

TAINARA MOREIRA CALIXTO

RISCO DE SUICÍDIO E A PANDEMIA DO CORONAVÍRUS

Trabalho de Conclusão de Curso, requisito final
para conclusão do curso de Medicina da
Universidade Federal Fluminense.

Orientador:
Prof Dr FERNANDO JOSÉ NASSER



Fernando José Nasser
Médico
CRM: 52-25644-7

Niterói, RJ
2020

Monografia entregue em 25 de março de 2021
Nota : 8,33

AGRADECIMENTOS

À minha família pelo apoio e confiança depositados em mim ao longo do curso. À Universidade Federal Fluminense que me possibilitou conhecimento, contato e admiração pelo SUS, onde pretendo me dedicar profissionalmente. E ao Professor Fernando Nasser, por despertar em mim a paixão pela Psiquiatria.

Sumário

1- Resumo	pág. 1
1.1 - Abstract	
2- Materiais e Métodos	pág. 3
3- Introdução	pág. 4
4- Resultados	pág. 5
5- Discussão	pág. 6
6- Conclusão	pág. 10
7- Referências Bibliográficas	pág. 11
8- Apêndice	pág. 13

1 - Resumo

A COVID-19 foi caracterizada como pandemia pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 11 de março de 2020. Além de todos os desafios científicos enfrentados na busca de possíveis tratamentos e cura da COVID-19 em si, desafios sociais, econômicos e políticos desempenharam papel importante sociedade como um todo, que vem vivenciando uma crise desde então.

O medo e ansiedade gerados por esta crise, além de constituírem mecanismos de resposta a estas circunstâncias adversas, podem levar a desestabilização de transtornos mentais prévios da população (15, 16). A ansiedade e incerteza, somadas ao isolamento social e instabilidade econômica também podem aumentar o risco de suicídio. Solidão leva a desesperança e o isolamento social é um fator de risco independente para suicídio - tanto o isolamento social objetivo como a sensação subjetiva de solidão estão associados à ideação e tentativas de suicídio (17).

Observa-se, então, que os efeitos do novo coronavírus na saúde mental da população tem potencial de aumentar o índice de suicídio (1,2,3). Assim sendo, a prevenção e rastreamento de comportamento e crise suicidas são de extrema importância durante a pandemia e no período pós-pandêmico.

- Este trabalho tem como objetivo reunir os dados encontrados na literatura a respeito da relação entre a pandemia da COVID-19 e o risco de suicídio na população, em especial a brasileira, de maneira a identificar tais riscos, prevenir e oferecer o manejo necessário.

Palavras- Chave: Pandemia, Coronavírus, suicídio, crise.

1.1 - Abstract

COVID-19 was characterized as a pandemic by the World Health Organization (WHO) on March 11, 2020. In addition to all the scientific challenges faced in the search for possible treatments and cure for COVID-19 itself, social, economic and political challenges played an important role in society as a whole, which has been experiencing a crisis ever since.

The fear and anxiety generated by this crisis, in addition to being mechanisms of response to these adverse circumstances, can lead to the destabilization of the population's previous mental disorders (15, 16). Anxiety and uncertainty, coupled with social isolation and economic instability can also increase the risk of suicide. Loneliness leads to hopelessness and social isolation is an independent risk factor for suicide - both objective social isolation and the subjective feeling of loneliness are associated with ideation and suicide attempts (17).

It is observed, then, that the effects of the new coronavirus on the mental health of the population have the potential to increase the suicide rate (1,2,3). Therefore, the prevention and screening of suicidal behavior and crisis are extremely important during the pandemic and in the post-pandemic period.

- This work aims to gather the data found in the literature regarding the relationship between the pandemic of COVID-19 and the risk of suicide in the population, especially the Brazilian, in order to identify such risks, prevent and offer the necessary management.

Keywords: Pandemic, Coronavirus, suicide, crisis.

2 - Materiais e Métodos

Foi realizada revisão narrativa da literatura e artigos, com buscas nas bases de dados eletrônicas SciELO e PUBMed; além de Manuais disponibilizados por Organizações ligadas à Saúde no ano de 2020 sobre o novo Coronavírus.

3 - Introdução

Ainda não existem estudos a respeito do aumento ou não da incidência do suicídio durante esta pandemia no Brasil. No entanto, a crise suicida já era considerada um problema de saúde pública mesmo antes, de acordo com a OMS. Estatisticamente no Brasil, a relação do coeficiente de suicídio entre os sexos masculino e feminino é de aproximadamente 4:1 (19). Considerando o comportamento suicida e sua gama de ações auto agressivas, a crise suicida é apenas um dos fatores aos quais devemos estar atentos. Estima-se que o número de tentativas de suicídio supere o de suicídios em, pelo menos, dez vezes. Há considerável contingente de pessoas que pensam seriamente em pôr fim à vida, estimado por estudos internacionais entre 2 e 19%, com proporção maior de mulheres. (20,21). Predominando, entre os homens: mortes por enforcamento (58%), arma de fogo (17%) e ingestão de pesticidas (5%) e entre as mulheres: o enforcamento (49%), seguido de fumaça/fogo (9%), precipitação de altura (6%), arma de fogo (6%) e ingestão de pesticidas (5%) (22).

Continuando a pensar em estatísticas brasileiras - ainda pré-pandemia do novo coronavírus -, um estudo realizado na área urbana do município de Campinas evidenciou que, ao longo da vida, 17% das pessoas haviam pensado seriamente em pôr fim à vida, 5% chegaram a elaborar um plano para tanto, e 3% já haviam tentado o suicídio. Destas, de cada três, apenas uma foi atendida em um pronto-socorro (23). Outro estudo nacional que analisou 1.560 jovens entre 18 e 24 anos evidenciou que o comportamento suicida é geralmente acompanhado de outros riscos de agravos à saúde, como acidentes automobilísticos, briga com agressão física, porte de arma branca ou arma de fogo, uso abusivo de álcool e de outras substâncias psicoativas e relação sexual sem uso de preservativo (24).

No âmbito de hospitais gerais, a incidência de suicídios é de 3 a 5 vezes maior do que na população em geral; nestes casos, a maioria das mortes se dá por precipitação de altura ou enforcamento - ausência de redes de proteção, janelas em andares elevados, banheiros com trancas, acesso indevido a medicações e instrumentos perfurocortantes, bem como falta de preparo da equipe, agravam o risco de suicídio. (25) Entre os pacientes de hospitais gerais, a frequência de suicídios é maior nos três seguintes grupos: os que se recuperam de uma tentativa de suicídio e que mantêm a intenção de pôr fim à vida; os pacientes potencialmente instáveis e impulsivos (como os que sofrem de delirium ou de abstinência de drogas); e os que estão sob pressão de uma doença crônica reagudizada ou sob o impacto de um diagnóstico descoberto recentemente (25). A ideação suicida é frequente em pacientes clínicos e cirúrgicos e sinaliza provável transtorno mental comórbido. A prevalência de ideação suicida em uma amostra de 4.328 pacientes internados em enfermarias do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (HC Unicamp) foi de 5%, em média, associada a depressão, uso abusivo de bebidas alcoólicas e tabagismo (26,27).

4 - Resultados

Ao traçar um paralelo com uma crise análoga, a epidemia em Hong Kong de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS) em 2003 foi associada com o aumento do risco de suicídio em idosos (4). A China publicou uma notificação em 26 de janeiro de 2020 fornecendo informações para redução do impacto psicossocial do COVID-19 e um guia para emergências psicológicas - uma vez que não há um guia universal, direcionado para saúde mental, atrelado aos outros protocolos de emergência que seja específico para direcionar a ação de psiquiatras e profissionais da saúde mental durante uma pandemia como esta (5). O guia publicado pela China, disponibilizado somente em mandarim (6), foi adaptado por um grupo norte-americano (7). A Organização Mundial de Saúde (OMS), no entanto, ressaltou a importância de serviços de saúde mental na resposta ao coronavírus (8) e criou um relatório destacando os impactos do novo coronavírus na saúde mental, grupos populacionais específicos em risco e algumas ações gerais recomendadas à sociedade e aos governos nacionais (9). Também existem disponíveis pela própria OMS, guias gerais direcionados à saúde mental da população, como o mGAP (The WHO Mental Health Gap Action Programme) (10) que visa ampliar a orientação de serviços para saúde mental, neurológica e de transtornos de abuso de substância para países com baixos e médios recursos. A partir destes dados, torna-se importante ressaltar: pacientes com coronavírus e seus familiares, profissionais de saúde, equipe de administração hospitalar, equipe de limpeza e segurança do hospital, assim como todos os envolvidos no funcionamento de uma unidade de saúde são os principais grupos de risco para desenvolver sequelas psicológicas durante e após este período. Ainda há um estigma na procura de ajuda no que se refere à saúde mental - sejam profissionais de saúde à procura de ajuda ou a população geral procurando ajuda; portanto, o rastreio em profissionais de saúde, uma vez que constituem um dos principais grupos de risco, é essencial e deve estar entre as ferramentas de como enfrentarmos esta pandemia enquanto sociedade (1,2,3,6,7,9).

Pensando a curto e longo prazo, a saúde mental da população é um dos elementos mais importantes para que possamos reconstruir uma sociedade pós-pandêmica. No entanto, durante pandemias é comum que o foco dos profissionais de saúde se limite ao aspecto do risco biológico, negligenciando as implicações psiquiátricas da condição (10,11). Fornecer acesso a acompanhamento psicológico e psiquiátrico em emergências humanitárias é parte essencial do cuidado. Neste contexto, é extremamente necessário implementar políticas públicas de saúde mental como estratégias de resposta à crise antes, durante e depois da mesma (12,13). Também é fundamental que governos nacionais garantam as condições financeiras para que a população possa ficar em quarentena durante esse período (14).

5 - Discussão

Avaliando a pandemia do novo Coronavírus no cenário brasileiro como em sua maioria as consultas ambulatoriais foram suspensas, com o acompanhamento somente dando-se na forma de teleconsultas quando necessário, pode-se aumentar a incidência de emergências psiquiátricas. Ao considerar a importância da identificação do risco de suicídio neste cenário pandêmico em emergências e hospitais gerais, ressalta-se o capítulo 16 - "Comportamento Suicida", escrito por Neury José Botega e Carlos Filinto da Silva Cais - do livro "Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: Interconsulta e Emergência" (18), colocado a seguir, direcionado à abordagem da crise suicida na emergência, visando a complementação e contextualização no cenário atual do artigo já produzido pela LITRE em 2019 "Tentativa de suicídio: do acolhimento a abordagem primária na emergência":

- **Avaliar o risco de suicídio:**

Dada a importância do suicídio enquanto problema de saúde pública, torna-se imprescindível que o médico generalista ou emergencista saiba identificar o risco de suicídio. No entanto, o risco de suicídio não é estático, e não há fórmula simples nem escalas que possam estimá-lo com precisão desejável. A avaliação do risco de suicídio distancia-se da noção de previsão de quem irá ou não tirar a própria vida: ela tem a função de orientar o manejo clínico e colocar as ações terapêuticas em ordem de prioridade (Apêndice: Figura 1).

Deve-se atentar aos fatores de risco para o suicídio: se o paciente apresentá-los, a possibilidade de vir a se matar deve ser considerada (28). Trata-se de um salto referencial, do populacional para a singularidade da pessoa. No entanto, é assim que costumamos proceder, e, entre os vários elementos depositados na balança das decisões clínicas, encontram-se os fatores sinalizadores de risco.

A tentativa de suicídio é o principal fator de risco para um futuro suicídio. Por isso, deve ser encarada com seriedade, como um sinal de alerta a indicar a atuação de fenômenos psicossociais complexos (29). Assim como qualquer outro ato de auto agressão implica maior risco de suicídio. A história de repetidas tentativas de suicídio, com baixa intenção letal e sem complicações clínicas, não pode ser desconsiderada. As circunstâncias e as consequências das tentativas de suicídio devem ser detalhadas.

O transtorno mental é um fator de risco quase obrigatório, ainda que insuficiente, para o suicídio (30). Em hospitais gerais, além da depressão e da agitação psicomotora, o abuso de substâncias é outro fator de risco para o suicídio, quando há intoxicação ou abstinência. Além disso,

os quadros psiquiátricos caracterizados por confusão mental e agitação psicomotora relacionada a uma doença clínica ou a seus tratamentos também representam fatores de risco (31).

Condições clínicas que causam comprometimento funcional, desfiguração, dor e dependência de cuidados de outrem também se associam a maior risco de suicídio. No entanto, frequentemente tais doenças são acompanhadas de depressão, o que levanta a suspeita de que não sejam fatores de risco independentes para o suicídio (32).

Vale ressaltar que uma parcela significativa dos pacientes detectados com episódio depressivo durante a internação continuará deprimida. Em um estudo realizado no HC Unicamp, foi reavaliado, após seis meses, 50 pessoas que, durante a internação, estavam deprimidas (depressão maior). Vinte e cinco permaneciam deprimidas, e, na maioria (64%), as ideias suicidas perduraram (33).

A intencionalidade suicida diz respeito ao desejo e à determinação de pôr fim à vida. De modo geral, consideramos que ela cresce a partir de ideias vagas sobre morrer, geralmente de forma passiva, chegando a planos detalhados de como se matar, incluindo providências tomadas antes da morte e cuidados para evitar eventual salvamento logo após a tentativa de suicídio. Com frequência, quando o paciente responde afirmativamente à primeira questão sobre ideação suicida, o profissional da saúde busca apaziguá-lo e tenta dissuadi-lo, chegando a mudar de assunto. Nada mais equivocado, pois deve ser seguido um encadeamento de perguntas que partem do mais amplo e que vão se afinando em detalhes sobre eventual plano suicida (Apêndice: Figura 2). Perguntar sobre os detalhes de um plano suicida (como, onde e quando) não é curiosidade mórbida: é conduta clínica imprescindível. Nunca se esqueça de questionar sobre a existência e a facilidade de acesso a meios letais, incluindo armas de fogo, venenos, pesticidas agrícolas e medicamentos estocados para uma overdose.

A formulação do grau de risco de suicídio (leve, moderado ou grave) só é possível após uma avaliação clínica cuidadosa e sistemática. Baseá-la apenas na intuição, após breve entrevista sem informações detalhadas, é temerário. Não custa relembrar que uma formulação de risco não é uma predição sobre quem poderá ou não se matar. Trata-se de um julgamento clínico que permite priorizar as ações dirigidas ao paciente (Apêndice: Figura 3).

Importante lembrar que não haverá qualquer evidência de que o profissional concluiu a avaliação de risco de suicídio se ele não a registrar no prontuário do paciente. Tal registro deve ser feito em conjunto com as principais medidas terapêuticas e recomendações. Se não for possível fazer ou esclarecer algo, isso também deve constar no registro. A formulação deve ser compartilhada com outros profissionais envolvidos no tratamento.

- **Manejo inicial da crise suicida:**

Os objetivos essenciais do manejo de uma crise suicida são: em curto prazo, manter o paciente seguro, e, em médio prazo, manter o paciente estável. Não se deve passar rapidamente pela simplicidade óbvia dessa afirmação. Ela implica prioridades que não podem ser confundidas. Quando há risco iminente de suicídio, é preciso manter o paciente a salvo, objetivo para o qual todo o esforço deve se voltar. Ações rápidas e objetivas exigem do profissional disponibilidade e prontidão. Além do estado crítico do paciente, há também familiares atônitos, geralmente tomados por sentimentos contraditórios, que precisarão de esclarecimento e de apoio emocional. Algumas condições exigem inclusive internação psiquiátrica; assim sendo, é imprescindível a tentativa de encaminhamento do paciente para a psiquiatria para acompanhamento e abordagem terapêutica específica. O papel do emergencista é de identificar o risco, orientar o paciente, minimizar os riscos no ambiente - tópico abordado no próximo parágrafo deste texto -, psicoeducar a família e encaminhar para um médico psiquiatra assistente se possível. Parte da psicoeducação neste momento deve ser aconselhar a reduzir o acesso à mídia - incluindo redes sociais. Além disso, é fundamental reduzir acesso a meios letais.

No entanto, já no pronto-socorro, deve-se estar atento ao comportamento do paciente e zelar por sua segurança, evitando-se a evasão e o acesso a meios de autoagressão (objetos perfurocortantes, medicamentos, cinto, cadarço de sapato). O paciente deve ocupar um leito de fácil observação pela enfermagem, que favoreça o monitoramento e, se possível, em andar térreo ou em local com proteção nas janelas. Em casos mais graves, recomenda-se uma pessoa permanentemente ao lado do paciente. Deve-se enfatizar o risco de suicídio para a equipe assistencial. A atenção deve ser redobrada em alguns períodos, como na troca de turnos da enfermagem, nos passeios no pátio, na licença hospitalar (quando ocorre de um terço a metade dos suicídios de pacientes internados). Os suicídios são mais frequentes na primeira semana de internação e no primeiro mês após a alta hospitalar (34).

É inegável que, diante da urgência e da angústia que a intenção suicida impõe, fiquemos tentados a conduzir o paciente para algo assegurador, como uma ideologia ou cuidados extremados de salvamento. No entanto, tais posturas podem resultar no fortalecimento de um aspecto potencialmente letal: a tendência de o paciente transformar uma pessoa – você, no caso – no responsável por sua sobrevivência. Na mesma linha de pensamento, encorajar um paciente a continuar vivo em nome do tratamento, do terapeuta ou de sua família é reforçar a sensação de que só deva viver por causa dos outros. Esse sentimento mais encoraja do que previne o suicídio (35).

Mesmo com todo o cuidado que possamos dispensar, alguns pacientes se suicidam. O suicídio causa um impacto muito grande nos outros pacientes, nos familiares e na equipe assistencial, provocando sentimentos de culpa, raiva e ansiedade. Reuniões com esses grupos de pessoas são importantes para que o ocorrido possa ser discutido e elaborado.

- **Prevenção do suicídio:**

Várias das estratégias de prevenção do suicídio baseiam-se em um profissional que, em dado momento, por estar na porta de entrada do sistema de saúde, estará frente a frente com uma pessoa em crise suicida. Este é um ponto nevrálgico em qualquer planejamento na área de saúde: o profissional que, individualmente, no encontro com o paciente, deverá dar realidade prática aos fluxogramas idealizados pelos gestores das políticas de saúde pública. Em decorrência do contato mais próximo com as famílias, os profissionais das unidades básicas de saúde e os agentes comunitários de saúde são o primeiro recurso no trabalho de prevenção. No âmbito de uma crise, essa figura também pode ser o médico emergencista. Uma linha valiosa de ação é o fortalecimento de fatores de proteção que se encontram enfraquecidos ou ausentes. Por exemplo, ao atendermos um adolescente deprimido, solitário, que reside longe de sua família, não só pensamos em diminuir os fatores de risco para o suicídio como também procuramos ajudá-lo a criar uma rede de apoio social que, em situações estressantes, possa lhe trazer ajuda prática e conforto emocional. Durante o isolamento social, tais fatores de proteção encontram-se muitas vezes impossibilitados; assim sendo, recomendar sempre o uso de tecnologias para que a distância física não implique em um isolamento emocional.

No entanto, uma relação de proximidade e o conhecimento dos indicativos de risco são essenciais para identificar pessoas potencialmente suicidas. Feito isso, é preciso haver profissionais capacitados e disponíveis para o tratamento de casos mais graves em serviços de saúde mental. Na falta destes, identificar o risco e não ter para onde encaminhar o paciente pode deixar o profissional angustiado com sentimentos de desamparo e impotência e com o receio de ser responsabilizado por um suicídio que venha a ocorrer. Assim sendo, torna-se imprescindível não negligenciar o tratamento psiquiátrico durante esta crise (36, 37).

6 - Conclusão

Em conclusão, há de se estimar desde agora o efeito pós-pandêmico na sociedade para que possíveis medidas de prevenção e abordagens efetivas comecem a ser implementadas durante e depois do período desta pandemia (38). Além do luto inestimável pelas vítimas do coronavírus, o colapso socioeconômico da sociedade e sequelas para a saúde mental da população não são ainda possíveis de dimensionar com acurácia epidemiológica, dado que o comportamento da dinâmica da pandemia depende das medidas de isolamento social, capacidade do sistema de saúde de acolher os usuários e a possibilidade do bem-estar da população por ações governamentais efetivas de renda básica e investimento maciço no Sistema Único de Saúde, que não estão sendo atendidas.

Em emergências humanitárias, como pandemias, o número de pessoas cuja saúde mental é afetada tende a ser maior do que o número de pessoas infectadas (39). As consequências para a saúde mental da população tem prevalência maior, além de durarem mais tempo que as tragédias em si (12,39). Nessas situações, as implicações psiquiátricas secundárias são geralmente negligenciadas, o que gera uma falta de abordagem implícita ao plano de ação no combate a emergências humanitárias no que diz a respeito a saúde mental da população. Dessa maneira é fundamental que o profissional de saúde valorize além dos sintomas físicos da COVID-19, as queixas subjetivas dos pacientes, as comorbidades psiquiátricas não podem ser colocadas em segundo plano no combate ao novo coronavírus, uma vez que o suicídio é importante problema de saúde pública. Além disso, a desestabilização da saúde mental de pacientes com transtornos mentais e da população geral também é um fator de alta importância a ser levado em consideração, uma vez que também serão responsáveis por sobrecarga de um sistema de saúde que já encontra-se em iminente colapso.

Como, até o presente momento desta revisão, não foram encontrados estudos com direta relação entre o aumento do número de tentativas de suicídios e suicídios e a Pandemia do novo Coronavírus, é fundamental a necessidade de estudos retrospectivos num futuro próximo de forma a identificar uma possível relação e desta maneira preparar os profissionais de saúde de maneira eficaz para atuar na saúde mental da população em uma possível nova pandemia.

É necessário que as Faculdades de Medicina e de cursos da área de saúde ofereçam capacitação adequada aos estudantes quanto a tentativa de suicídio e o suicídio, de forma a preparar os futuros profissionais, em especial de emergências, para uma abordagem eficaz e acolhedora dos pacientes com queixas suicidas, valorizando a necessidade de se conversar sobre a tentativa e a partir daí partir para um tratamento psiquiátrico individualizado. Para finalizar, o assunto deve ser tratado conforme a importância que apresenta na sociedade atual, a promoção de discussões acerca do suicídio e seus sinais e cursos capacitantes aos profissionais são fundamentais no combate ao suicídio, estando ele num contexto pandêmico ou não.

7- Referências Bibliográficas

1. Gunnell D, Appleby L, Arensman E, Hawton K, John A, Kapur N, Khan Murad, O' Connor RC, Pirkis J, et al. Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry* 2020 April 21. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30171-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30171-1).
2. Reger MA, Stanley IH, Joiner TE. Suicide Mortality and Coronavirus Disease 2019 - A Perfect Storm? 2020 April 10. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2020.1060.
3. Sher L. An infectious disease pandemic and increased suicide risk. *Braz J Psychiatry*. 2020;00:000-000. <http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0989>
4. Yip PS, Cheung YT, Chau PH, Law YW. The impact of epidemic outbreak: the case of severe acute respiratory syndrome (SARS) and suicide among older adults in Hong Kong. *Crisis*. 2010;31:86-92.
5. Dieltjens T, Moonens I, Van Praet K, De Buck E, Vandekerckhove P. A systematic literature search on psychological first aid: lack of evidence to develop guidelines. *PloS one*. 2014;9:e114714.
6. National Health Commission of China. Principles of the emergency psychological crisis interventions for the new coronavirus pneumonia [in Chinese]. <http://www.nhc.gov.cn/jkj/s3577/202001/6adc08b966594253b2b791be5c3b9467>
7. Dong, Lu & Bouey, Jennifer. (2020). Public Mental Health Crisis in China During the Coronavirus (COVID-19) Pandemic.
8. <https://nacoesunidas.org/onu-servicos-de-saude-mental-devem-ser-parte-essencial-de-resposta-s-ao-coronavirus/> - acessado em 14/05/2020.
9. WHO. Policy Brief: COVID-19 and the Need for Action on Mental Health.
10. Tucci V, Moukaddam N, Meadows J, Shah S, Galwankar SC, Kapur GB. The forgotten plague: psychiatric manifestations of ebola, zika, and emerging infectious diseases. *J Glob Infect Dis*. 2017; 9:151-6.
11. Morens DM, Fauci AS. Emerging infectious diseases: threats to human health and global stability. *PLoS Pathog*, 2013;9:e1003467.
12. Shigemura J, Ursano RJ, Morganstein JC, Kurosawa M, Benedek DM. Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: mental health consequences and target populations *Psychiatry Clin Neurosci*; 2020 Feb 8. doi: 10.1111/pcn.12988 Epub 2020 Feb 23.
13. Xiang YT, Yang T, Li W, Zhang L, Zhang Q, Cheung T, et al. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *Lancet Psychiatry*. 2020;7:228-9.
14. Struckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. The public health effect of economic crises and the alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet* 2009; 374: 315-23.
15. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*. 2020;395:912-20.
16. Yao H, Chen JH, Xu YF. Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic. *Lancet Psychiatry* 2020;7:e21.
17. O' Connor RC, Kirtley OJ. The integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci* 2018;373:20170268.
18. Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência. Organizador: Botega JN. Porto Alegre: Artmed Editora Ltda, 2002, 478 páginas. ISBN: 85-7307-897-9.
19. Marín-León L, Oliveira HB, Botega NJ. Suicide in Brazil, 2004-2010: the importance of small counties. *Rev Panam Salud Publica*. 2012;32(5):351-9.

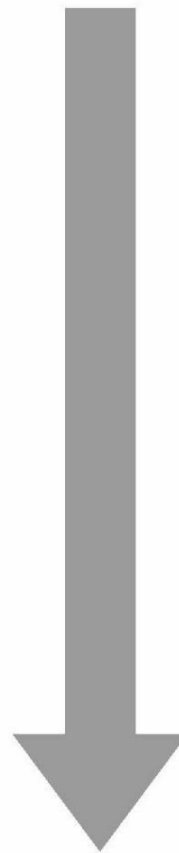
20. Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D, Bolhari J, Botega N, De Silva D, et al. Suicide attempts, plans, and ideation in culturally diverse sites: the WHO SUPRE-MISS community survey. *Psychol Med*. 2005;35(10):1457-65.
21. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Alonso J, Angermeyer M, Beautrais A. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *Brit J Psychiatry*. 2008;192(2):98-105.
22. Lovisi GM, Santos AS, Legay L, Abelha L, Valencia E. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. *Rev Bras Psiquiatria*. 2009;31(Suplemento):86-93.
23. Botega NJ, Marín-León L, Oliveira HB, Barros MB, Silva VF, Dalgalarondo P. Prevalências de ideação, planos e tentativas de suicídio: um inquérito populacional em Campinas SP. *Cad Saúde Pública* 2009;25(12):2632-8.
24. Ores LC, Quevedo LA, Jansen K, Carvalho AB, Cardoso TA, Souza LDM, et al. Risco de suicídio e comportamentos de risco à saúde em jovens de 18 a 24 anos: um estudo descritivo. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(2):305-12.
25. Tishler CL, Reiss NS. Inpatient suicide: preventing a common sentinel event. *Gen Hosp Psychiatry*. 2009;31(2):103-9.
26. Botega NJ, Azevedo RCS, Mauro MLF, Mitsushiki GN, Fanger PC, Lima DD, et al. Factors associated with suicide ideation among medically and surgically hospitalized patients. *Gen Hosp Psychiatry*. 2010;32(4):396-400.
27. Botega NJ, Mitsushiki GN, Azevedo RC, Lima DD, Fanger PC, Mauro ML, et al. Depression, alcohol use disorders and nicotine dependence among patients at a general hospital. *Rev Bras Psiquiatr*. 2010;32(3):250-6.
28. Mòscicki EK. Identification of suicide risk factors using epidemiologic studies. *Psychiatr Clin North Am*. 1997;20(3):499-517.
29. Ferreira AD, Sponholz A Jr, Mantovani C, Pazin-Filho A, Passos AD, Botega NJ, et al. Clinical features, psychiatric assessment, and longitudinal outcome of suicide attempters admitted to a tertiary emergency hospital. *Arch Suicide Res*. 2016;20(2):191-204.
30. Chesney E, Goodwin GM, Fazel S. Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World Psychiatry*. 2014;13(2):153-60.
31. Bostwick JM, Rackley SJ. Completed suicide in medical/surgical patients: who is at risk? *Curr Psychiatry Rep*. 2007;9(3):242-6.
32. Harris EC, Barraclough BM. Suicide as an outcome for medical disorders. *Medicine*. 1994;73(6):281-96.
33. Gaspar KC, dos Santos A Jr, de Azevedo RC, Mauro ML, Botega NJ. Depression in general hospital inpatients: challenges for consultation-liaison psychiatry. *Rev Bras Psiquiatr*. 2011;33(3):305-7.
34. Hunt IM, Windfuhr K, Swinson N, Shaw J, Appleby L, Kapur N, et al. Suicide amongst psychiatric in-patients who abscond from ward: a national clinical survey. *BMC Psychiatry* 2010;10:14.
35. Hendin H, Haas AP, Maltzberger JT, Koestner B, Szanto K. Problems in psychotherapy with suicidal patients. *Am J Psychiatry*. 2006;163(1):67-72.
36. Silva AG, Miranda DM, Diaz AP, Telles ALS, Malloy-Diniz LF, Palha AP. Mental Health: why it still matters in the midst of a pandemic. *Braz J Psychiatry*. 2020;00:000-000. <http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0009>.
37. Correa H, Malloy-Diniz LF, da Silva AG. Why psychiatric treatment must not be neglected during the COVID-19 pandemic. *Braz J Psychiatry*. 2020;00:000-000.
38. Omell F, Schuch JB, Sordi AO, Kessler FHP. "Pandemic fear" and COVID-19 mental health burden and strategies. *Braz J Psychiatry*. 2020;00:000-000. <http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0008>.
39. Reardon S. Ebola's mental-health wounds linger in Africa. *Nature*. 2015;519:13-4.

8 – Apêndice

Figuras:

1. Avaliação do risco de suicídio.

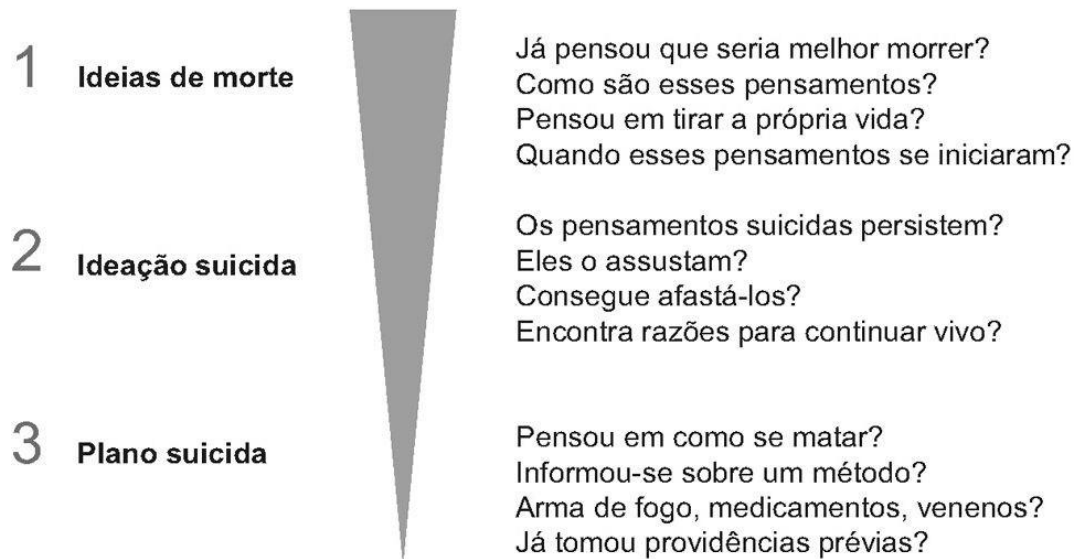
- 1.** O que está acontecendo?
Eventos precipitantes
Estressores agudos e crônicos
- 2.** Estado mental atual
Afetos intensos
Constricção cognitiva
- 3.** Intencionalidade suicida
Ideia
Plano
- 4.** Principais fatores de risco e de proteção
Transtornos mentais
Tentativa de suicídio pregressa
História
Personalidade
- 5.** Formulação do risco de suicídio
Registro
Comunicação



Fonte: Capítulo 16 - "Comportamento Suicida", escrito por Neury José Botega e Carlos Filinto da Silva Cais - do livro "Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: Interconsulta e Emergência".

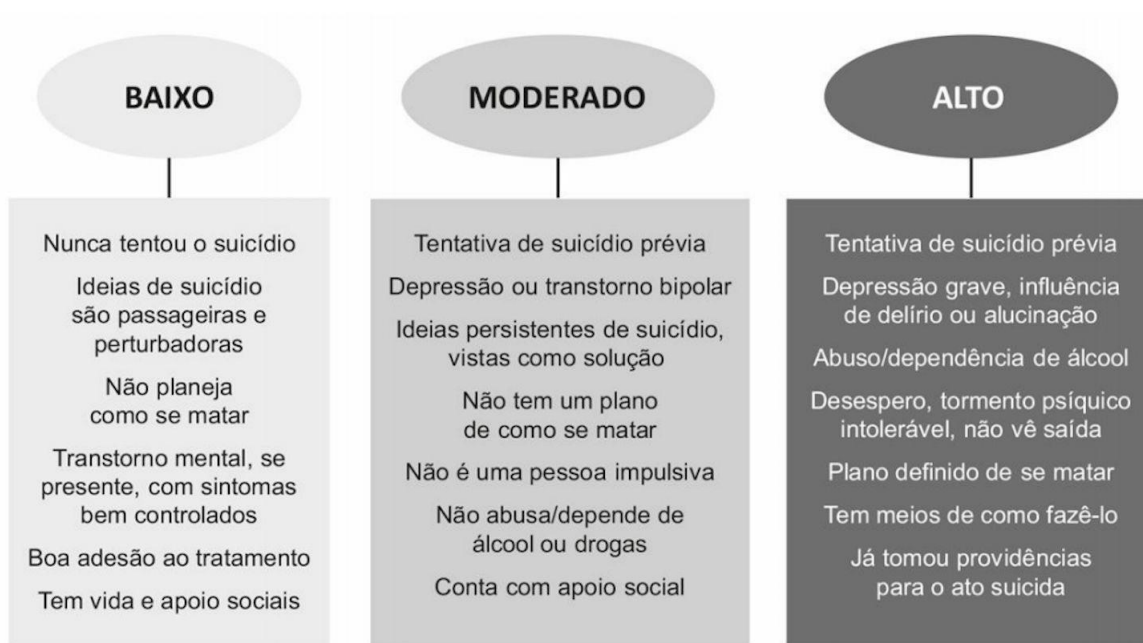
2. Intencionalidade suicida.

INTENCIONALIDADE SUICIDA



Fonte: Capítulo 16 - "Comportamento Suicida", escrito por Neury José Botega e Carlos Filinto da Silva Cais - do livro "Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: Interconsulta e Emergência".

3. Gradações do risco de suicídio.



Fonte: Capítulo 16 - "Comportamento Suicida", escrito por Neury José Botega e Carlos Filinto da Silva Cais - do livro "Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: Interconsulta e Emergência".

4. Exemplo de formulário de avaliação do risco de suicídio

AVALIAÇÃO DO RISCO DE SUICÍDIO			
Paciente: Sexo: Idade: Data: Avaliador:			
O que está acontecendo?			
<input type="checkbox"/> Desencadeante <input type="checkbox"/> Motivação <input type="checkbox"/> Significado do morrer			
Estado Mental Atual			
<input type="checkbox"/> Delírio/alucinação <input type="checkbox"/> Incontinência afetiva <input type="checkbox"/> Constrição cognitiva <input type="checkbox"/> Depressão <input type="checkbox"/> Instabilidade do humor <input type="checkbox"/> Vergonha/humilhação <input type="checkbox"/> Desesperança <input type="checkbox"/> Ansiedade/inquietude <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Desespero (<i>psychache</i>) <input type="checkbox"/> Impulsividade/agressividade <input type="checkbox"/> Dor/incapacitação <input type="checkbox"/> Colapso existencial <input type="checkbox"/> Raiva			
Intencionalidade Suicida			
IDEIAS DE MORTE	IDEIAS DE SUICÍDIO	TENTATIVA DE SUICÍDIO PRÉVIA	PLANO SUICIDA
<input type="checkbox"/> Passivas <input type="checkbox"/> Rejeita o suicídio	<input type="checkbox"/> Persistentes <input type="checkbox"/> Intensas <input type="checkbox"/> Incontroláveis <input type="checkbox"/> Vistas como alívio <input type="checkbox"/> Aceitáveis	<input type="checkbox"/> Quantas <input type="checkbox"/> Última Motivação Intencionalidade Letalidade	<input type="checkbox"/> Em preparação <input type="checkbox"/> Detalhado <input type="checkbox"/> Conhece poder letal <input type="checkbox"/> Possui os meios letais <input type="checkbox"/> Providências
Principais Fatores de Risco			
<input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Suicídio na família <input type="checkbox"/> Acesso a meio letal <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Discórdia familiar <input type="checkbox"/> Rigidez cognitiva <input type="checkbox"/> Álcool ou outra droga <input type="checkbox"/> Desilusão amorosa <input type="checkbox"/> Perfeccionismo <input type="checkbox"/> Abuso físico ou sexual <input type="checkbox"/> Relações conflituosas <input type="checkbox"/> Conflito de identidade <input type="checkbox"/> Exposição a um suicídio <input type="checkbox"/> Desemprego <input type="checkbox"/> Dor/incapacidade <input type="checkbox"/> Isolamento <input type="checkbox"/> Derrocada financeira <input type="checkbox"/> Alta hospitalar recente <input type="checkbox"/> Falta de apoio social <input type="checkbox"/> Desonra <input type="checkbox"/> Não adere a tratamento			
Formulação do Risco e Manejo			
<input type="checkbox"/> Risco baixo <input type="checkbox"/> Risco moderado <input type="checkbox"/> Risco alto			

Fonte: Capítulo 16 - "Comportamento Suicida", escrito por Neury José Botega e Carlos Filinto da Silva Cais - do livro "Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: Interconsulta e Emergência"