indica que corresponderão a 0.67% dos custos indiretos;
- **Custos Indiretos:** referem-se valor da produção perdida que decorre do suicídio e incorporam o valor o trabalho produtivo (pago e não pago) que não vai poder ser realizado devido à mortalidade prematura;
- **Custos Humanos:** referem-se ao valor que os indivíduos têm nas suas vidas, para além das suas capacidades para trabalhar. Este valor deve captar todas as diferentes dimensões da existência humana que afetam a qualidade de vida do indivíduo, no entanto, é muito difícil atribuir um valor monetário a dimensões como a autoconsciência, as experiências emocionais ou espirituais. Os economistas têm utilizado evidências de estudos sobre a motivação dos indivíduos para pagar reduções no risco de morte de forma a calcular o custo humano da mortalidade prematura por suicídio.

Nem todos os investigadores ou todos os documentos utilizam a mesma forma de **calcular os diferentes custos** (e cada uma delas apresenta algumas desvantagens). Em termos gerais:

- Os **custos diretos** incluem, por exemplo, o custo médio por hora do envolvimento de um polícia ou de um bombeiro numa situação de suicídio, o custo médio de despesas funerárias, o custo médio da intervenção forense (por exemplo, autópsias).
- Os **custos indiretos**, no que diz respeito aos valores de produção perdidos como consequência de um suicídio, são calculados com base na média de ordenado mensal da população ativa total (incluindo os desempregados). Os valores de produção perdidos advêm dos anos de rendimento perdido por parte da pessoa que cometeu

suicídio e dos valores de rendimento perdidos pela família e amigos na altura do suicídio (assumindo 20 dias no total).

O objetivo das intervenções de saúde é, na maior parte dos casos, restabelecer ou manter a saúde e não poupar dinheiro. Por isso, como podemos medir os **ganhos em saúde**? E, de modo equivalente, como medimos as perdas de saúde associadas a uma doença ou condição particular, como o suicídio, de forma a estimarmos o ganho da prevalência reduzida dessa condição? Alguns autores propõem que os **anos de vida salvos** são uma medida útil dos ganhos de saúde, contudo, esta medida só é aplicável a intervenções que salvem vidas. A maior parte das intervenções não são dirigidas a salvar vidas mas a melhorar a qualidade de vida – o que levou ao desenvolvimento de conceitos como os **Quality-adjusted Life Years (QUALYs)**, que consideram mortalidade e morbilidade. Os anos de vida extra são contabilizados como parte dos ganhos de saúde, assim como a melhoria da qualidade de vida relacionada com a saúde nos anos vividos. Uma variante da QUALYs é o conceito de **Disability-adjusted Life Years (DALYs)** – uma espécie de negativo da QUALYs. Em resumo, uma DALY representa a perda de um ano de vida sem incapacidade, é uma medida que incorpora não só os anos de vida perdidos (calculados a partir da expectativa média de vida para determinada idade), mas também os anos de vida perdidos sem incapacidade (que correspondem a determinada percentagem dos anos de vida perdidos). Para se atribuir um valor monetário à disposição para pagar o valor de um ano extra de vida (ou um QUALY/DALY) obtém-se uma estimativa do *Value of a Statistical Life*, a partir do qual se deriva uma estimativa do *Value of a Statistical Life Year*.

O cálculo dos custos associados ao suicídio é um processo complexo influenciado por diversas questões metodológicas, como por exemplo, problemas na recolha dos dados e falta de consenso no que diz respeito à forma de medir os custos; inclusão ou exclusão de dados (muitos custos, nomeadamente os custos indiretos ou humanos, não são incluídos devido a dificuldades de estimação). Alguns autores sublinham ainda que seria necessário reconhecer os ganhos económicos que advêm do suicídio (normalmente, calculados subtraindo o valor dos recursos poupados aos custos que existiram; considera o dinheiro não gasto em cuidados de saúde, segurança social, pensões).

Exemplos

A **Estratégia Nacional Irlandesa para a Ação na Prevenção do Suicídio** utiliza uma metodologia de análise dos aspectos económicos do suicídio baseada na incidência: examina todas as mortes por suicídio identificadas entre 2001 e 2002 e projeta os custos económicos que delas decorrem ao longo dos anos subsequentes. O custo total do suicídio, na Irlanda, é estimado nos 900 milhões de Euros em 2001 e nos 835 milhões de euros em 2002, o que é equivalente a um pouco menos de 1% do Produto Interno Bruto na Irlanda nesses dois anos. Os custos mais significativos foram os custos humanos associados ao suicídio, que constituem mais de 70% do custo total; os custos indiretos aproximam-se de 28% do custo total.

O Ministério da Saúde da **Nova Zelândia** produziu um documento sobre **O Custo do Suicídio para a Sociedade** em que o custo económico médio dos serviços, por suicídio, foi em 2004, 10.200 Dólares. O custo total foram 206.2 milhões de Dólares, sendo que o componente dominante foi a perda de produtividade (valorizada em 201.5 milhões). Relativamente aos custos não-económicos (perda de anos de vida e anos sem incapacidade), em 2002 foram perdidos cerca de 19 anos de vida devido ao suicídio (cujo custo total é estimado em 1.150 milhões). Um por cento extra,

aproximadamente, é adicionado a este total para dar o número de anos de vida sem incapacidade. Somando todos os valores estimados, o custo total dos 460 suicídios e das tentativas de suicídio, em 2002, foram cerca de 1.4 bilhões de Dólares.

Concluindo, os custos económicos associados ao suicídio revelam que o investimento na prevenção do suicídio e na promoção da saúde mental podem criar retornos económicos significativos e, por isso, os ganhos económicos potenciais para a sociedade são significativos. Os custos económicos consideráveis do sofrimento humano associado ao suicídio também podem ser reduzidos através de intervenções de prevenção do suicídio. Investir na prevenção do suicídio não será gratuito, todavia, as avaliações económicas realizadas argumentam em favor deste tipo de intervenção.