



ORDEM
DOS
PSICÓLOGOS

CONTRIBUTO CIENTÍFICO OPP

Prevenir o Suicídio

O Papel dos Psicólogos e Psicólogas

Prevenir o Suicídio – O Papel dos Psicólogos e Psicólogas, publicado pela Ordem dos Psicólogos Portugueses.

A informação que consta deste documento, elaborado em Janeiro de 2022, e na qual ele se baseia foi obtida a partir de fontes que os autores consideram fíáveis. Esta publicação ou partes dela podem ser reproduzidas, copiadas ou transmitidas com fins não comerciais, desde que o trabalho seja adequadamente citado, conforme indicado abaixo.

Sugestão de citação: Ordem dos Psicólogos Portugueses (2022). Prevenir o Suicídio – O Papel dos Psicólogos e Psicólogas. Lisboa.

Para mais esclarecimentos contacte Ciência e Prática Psicológicas:

andresa.oliveira@ordemdospsicologos.pt

Ordem dos Psicólogos Portugueses Av. Fontes Pereira de Melo 19 D 1050-116 Lisboa T: +351 213 400 250 Tlm: +351 962 703 815 www.ordemdospsicologos.pt

Prevenir o Suicídio

O Papel dos Psicólogos e Psicólogas

1. Prevenir o Suicídio – Uma Prioridade de Saúde Pública

A prevenção do suicídio representa **objectivo desafiante de Saúde Pública** em todo o mundo, transversal a todas as áreas políticas e sociais, estando associado aos **Objectivos para o Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas** – *reduzir a mortalidade por suicídio para um terço até 2030* (WHO, 2021a).

A Ciência Psicológica e os Psicólogos e Psicólogas, através da sua prática profissional nos mais diferentes contextos, desempenham um papel essencial na compreensão e na resposta a este problema.

Definições Breves

Em termos gerais podemos falar de três comportamentos suicidários principais:

- **Ideação Suicida.** É caracterizada por pensamentos relacionados com terminar a própria vida. Estes pensamentos podem ser vistos como antecipadores de actos suicidas, no entanto, também podem referir-se a desejos ou à formulação de um plano para cometer suicídio, sem que haja necessariamente uma passagem ao acto.
- **Intenção Suicida.** Pode descrever-se como a intenção que uma pessoa tem de agir sobre os seus pensamentos suicidas e a expectativa que tem de que os seus actos suicidas resultem no término da vida (Freedenthal, 2008; Harriss et al., 2005).
- **Tentativa de Suicídio.** Corresponde ao envolvimento num comportamento potencialmente autolesivo em que há uma intenção implícita ou explícita de morrer como resultado desse comportamento.
- **Suicídio.** Quando alguém, intencionalmente, quer acabar com a sua vida e morre como resultado das suas acções nesse sentido.

Alguns Dados sobre Suicídio

- Quase 800 000 pessoas morrem por suicídio **no Mundo**, todos os anos, o que corresponde aproximadamente a **1 morte por suicídio a cada 40 segundos**.
- **Em Portugal suicidam-se pelo menos 3 pessoas por dia.** As taxas de suicídio são mais elevadas entre os homens, adultos mais velhos e zonas rurais. Todavia, são as mulheres que realizam mais comportamentos autolesivos e tentativas de suicídio.

- As mortes por suicídio podem ser ainda mais do que aquelas que estão registadas. Existem fortes indícios de **subnotificação** desta causa de morte devido ao grande número de mortes de causa indeterminada. Muitas mortes com causas por determinar poderão corresponder a casos de suicídio, considerando-se por isso que esta é uma **problemática subavaliada**.
- Vários estudos indicam que, **por cada suicídio, há outras 25 tentativas sem consumação**.
- O suicídio é a **segunda causa de mortalidade entre os jovens** (15-34 anos)
- Entre outros grupos populacionais, importa destacar que **jovens homossexuais ou bissexuais têm uma probabilidade três vezes maior de cometer suicídio** nalguma altura da sua vida. Esta probabilidade aumenta quando a sua família não aceita a sua orientação sexual (CDC, s.d.a; O'Connor & Nock, 2014; King et al., 2008).
- **O suicídio é uma das causas de morte mais directamente afectadas por factores psicológicos** (nomeadamente Depressão e Consumo Problemático de Álcool). No entanto, a maior parte das pessoas que sofrem de problemas de Saúde Psicológica não morrem por suicídio (O'Connor & Nock, 2004).

Factores de Risco e Protecção

Os motivos que levam alguém a tentar suicidar-se podem ser muitos e complexos. O suicídio pode afectar pessoas de todas as idades e em qualquer momento do ciclo de vida.

Uma interacção de factores sociais, psicológicos e culturais podem ajudar a explicar os comportamentos suicidários.

Vários factores podem contribuir para o risco de suicídio. Estes factores não causam ou permitem prever um suicídio, mas aumentam a probabilidade de alguém considerar morrer por suicídio. Podemos classificá-los em quatro grupos (O'Connor & Nock, 2014):

1. Diferenças de personalidade e individuais:

- Desesperança. Pode ser entendida como o pessimismo em relação ao futuro e é um dos maiores preditores de risco de comportamentos de suicídio.
- Impulsividade. A impulsividade pode não ser importante para avaliar todas as situações de risco de suicídio, mas poderá ser mais relevante nas pessoas mais jovens do que nas pessoas mais velhas. Está associada a ideação suicida, tentativas de suicídio, comportamentos autolesivos e morte por suicídio.

- Perfeccionismo. Em particular, o perfeccionismo socialmente prescrito – quando outras pessoas (e.g., familiares) têm expectativas demasiadamente elevadas de nós – é o mais consistentemente associado ao risco de suicídio.

2. **Factores cognitivos:**

- Rigidez cognitiva. Rigidez cognitiva ou inflexibilidade pode precipitar a conclusão de que o suicídio é a única saída.
- Ruminação. O foco repetitivo nos sinais de sofrimento e mal-estar psicológico tem uma correlação com pensamentos suicida e tentativas de suicídio.
- Supressão de pensamento. Diz respeito à tentativa intencional de parar pensamentos indesejados, que paradoxalmente, aumenta a frequência de pensamentos indesejados.
- Enviesamento de memória autobiográfica. As pessoas que têm comportamentos suicidários têm menos capacidade de se recordarem de memórias autobiográficas, podendo ter resultado de abusos ou problemas de ordem afectiva.
- Sensação de pertença e de ser um fardo (*burdensomeness*). A falta de ligações interpessoais e ter a percepção de estar excluído socialmente está associado a ideação suicida e tentativas de suicídio. A sensação de ser um fardo para os outros aumenta o risco de ideação suicida.
- Menores níveis de medo e maiores níveis de tolerância à dor.
- Problemas a nível de resolução de problemas interpessoais.
- Agitação (excitação ou desinibição ansiosa) pode aumentar o risco de comportamentos suicidários.
- Atenção enviesada. Está associado a uma maior atenção a estímulos relacionados com suicídio.
- Pensamento futuro e ajustamento de objectivos. Quando as pessoas têm uma visão negativa do futuro ou quando objectivos pessoais se tornam inalcançáveis pode verificar-se um aumento no risco de comportamentos de suicídio.
- Sensação de estar encurralado. A percepção de que é impossível ultrapassar as circunstâncias adversas pode levar à emergência de pensamentos suicidas (O'Connor & Nock, 2014).

3. **Factores Sociais:** o suicídio ocorre num contexto social que pode envolver diversos factores de risco/protectores como a história familiar em relação a problemas de saúde psicológica; a exposição a comportamentos suicidários de familiares ou amigos; a vivência de um luto por suicídio; a exposição a relatos sobre suicídio nos *media*; e o isolamento social.

4. **Acontecimentos de Vida Negativos:** os acontecimentos de vida negativos têm uma correlação forte com o comportamento suicida, nomeadamente, na infância (e.g., abusos físicos, psicológicos, sexuais; violência familiar; doença, divórcio ou morte dos progenitores), e na vida adulta (e.g., a exposição a eventos traumáticos (abusos físicos, sexuais; morte de um ente querido; presenciar um acidente; exposição a uma guerra ou a outro tipo de violência); ter uma doença física (doença cardiovascular, dor crónica, problemas respiratórios); stressores interpessoais (problemas relacionais, dificuldades

legais, desemprego, experiências de discriminação relacionadas com a orientação LGBTQI+, *bullying*)

Entre os vários factores de risco para o suicídio, há ainda que notar a dor ou o sofrimento psicológico – frequentemente sentido como insuportável. A dor psicológica é uma experiência psicológica de dor, que não se baseia em cognições ou comportamentos específicos. Esta variável tem um efeito preditor forte para a ideação suicida e tentativas de suicídio. O sofrimento psicológico parece também ter uma função mediadora noutros factores como desesperança, depressão e perfeccionismo (Troister & Holden, 2012).

A relevância de cada factor de risco varia conforme a idade, o género, a orientação sexual, a localização geográfica e as características e situação social, cultural e económica da pessoa. De acordo com o Modelo Stresse-Diátese, uma pessoa que possua factores de risco ou vulnerabilidade, perante um acontecimento stressor tem maior probabilidade de apresentar comportamentos suicidários.

Alguns grupos populacionais apresentam um risco de suicídio mais elevado, entre os quais as pessoas com problemas de saúde psicológica, a população LGBTQI+, as pessoas em condições de sem-abrigo, os trabalhadores e trabalhadoras do sexo, a população prisional, as forças de segurança, os profissionais de saúde e os sobreviventes de suicídio (CDC, s.d.b).

É importante sublinhar que **a maior parte das pessoas que apresentam factores de risco** (por exemplo, Depressão) **não morrem por suicídio**.

Por outro lado, **vários factores diminuem a probabilidade de alguém considerar morrer por suicídio (intenção suicida)** e podem promover a resiliência durante situações de vulnerabilidade. Por exemplo:

- Acesso a cuidados de Saúde Psicológica.
- Restrição de acesso a meios letais que permitam o suicídio.
- Rede de apoio social e conexões fortes com familiares, amigos e restante comunidade. As relações que estabelecemos com os outros podem ajudar-nos a viver mais e mais felizes.
- Competências socioemocionais de resolução de problemas, resolução de conflitos e de gestão de dificuldades sem recurso à violência.
- Crenças religiosas ou culturais que desencorajam o suicídio.

Impactos do Suicídio

As consequências individuais e sociais do suicídio são enormes. Aqueles que sobrevivem a uma tentativa de suicídio, têm na oportunidade de recuperação e de transformação do que a essa

tentativa conduziu, o desafio adicional de poder ter de lidar com impactos na Saúde Psicológica, mas também na Saúde Física, dependendo da gravidade da tentativa de suicídio. Para além do sofrimento individual, há também que assinalar o sofrimento de familiares e das comunidades. Aqueles que sobrevivem a alguém que morreu por suicídio podem experimentar grande sofrimento emocional, um processo de luto prolongado e complicado, estigma, depressão, ansiedade, perturbação de stress pós-traumático e um aumento do risco de suicídio, bem como impactos laborais e económicos.

Quando uma pessoa morre por suicídio, os sobreviventes são levados a lidar com emoções negativas e a reflectir sobre o seu papel no precipitar do comportamento suicidário ou na incapacidade de pará-lo. A experiência de sobreviver a um suicídio envolve um dos processos de luto mais difíceis de processar – podendo durar mais tempo e ser mais intensa. Surgem várias questões sem resposta: ‘*Porque é que o fez?*’, ‘*Porque é que eu não consegui evitá-lo?*’ e ‘*Como é que me pôde fazer isto?*’. Os sobreviventes de uma morte por suicídio reiteram que a emoção mais intensa é a vergonha. Outros sentem culpa, assumindo a culpa do sucedido e culpabilizando-se pela sensação de que deveriam ter feito algo para evitar/prevenir a morte. Os sobreviventes podem sentir uma baixa auto-estima, por não terem sido suficientemente importantes para manter a pessoa que se suicidou viva. Por fim, o medo é uma reacção emocional dos sobreviventes de uma morte por suicídio, por receio dos seus impulsos auto-destrutivos ou pela sensação de que a morte por suicídio é o seu destino ou lhe está no ADN (Worden, 2018).

Pode ainda acrescentar-se o impacto económico, também ele significativo, incluindo custos directos (por exemplo, despesas médicas e custo dos serviços de emergência) e indirectos (por exemplo, diminuição da produtividade e da qualidade de vida).

Alguns Mitos e Factos sobre o Suicídio

Mito. As pessoas inteligentes e bem-sucedidas não têm razões para se suicidar.

FACTO. Qualquer pessoa, de qualquer cultura, nível educacional ou estatuto socioeconómico **pode morrer por suicídio**. Os pensamentos suicidários revelam um grande sofrimento emocional e qualquer pessoa, por inúmeros motivos, pode estar em sofrimento.

Mito. As pessoas que morrem por suicídio, falaram antes sobre suicidar-se.

FACTO. É possível que, pensamentos, intenções e planos de suicídio não sejam conhecidos por ninguém. **Algumas vezes o suicídio é planeado, mas outras vezes as tentativas de suicídio acontecem por impulso**, num momento de desespero.

Mito. As pessoas que se suicidam ou tentam suicidar-se querem é “chamar à atenção”.

FACTO. Uma **tentativa de suicídio ou um suicídio são sinais de que as pessoas estão num grande sofrimento**. Devem sempre ser levados a sério e nunca ignorados.

Mito. Quando alguém decide suicidar-se já não muda de ideias.

FACTO. A intensidade dos pensamentos e sentimentos suicidas pode aumentar e diminuir. Muitas pessoas que tentam ou, efectivamente, se suicidam, **lutam contra estes pensamentos e sentimentos**. Muitas não querem realmente morrer, **querem apenas que o sofrimento que sentem pare**. Frequentemente, as pessoas com pensamentos suicidários sentem-se ambivalentes – por um lado não vêem outra alternativa, por outro desejam ser ajudadas. Nem todas as pessoas que tentaram uma vez o suicídio, voltam a tentar.

Mito. Quando alguém decide suicidar-se, não há nada que se possa fazer para a impedir.

FACTO. As pessoas que pensam em suicidar-se podem ter um problema de Saúde Psicológica para o qual existe tratamento eficaz. **O tratamento adequado dos problemas de Saúde Psicológica reduz significativamente o sofrimento e o risco de suicídio**. Para além disso, é importante eliminar os meios que facilitem morrer por suicídio (acesso a medicamentos, armas ou facas, pontes sem barreiras, por exemplo) e oferecer apoio.

Mito. Falar com alguém sobre suicídio pode aumentar os pensamentos suicidas ou encorajar comportamentos suicidários.

FACTO. Falar ou fazer perguntas a alguém sobre intenções ou pensamentos relacionados com o suicídio não incentiva nem “dá ideias” à pessoa. Pelo contrário, **pode reduzir a ansiedade e ajudar a pessoa** a sentir-se compreendida. Caso a pessoa já tenha pensamentos suicidas, saber que nos preocupamos com o ela o suficiente para lhe perguntarmos pode dar-lhe coragem de pedir ajuda e permite-nos procurar ajuda para a pessoa.

Mito. Se a pessoa pensa em suicidar-se é porque a situação é tão má que a morte é a única opção.

FACTO. A percepção que temos da realidade quando temos um problema de Saúde Psicológica ou estamos numa situação de vulnerabilidade é, geralmente, pior e mais grave do que a própria realidade. **Existem sempre outras opções** – que podem ser exploradas e que, muitas vezes, a pessoa não teve em consideração devido à sua incapacidade de ver alternativas.

Mito. O suicídio só tem impacto na pessoa que morre.

FACTO. O impacto do suicídio ultrapassa a perda da vida daqueles que se suicidam, afectando também aqueles que lhe sobrevivem – pais e mães e outros familiares, amigos, colegas e comunidades. Existem entre **seis a dez “sobreviventes” por cada pessoa que morre por suicídio**.

O Suicídio é Evitável

Tal como acontece no caso da maior parte dos desafios de Saúde Pública, também **é possível prevenir o suicídio**. E uma vez que as causas do suicídio são multifactoriais, também **a prevenção do suicídio necessita de uma abordagem multidisciplinar e intersectorial**: é necessário actuar a nível individual, familiar e comunitário; em todos os contextos de vida; e em todos os sectores sociais, públicos e privados.

A prevenção do suicídio deve assentar num conjunto de prioridades que inclua:

- **Promoção da Saúde Psicológica, Bem-Estar e Resiliência** em todos os contextos de vida dos cidadãos.
- **Aumento da acessibilidade aos cuidados de Saúde Psicológica**, nomeadamente a partir dos **Cuidados de Saúde Primários**, das **Escolas** e dos **Locais de Trabalho**.
- **Implementação de programas de prevenção do suicídio** dirigidos a **pessoas em situação de vulnerabilidade** (por exemplo, jovens, pessoas com problemas de Saúde Psicológica, desempregados, adultos mais velhos em situação de isolamento ou solidão, pessoas LGBTQI+ ou vítimas de abuso e violência).
- **Redução do estigma** associado às dificuldades e problemas de Saúde Psicológica, bem como ao suicídio, nomeadamente através dos **Media**.
- **Desenvolvimento de serviços com resposta rápida e eficaz** para indivíduos em **situação de crise**, nomeadamente com comportamentos suicidários (por exemplo, linhas de apoio e emergência).
- **Desenvolvimento de serviços de apoio ao luto**.
- **Desenvolvimento de um programa transversal de formação sobre o suicídio** dirigido a profissionais que actuem em contextos de saúde e sociais, por forma a identificar sinais de comportamento suicida e fornecer o encaminhamento adequado e apoio imediato.
- **Investigação sobre o suicídio**, incluindo a **recolha e monitorização de indicadores** relativos aos comportamentos suicidários e à prevenção do suicídio.

2. O Papel dos Psicólogos e Psicólogas

Avaliação do Risco de Suicídio

A avaliação do risco de suicídio é essencial para identificar precocemente comportamentos suicidários e tomar decisões acerca do plano para o acompanhamento e intervenção psicológica, bem como para o encaminhamento sempre que for necessário. O seu objectivo, para além de determinar a probabilidade de suicídio é planear uma estratégia que o possa evitar (CDC, 2018; Health Direct, 2021; National Institute of Mental Health, s.d.).

Pessoas diferentes experienciam os pensamentos e sentimentos suicidas de forma diferente:

- Podem sentir-se **assustados/as, confusos/as, esmagados/as, sem controlo ou incapazes** de lidar com esses pensamentos e sentimentos.
- Podem sentir-se **desesperados/as, sem qualquer esperança e sem sentido** para a vida/razões para continuarmos a viver.
- Podem sentir que a **dor e o sofrimento são tão grandes** que não acreditam que terminem.
- Podem sentir-se **sozinhos/as** (mesmo tendo família e amigos), **excluídos/as, indesejados/as ou rejeitados/as**. Podem sentir que ninguém precisa delas e que não farão falta.
- Podem sentir-se **inúteis, um fracasso, um “fardo”** para os outros.
- Podem sentir-se fascinados/as pela ideia de morrer e o **alívio** que acreditam que isso trará. Também podem sentir-se **envergonhados/as, culpados/as e egoístas**.
- Podem sentir que, mais do que morrer, não querem mesmo é continuar a viver a vida tal como a experienciam nesse momento. Podem sentir que nunca mais serão felizes, que **não há outra escolha**.

Estes pensamentos e sentimentos podem ser **constantes** ou podem **alterar-se de momento para momento**. É comum as pessoas **não compreenderem porque se sentem assim**.

Os seguintes comportamentos devem ser tratados como **sinais de alerta**:

- Ameaçar suicidar-se (incluindo ameaças verbais como “vou suicidar-me”, “estavam melhor sem mim”, “nessa altura se calhar já cá não estou”).
- Procurar formas de cometer suicídio.
- Procurar aceder a comprimidos, armas ou outros meios com o propósito de se suicidar.
- Dar/distribuir os bens pessoais.
- Organizar papéis e tarefas pessoais (por exemplo, pagar créditos, organizar o funeral).
- Despedir-se de familiar e amigos.

Mas existem outros sinais de alerta para o risco de suicídio, que incluem:

- Falar sobre querer morrer ou vontade de morrer por suicídio.
- Desespero e falta de esperança.
- Raiva e zanga, comportamentos agressivos.
- Comportar-se de forma imprudente, impulsiva e envolver-se em actividades de risco.
- Sentir-se “preso” (sem saída).
- Aumentar o consumo de álcool ou drogas.
- Isolar-se da família e amigos.
- Sentir-se inútil, um “fardo” para os outros.
- Agitação ou ansiedade intensa.
- Mudanças de humor súbitas e intensas.
- Sentir que não se tem razões para viver/que não se tem um sentido/significado para a própria vida (“quem me dera não estar aqui”, “nada importa”, “a vida não vale a pena”, “ficam melhor sem mim”).

- Situações de vulnerabilidade (por exemplo, abuso sexual, violência, bullying e cyberbullying, separação ou divórcio, perda de alguém, desemprego ou conflitos no trabalho, solidão, doença terminal ou dor crónica).
- Alegria ou calma repentinas após um período de desânimo significativo.

Os sinais de alerta devem ser sempre considerados como uma forma de pedir ajuda.

A avaliação de risco é sustentada pelo conhecimento científico sobre os factores de risco e sobre as evidências relacionadas com o fenómeno do suicídio. Como em tantas outras áreas da Psicologia, essa avaliação é muito marcada pela da experiência profissional do Psicólogo e Psicóloga. **Não hesite em procurar supervisão ou consultoria junto de outros profissionais ou serviços especializados.**

É de notar que, é possível, as pessoas não referirem espontaneamente sinais de ideação suicida. Para além de um **diálogo aberto**, que pode criar oportunidades para a pessoa expressar os seus sentimentos e preocupações, é importante não ter receio de **perguntar directamente sobre pensamentos relacionados com a morte e o suicídio**, continuando a explorar abertamente informação que possa ajudar a compreender o nível de risco:

- Tem tido pensamentos sobre a morte, sobre fazer mal a si próprio ou acabar com a sua vida?
- Há quanto tempo pensa sobre suicídio? (frequência, intensidade duração)
- Tem um plano? (como, quando, onde?)
- Tem os meios para levar a cabo esse plano? (acessibilidade a armas, medicamentos, drogas, etc.)
- Quão forte é a sua intenção de executar esse plano?

Dependendo das respostas a estas perguntas, existam diversas **acções** possíveis:

- **Informar sobre linhas de emergência** e linhas de apoio.
- **Aumentar a frequência das sessões** de acompanhamento e desenvolver conjuntamente um **Plano de Segurança** (que inclua a identificação dos sinais de alarme, estratégias de coping, contactos de familiares ou amigos que possam ajudar, contactos de profissionais ou contactos institucionais de apoio, formas de restrição do acesso a meios letais, razões pelas quais viver) em conjunto com a pessoa.)
- **Realizar chamadas telefónicas de seguimento**, entre as sessões de acompanhamento.
- **Avaliar a necessidade de encaminhamento** para outros profissionais de Saúde/serviços especializados.
- **Explorar os recursos disponíveis** (por exemplo, suporte familiar ou de amigos).
- **Encaminhar imediatamente para um Serviço de Urgência**, em caso de risco iminente de suicídio.

Na literatura, há autores que incluem a realização de “**contratos de não suicídio**” no processo de acompanhamento (ou seja, a obtenção de um comprometimento, por parte do cliente, de que evitará comportamentos perigosos para si mesmo e de procurará ajuda quando em situação de risco), embora pareça haver algum consenso de que este contrato é pouco eficaz ou mesmo potencialmente nocivo (Bryan et al., 2017). Rudd e colegas (2006) afirmam que existem poucas investigações sobre este tema e que as que existem sofrem de problemas metodológicos, concluindo que não existem evidências de que os contratos previnam o suicídio.

Há ainda que ponderar **questões éticas associadas à privacidade e confidencialidade, à autonomia e consentimento informado**. Numa situação de crise, as decisões que envolvam comunicar com outros profissionais ou pessoas relacionadas com o cliente devem ser ponderadas, dado que podem implicar revelar informações que o cliente deu em confidência. Para tomar essa decisão, o psicólogo ou psicóloga deve ter em consideração a qualidade da relação e a capacidade dessa/as pessoa/as ajudarem a dar uma resposta adequada à situação de crise. Numa primeira instância, a permissão para contactar outros profissionais ou pessoas de referência deve ser dada pelo cliente, quando possível, e deve limitar-se a informação pertinente para prevenir o risco de suicídio e o comportamento suicidário. Em situações em que não é possível obter o consentimento do cliente para informar outras pessoas ou profissionais, a decisão de revelar informação confidencial deve ser discutida com um supervisor. Caso o supervisor não esteja disponível, deve ser o psicólogo ou psicóloga a avaliar o nível de risco para o cliente ou para outros e a determinar se a quebra na confidencialidade garante a segurança imediata do cliente (APS, 2007). O princípio da beneficência implica que o psicólogo/a tem a responsabilidade de zelar pelo melhor interesse dos clientes. A beneficência deve tomar precedência sobre a autonomia, especialmente quando falamos da morte por suicídio. A não-maleficência dita que o psicólogo/a deve proteger o cliente de qualquer tipo de dano, o que insta os profissionais a tomarem as medidas de necessárias para prevenir um suicídio (Alonzo & Gearing, 2017).

Pessoas com um **nível elevado de intenção suicida**, que descrevem de forma detalhada um **plano de suicídio** (especialmente se pensarem utilizar métodos mais violentos e irreversíveis, em locais isolados ou sem possibilidade de serem descobertos rapidamente) e tenham organizado a sua **despedida** (por exemplo, escrever uma carta de despedida, deixar informações sobre o que fazer após a sua morte) carecem de **intervenção imediata e urgente**.

Intervenção Psicológica baseada em Evidências

Existem, hoje, amplamente documentadas um conjunto de intervenções psicológicas eficazes para trabalhar com pessoas em risco de suicídio. Destas, têm-se destacado as **terapias cognitivo-comportamental** e a **terapia comportamental dialéctica** enquanto duas abordagens terapêuticas com sólidos resultados.

Pósvenção

O suicídio de alguém afecta uma rede de pessoas que incluem pais, irmãos, amigos, conhecidos, vizinhos, colegas da pessoa que morreu e profissionais de saúde. Cada suicídio pode deixar entre 6 a 10 pessoas sobreviventes.

Perder alguém devido a um suicídio pode ser esmagador e provocar uma dor que parece ser impossível de gerir e ultrapassar. Os sobreviventes podem sentir dificuldade em lidar com a intensidade dos seus sentimentos; culpa (pelo que fizeram, pelo que não fizeram e pelo que gostavam de ter feito); confusão; raiva; medo; angústia; rejeição e sentimentos de abandono. Apresentam maior risco de comportamentos suicidários. Podem ainda experimentar **sintomas físicos** como dores musculares, de cabeça ou de estômago, aperto no peito e na garganta, alterações do apetite e do sono, falta de energia e hipersensibilidade ao ruído).

Os Psicólogos e Psicólogas podem **apoiar os sobreviventes, individualmente ou em grupo, na elaboração do processo de luto**, bem como intervindo junto de grupos populacionais impactados por uma morte por suicídio (por exemplo, em contexto laboral ou escolar). **Quer nas escolas quer nos locais de trabalho** podem contribuir para a **criação de apoios específicos para sobreviventes**, bem como de **protocolos de resposta a situações de suicídio** (que incluam, por exemplo, políticas de resposta a tentativas de suicídio, comunicação de mortes por suicídio e apoio ao regresso à escola/local de trabalho após uma tentativa de suicídio).

Estratégias de Prevenção do Suicídio

Promoção da Literacia em Saúde Psicológica e Combate ao Estigma

Uma das várias barreiras que dificultam a prevenção do suicídio e da procura de ajuda em situações de crise e sofrimento psicológico é a **falta de conhecimento** e o **estigma – associados ao suicídio**, em particular, e **aos problemas de Saúde Psicológica**, no geral ([British Psychological Society, 2017](#); [World Health Organization, 2021](#)).

O suicídio pode ser visto como um sinal de fraqueza ou inferioridade, como um pecado ou uma vergonha, como um acto egoísta e uma forma de manipulação e “chamada de atenção”. Mas também, como uma morte “honrosa” e uma forma moralmente correcta de resolver situações graves. O suicídio é ainda, não raramente, “romantizado” e perspectivado como uma forma de ter “fama” e “deixar uma marca”.

Os Psicólogos e Psicólogas têm no combate aos preconceitos e estereótipos um papel fundamental, junto de todas as pessoas que acompanham, mas também em todos os contextos de prática profissional, **mobilizando diferentes sectores da sociedade para o combate ao estigma, aos preconceitos e à desinformação.**

Promover a literacia em Saúde Psicológica, ambientes seguros e o bem-estar nas escolas e nos locais de trabalho constituem estratégias fundamentais da prevenção do suicídio. Para além de

dar a conhecer os sinais de alerta, as estratégias de coping com situações adversas e estimular a procura de ajuda em momentos de crise, é fundamental **promover o investimento no autocuidado, no estabelecimento de relações saudáveis com os outros e no equilíbrio entre a vida pessoal e profissional** como **factores protectores** do desenvolvimento de problemas de Saúde Psicológica e de comportamentos suicidários.

→ Sobre a promoção da Saúde Psicológica e do Bem-Estar nas escolas consulte o site www.escolasaudavelmente.pt.

→ Sobre a promoção de Locais de Trabalho Saudáveis consulte o site www.maisprodutividade.org.

Os **Media** constituem outro contexto importante no qual os Psicólogos e Psicólogas podem ajudar a **promover a Literacia em Saúde Psicológica**. Os Media podem desempenhar um papel importante ao influenciar as atitudes sociais relativamente ao suicídio e, potencialmente, as acções de pessoas mais vulneráveis. As investigações mostram que algumas formas de reportar o suicídio têm sido associadas a um aumento das taxas de sucedido devido a imitações. Por outro lado, quando as notícias reportam comportamentos de pedido de ajuda em situações adversas e incluem informações sobre como procurar ajuda contribuem para a redução dessas taxas.

→ Consulte o [Guia para os Media](#), nomeadamente no que diz respeito às recomendações relativas ao suicídio.

Capacitação de Outros Profissionais e “Porteiros Sociais”

As Psicólogas e Psicólogos podem contribuir, quer através da formação quer através da supervisão, para a **capacitação de outros profissionais** (por exemplo, enfermeiros, assistentes sociais, profissionais dos serviços de emergência, professores e educadores ou funcionários de estabelecimentos prisionais) e de **“Porteiros Sociais” (gatekeepers)** no que diz respeito à identificação de factores de risco e sinais de alerta e a possíveis estratégias de acção em situações de crise, ideação suicida e tentativa de suicídio.

Os **profissionais de saúde** que assistem alguém que morre por suicídio podem experienciar sofrimento emocional, raiva, culpa, choque, medo, entre outros sentimentos. Após a reacção inicial podem passar por um período de tristeza, vergonha e isolamento. A experiência pode ser particularmente traumática para estagiários ou profissionais em formação, sobretudo se sentirem que não tinham formação suficiente para lidar com a situação ou que não foram suficientemente apoiados pela instituição na qual prestam serviços. É necessário **disponibilizar activamente apoio psicológico** para estes profissionais.

Promoção de Competências Socio-Emocionais

Uma das intervenções mais custo-efectivas para a prevenção do suicídio junto dos jovens é a promoção de competências socio-emocionais (por exemplo, auto-regulação emocional, resolução de problemas, gestão do stress ou resiliência). Este tipo de programas, para além de protegerem os indivíduos de comportamentos suicidários, promovem igualmente a Saúde Psicológica e o Bem-Estar, contribuindo para desenvolver competências transversais de vida, aumentar a literacia em Saúde Psicológica e combater o estigma ([British Psychological Society, 2017](#); [World Health Organization, 2021](#)).

Colaboração na Construção de Políticas Públicas

As Psicólogas e Psicólogos possuem conhecimentos e competências sobre Saúde Psicológica e Bem-Estar, problemas de Saúde Psicológica e o fenómeno do suicídio que são uma mais-valia para a **colaboração multidisciplinar** necessária à **construção de políticas públicas que procurem promover a Saúde Psicológica e o Bem-Estar e prevenir o suicídio**. Da mesma forma, podem dar um contributo fundamental, a partir dos contextos locais, regionais e nacionais onde desenvolvem a sua prática profissional, para construir pontes entre as necessidades desses contextos e a construção de políticas públicas, integrando a promoção da Saúde Psicológica e a prevenção do suicídio em programas diversos (por exemplo, programas de prevenção da violência de género ou do consumo problemático de álcool).

Os Psicólogos e Psicólogas podem realizar consultoria e advogar no sentido de:

- Gerar investimento para a **alocação de profissionais de Psicologia** em diversos contextos de saúde, educação e trabalho, que possam realizar intervenções baseadas em evidência, garantindo a **acessibilidade a cuidados de Saúde Psicológica**.
- Desenvolver **programas de promoção da Saúde Psicológica e Bem-Estar, bem como prevenção do suicídio**, nas escolas, locais de trabalho, contextos de saúde e comunitários.
- Apoiar **programas de intervenção com populações em situação de vulnerabilidade e risco**.
- Desenvolver **planos locais, regionais e nacionais de prevenção do suicídio**.
- Melhorar o **acesso aos cuidados de Saúde Psicológica** ao longo do ciclo de vida.
- Promover a **investigação**, a recolha de indicadores e o desenvolvimento de intervenções baseadas em evidências.
- **Restringir e regular o acesso a meios letais**.
- **Colaborar na alteração arquitectónica do espaço de forma a tornar os espaços urbanos e rurais ambientes seguros** (por exemplo, colocar barreiras de protecção em pontes).

Investigação

As Psicólogas e Psicólogos **podem investir na realização de investigação sobre o suicídio**, incluindo a **recolha e monitorização de indicadores** relativos aos comportamentos suicidários e

à prevenção do suicídio; a compreensão dos comportamentos suicidários e dos factores que os influenciam; o desenvolvimento de intervenções custo-efectivas de intervenção e prevenção de comportamentos suicidários.

Contactos Úteis

Número Europeu de Emergência

112

Serviço de Aconselhamento Psicológico da Linha SNS24

808 24 24 24

Linhas de Apoio e Prevenção do Suicídio (todas garantem o anonimato)

SOS Voz Amiga

Lisboa, das 16h às 24h

213 544 545 - 912 802 669 - 963 524 660

Linha Verde gratuita

800 209 899 (Entre as 21h e as 24h)

Conversa Amiga

Inatel, das 15h às 22h

808 237 327 - 210 027 159

Vozes Amigas de Esperança de Portugal

Das 16h às 22h

222 030 707

Telefone da Amizade

Porto, das 16h às 23h

228 323 535

Voz de Apoio

Porto, das 21h às 24h

225 506 070

Apoio a Sobreviventes

<https://www.associacaosobreviver.org/> | [www.fb.com/depoisdosuicidio](https://www.facebook.com/depoisdosuicidio)

Sugestões Bibliográficas

Alonzo, D. & Gearing, R. (2017). Ethical and philosophical issues in suicide. In D. Alonzo & R. Gearing (Eds). *Suicide assessment and treatment: Empirical and evidence-based practices (2nd Ed., p. 1-25).*

Barbosa, P., Silva, S., Madeira, N. & Pires, A. (Coord.) (2020). *Prevenção do Suicídio: Manual para Profissionais de Saúde*. Retirado de https://arisdaplanicie.files.wordpress.com/2021/03/3-livro_prev_suic_prof_saude08092020.pdf.

British Psychological Society (2017). *Position Statement - Understanding and preventing suicide: A psychological perspective*. United Kingdom: British Psychological Society.

Bryan, C., Mintz, J., Clemans, T., ... & Rudd, M. (2017). Effect of crisis response planning vs. contracts for safety on suicide risk in U.S. Army Soldiers: A randomized clinical trial. *Journal of Affective Disorders, 212*, 64-72.

Business in the Community (2017). *Reducing the risk of suicide: a toolkit for employers*. United Kingdom: Business in the Community.

British Psychological Society (2017). Position Statement: Understanding and preventing suicide: A psychological perspective. United Kingdom: British Psychological Society.

CDC, National Center for Injury Prevention and Control (2017). Preventing Suicide: A Technical Package of Policy, Programs, and Practices. Retirado de <https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/suicideTechnicalPackage.pdf>.

CDC (2018). *CDC Vital Signs – Suicide rising across US: More than a mental health concern*. Retirado de <https://www.cdc.gov/vitalsigns/suicide/index.html>.

CDC (s.d.a) *Suicide and Violence Prevention*. Retirado de <https://www.cdc.gov/msmhealth/suicide-violence-prevention.htm>.

CDC (s.d.b). Risk and Protective Factors – Many factors contribute to suicide risk. Retirado de <https://www.cdc.gov/suicide/factors/index.html> 1/2.

Freedenthal, S. (2008). Assessing the wish to die: A 30-year review of Suicide Intent Scale. *Archives of Suicide Research, 12(4)*, 277-298.

O'Connor, R. & Nock, M. (2014). The Psychology of Suicidal behavior. *Lancet Psychiatry, 1*, 73-85.

Harriss, L., Hawton, K. & Zahl, D. (2005). Value of measuring suicide intent in the assessment of people attending hospital following self-poisoning or self-injury. *British Journal of Psychiatry, 186*, 60-66.

Health Direct (2021). *Suicide warning signs*. Retirado de <https://www.healthdirect.gov.au/warning-signs-of-suicide#warning-signs>.

King, M., Semlyen, J., Tai, S., ... & Nazareth, I. (2008). A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self-harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry, 8(70)*, 1-17.

National Institute of Mental Health (s.d.). *Warning signs of Suicide*. Retirado de <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/warning-signs-of-suicide>.

Rudd, M., Mandrusiak, M. & Joiner, T. (2006). The case against no-suicide contracts: The commitment to treatment statement as a practice alternative. *Journal of Clinical Psychology*, 62(2), 243-251.

Troister, T. & Holden, R. (2012). A two-year prospective study of psychache and its relationship to suicidality among high-risk undergraduates. *Journal of Clinical Psychology*, 0, 1-9.

Worden, J. (2018). *Grief Counseling and Grief Therapy*. Spring L

World Health Organization (2021). *Live Life: An implementation guide for suicide prevention in countries*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (s.d.). *Preventing suicide at work: information for employers, managers and employees*. Retirado de <https://www.who.int/docs/default-source/mental-health/suicide-prevention-employers.pdf>



ORDEM
DOS
PSICÓLOGOS

www.ordemdospsicologos.pt
www.recursos.ordemdospsicologos.pt/repositorio
www.eusinto.me