

Original em inglês: Baldaçara L, Grudtner RR, Leite VS, Porto DM, Robis KP, Fidalgo TM, Rocha GA, Diaz AP, Meleiro A, Correa H, Tung TC, Malloy-Diniz L, Quevedo J, Silva AG. Brazilian Psychiatric Association guidelines for the management of suicidal behavior. **Part 2.** Screening, intervention, and prevention. *Braz J Psychiatry.* 2021;43(5):538-49. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-1108>

Diretrizes da Associação Brasileira de Psiquiatria para o manejo do comportamento suicida: intervenção: tradução revisada e ampliada

Brazilian Psychiatric Association guidelines for the management of suicidal behavior: intervention: revised and expanded translation

Directrices de la Asociación Brasileña de Psiquiatría para el manejo de la conducta suicida: intervención: traducción revisada y ampliada

1 Leonardo Baldaçara  [ORCID](#) - [Lattes](#)

2 Cíntia de Azevedo-Marques Périco - [ORCID](#) - [Lattes](#)

3 Flávia Ismael Pinto - [ORCID](#) - [Lattes](#)

4 Roberta Rossi Grudtner - [ORCID](#) - [Lattes](#)

5 Elie Leal de Barros Calfat - [ORCID](#) - [Lattes](#)

6 Gislene Alves da Rocha - [ORCID](#) - [Lattes](#)

7 Deisy Mendes Porto - [ORCID](#) - [Lattes](#)

8 Verônica da Silveira Leite - [ORCID](#) - [Lattes](#)

9 Kelly Pereira Robis - [ORCID](#) - [Lattes](#)

10 Thiago Marques Fidalgo - [ORCID](#) - [Lattes](#)

11 Alexandre Paim Diaz - [ORCID](#) - [Lattes](#)

12 Alexandrina Maria Augusto da Silva Meleiro - [ORCID](#) - [Lattes](#)

[13](#) Leandro Fernandes Malloy-Diniz - [ORCID](#) - [Lattes](#)

[14](#) Humberto Correa da Silva Filho - [ORCID](#) - [Lattes](#)

[15](#) João Quevedo - [ORCID](#) - [Lattes](#)

[16](#) Teng Chei Tung - [ORCID](#) - [Lattes](#)

[17](#) Antônio Geraldo da Silva - [ORCID](#) - [Lattes](#)

Filiação dos autores: **1, 8** [Universidade Federal do Tocantins, UFT, Palmas, TO, Brasil; Associação Brasileira de Psiquiatria, ABP, Rio de Janeiro, RJ, Brasil]; **2** [Associação Brasileira de Psiquiatria, ABP, Rio de Janeiro, RJ, Brasil; Faculdade de Medicina da Fundação do ABC, Santo André, São Paulo, Brasil]; **3** [Associação Brasileira de Psiquiatria, ABP, Rio de Janeiro, RJ, Brasil; Universidade de São Caetano do Sul, São Caetano do Sul, São Paulo, Brasil]; **4, 7, 12** [Associação Brasileira de Psiquiatria, ABP, Rio de Janeiro, RJ, Brasil]; **5** [Associação Brasileira de Psiquiatria, ABP, Rio de Janeiro, RJ, Brasil; Irmandade da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil]; **6** [Associação Brasileira de Psiquiatria, ABP, Rio de Janeiro, RJ, Brasil; Hospital Universitário Clemente de Faria, Universidade Estadual de Montes Claros, Montes Claros, MG, Brasil]; **9** [Departamento de Psiquiatria, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, PUC Minas, Belo Horizonte, MG, Brasil; Departamento de Psiquiatria, Universidade Federal de Minas Gerais, UFMG, Belo Horizonte, MG, Brasil]; **10** [Departamento de Psiquiatria, Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP, São Paulo, SP, Brasil]; **11, 15** [Translational Psychiatry Program, Faillace Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, McGovern Medical School, The University of Texas Health Science Center at Houston, UTHealth, Houston, TX, USA]; **13** [Departamento de Psiquiatria, Universidade Federal de Minas Gerais, UFMG, Belo Horizonte, MG, Brasil]; **14** [Associação Brasileira de Psiquiatria, ABP, Rio de Janeiro, RJ, Brasil; Departamento de Psiquiatria, Universidade Federal de Minas Gerais, UFMG, Belo Horizonte, MG, Brasil]; **16** [Associação Brasileira de Psiquiatria, ABP, Rio de Janeiro, RJ, Brasil; Instituto de Psiquiatria (IPq), Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, HCFMUSP, São Paulo, SP, Brasil]; **17** [Presidente, Associação Brasileira de Psiquiatria, ABP, Rio de Janeiro, RJ, Brasil]

Conflito de interesses: declaram não haver
Fonte de financiamento: declaram não haver
Parecer CEP: não se aplica
Recebido em: 29/05/2024
Aprovado em: 31/05/2024
Publicado em: 08/07/2024

Como citar: Baldaçara L, Périco CAM, Pinto FI, Grudtner RR, Calfat ELB, Rocha GA, Porto DM, Leite VS, Robis KP, Fidalgo TM, Diaz AP, Meleiro AMAS, Malloy-Diniz LF, Correa H, Quevedo J, Tung TC, da Silva AG. Diretrizes da Associação Brasileira de Psiquiatria para o manejo do comportamento suicida: intervenção: tradução revisada e ampliada. *Debates em Psiquiatria, Rio de Janeiro.* 2024;14:1-27. <https://doi.org/10.25118/2763-9037.2024.v14.1262>

RESUMO

A complexidade dos comportamentos suicidas requer uma abordagem multifacetada para sua gestão, envolvendo a avaliação de fatores de risco e proteção, bem como intervenções apropriadas. A Associação Brasileira de Psiquiatria ([ABP](#)), por meio da sua [Comissão de Emergências Psiquiátricas](#), elaborou diretrizes específicas para o manejo de pacientes com comportamento suicida, com foco em triagem, intervenção, prevenção e promoção da saúde mental. Embora a evidência disponível ainda apresente controvérsias e limitações, já é possível identificar a eficácia de certas intervenções para grupos específicos de pacientes. A recomendação atual inclui a combinação de várias técnicas, como o Plano de Segurança, que integra a avaliação de fatores de risco e proteção com medidas terapêuticas subsequentes. Destaca-se a necessidade de pesquisas adicionais para esclarecer abordagens com potencial específico para intervenção, visando sempre otimizar as estratégias de manejo do comportamento suicida e incorporá-las nas políticas públicas de saúde.

Palavras-chave: suicídio, suicídio consumado, tentativa de suicídio, transtornos mentais, diretrizes

ABSTRACT

The complexity of suicidal behaviors requires a multifaceted approach to management, involving the assessment of risk and protective factors, as well as appropriate interventions. The Brazilian Psychiatric Association ([ABP](#)), through its [Psychiatric Emergencies Commission](#), has developed specific guidelines for managing patients with suicidal behavior, focusing on screening, intervention, prevention, and mental health promotion. Although the available evidence still presents controversies and limitations, it is already possible to identify the effectiveness of certain interventions for specific patient groups. The current recommendation includes combining several techniques, such as the Safety Plan, which integrates the assessment of risk and protective factors with subsequent therapeutic measures. The need for additional research is highlighted to elucidate approaches with specific potential for intervention, always aiming to optimize strategies for managing suicidal behavior and incorporating them into public health policies.

Keywords: suicide, completed suicide, suicide attempt, mental disorders, guidelines

RESUMEN

La complejidad de las conductas suicidas requiere un enfoque multifacético para el manejo, que implique la evaluación de factores de riesgo y de protección, así como intervenciones apropiadas. La Asociación Brasileña de Psiquiatria ([ABP](#)), a través de su [Comisión de Emergencias Psiquiátricas](#), ha desarrollado directrices específicas para el manejo de pacientes con conducta suicida, centrándose en el cribado, la intervención, la prevención y la promoción de la salud mental. Aunque la evidencia disponible todavía presenta controversias y limitaciones, ya es posible identificar la efectividad de determinadas intervenciones para grupos de pacientes específicos. La recomendación actual incluye combinar varias técnicas, como el Plan de Seguridad, que integra la evaluación de factores de riesgo y protección con medidas terapéuticas posteriores. Se destaca la necesidad de investigaciones adicionales para dilucidar enfoques con potencial específico de intervención, siempre con el objetivo de optimizar las estrategias de manejo de la conducta suicida e incorporarlas a las políticas de salud pública.

Palabras clave: suicidio, suicidio consumado, intento de suicidio, trastornos mentales, pautas

Introdução

A complexidade dos comportamentos suicidas exige uma abordagem multifacetada para sua gestão, incluindo a avaliação de fatores de risco e proteção, bem como intervenções adequadas. A Associação Brasileira de Psiquiatria ([ABP](#)), por meio da sua [Comissão de Emergências Psiquiátricas](#), desenvolveu diretrizes específicas para o manejo de pacientes com comportamento suicida, focando em triagem, intervenção, prevenção e promoção de saúde mental [[1](#) – [3](#)].

Embora a evidência existente ainda apresente controvérsias e limitações, já é possível identificar a eficácia de determinadas intervenções para grupos específicos de pacientes. A recomendação atual é a combinação de várias técnicas, como o Plano de Segurança, que integra a avaliação de fatores de risco e proteção com medidas terapêuticas subsequentes [[1](#) – [3](#)].

A necessidade de pesquisas adicionais é destacada para elucidar abordagens com potencial específico para intervenção, buscando sempre otimizar as estratégias de manejo do comportamento suicida e incorporá-las nas políticas públicas de saúde [[1](#) – [3](#)].

Intervenção

Não obstante, não há eficácia significativa de intervenções de contato breve para lesões auto infligidas recorrentes, suicídio ou tentativa de suicídio [[4](#)]. O número de pessoas que tentaram suicídio novamente e o número de mortes por suicídio durante o ano seguinte não foram reduzidos pelo contato telefônico [[5](#)].

Tal como discutido anteriormente, o rastreamento, a avaliação e a intervenção são mais eficazes se forem feitos em conjunto por meio do rastreamento universal associado a intervenção ou de um Plano de Segurança [[6](#), [7](#)] (Nível de evidência 3). O acompanhamento deve necessariamente ser incluído. O [Quadro 1](#) fornece recomendações para acompanhamento de acordo com o Plano de Segurança modificado, conforme sugerido pelo autor Boudreaux et al. [[6](#)].

A vigilância deve ser intensificada (por meio de internação domiciliar com equipe de home care) ou pode haver necessidade de permanência em observação ou internação hospitalar nos casos a seguir [1 – 3]:

- Vários fatores de risco para suicídio associados a baixa continência familiar
- Vários fatores de risco para suicídio associados a falta de acesso a serviços psiquiátricos ambulatoriais ou hospital-dia
- Tentativas de suicídio frequentes e recentes
- Verbalização de planejamento suicida
- Comportamento suicida associado a transtornos por uso de substância ou episódio psicótico ou quadro maníaco ou piora de sintomas depressivos mesmo com tratamento adequado
- Alteração do estado de observação ou do cenário de intervenção (por exemplo, alta do ambiente hospitalar)
- Piora gradual ou ausência de resposta, apesar do tratamento

O paciente deve sempre ser levado ao pronto-socorro ou hospital de ambulância e abordado por pessoal treinado, como médicos e equipe de enfermagem.

Pacientes em risco de suicídio, especialmente aqueles que tentaram o suicídio, necessitam de acompanhamento e supervisão para assegurar resultados adequados. A vigilância deve começar enquanto o paciente ainda está no ambiente hospitalar. Pacientes que deixam a sala de emergência ou o hospital após uma tentativa de suicídio ou que têm um risco iminente e significativo de suicídio identificado em qualquer instalação de saúde precisam de acompanhamento imediato e proativo. A frequência de contato deve ser determinada individualmente e intensificada quando houver aumento nos fatores de risco. Fortalecer o Plano de Segurança em intervalos regulares, incluindo práticas adicionais e, se necessário, revisões, são fatores importantes em uma abordagem de apoio [1 – 3].

Manejo na Sala de Emergência ou Hospital

O paciente nessa situação não deve nunca ficar sozinho. Os banheiros não devem ter trancas nas portas. Uma abordagem multidisciplinar deve ser oferecida, com reuniões e discussão de equipe diárias, além de intervenção psicoterápica e psiquiátrica. O ambiente deve ser livre de objetos e substâncias que o paciente possa usar contra si. Janelas devem ser protegidas com grades ou travas e produtos de limpeza não devem ficar expostos. A possibilidade de alta deve ser considerada apenas quando o

paciente apresentar melhora do quadro como arrependimento do ato, melhora do humor ou não apresentar mais planejamento e ideação suicida e quando houver a possibilidade de acesso a acompanhamento extra-hospitalar, além de haver rede de proteção de confiança que possa acompanhar e monitorar o paciente [1 - 3].

Manejo de Intoxicação no Paciente Suicida

Em casos sugestivos de tentativa de suicídio por intoxicação com álcool ou drogas, seja pela apresentação clínica ou por dados objetivos (teste do bafômetro/exame toxicológico), o paciente deve ser mantido em local seguro e monitorado de forma adequada até a melhora da intoxicação. Depois disso a avaliação de risco de suicídio deve ser repetida [8, 9].

Além disso, uma breve intervenção terapêutica pode ser oferecida assim que houver melhora da intoxicação. De fato, o momento em que um indivíduo se apresenta ao serviço por comportamento suicida, independente da duração do sintoma, esse pode representar uma oportunidade de reflexão e aprendizado, momento em que o indivíduo pode estar mais suscetível a discutir sobre Plano de Segurança e outras intervenções específicas. Um Plano de Segurança deve incluir a eliminação do acesso a armas de fogo, bem como o acesso a outros meios de suicídio, incluindo a restrição do acesso a objetos pontiagudos, mangueiras, cordas ou fios, locais altos e sem proteção e garantias de armazenamento ou distribuição segura de medicamentos e substâncias como alta prioridade [1 - 3, 8].

É necessário também que a equipe se assegure que o manejo e tratamento do comportamento suicida esteja integrado com a abordagem terapêutica para os Transtornos por Uso de Substâncias, ou outras comorbidades psiquiátricas existentes. Isso inclui articulação com a Rede de Atenção Primária no qual o paciente está inserido. Ao lidar com pacientes intoxicados, os médicos devem estar cientes de que a ideação suicida ou outros comportamentos normalmente não resultam do uso agudo de substâncias e devem considerar esses indivíduos como alto risco de suicídio. Conseqüentemente, a desintoxicação por si só é insuficiente na presença de comportamentos suicidas [8, 9].

Adolescentes

O estudo [SEYLE](https://doi.org/10.25118/2763-9037.2024.v14.1262) (*Saving and Empowering Young Lives in Europe*) é um estudo multicêntrico, randomizado por grupos e controlado, que comparou

intervenções para pacientes com comportamento suicida em 11.110 estudantes adolescentes (idade média de 15 anos), com recrutados em 168 escolas, em 10 países da União Europeia. Foram comparados um acompanhamento de 3 meses versus um de 12 meses, este último chamado Programa Saúde Mental Consciente para Jovens (*Conscious Mental Health for Young People* ([YAM](#))). No acompanhamento que durou 3 meses, não houve diferença significativa entre os indivíduos que receberam intervenção daqueles que não o fizeram. Já no acompanhamento de 12 meses. Foi encontrado uma redução significativa na ideação suicida e tentativas de suicídio em comparação ao grupo controle [[10](#)] (Nível de evidência 2).

Programa Saúde Mental Consciente para Jovens ([YAM](#)) é um manual de intervenção universal com foco em alunos. Inclui 3 horas de oficinas interativas, associadas a técnicas de roleplaying e material didático para ser consumido em casa (composto por seis cartazes educativos), bem como palestra sobre saúde mental com duração de 1 hora, dividida em duas palestras interativas, exibidas antes e depois da intervenção. O YAM teve como objetivo aumentar a compreensão sobre saúde, bem como fatores de risco e de proteção relacionados a suicídio, depressão e ansiedade, além de implementar ações que melhoram a capacidade dos indivíduos de lidar com eventos adversos, comportamento suicida e estresse em geral [[10](#)].

Psicoterapia

Técnicas psicoterápicas para manejo do comportamento suicida assim como seu nível de evidência são apresentadas no [Quadro 2](#). Importante frisar que alguns resultados negativos de intervenções psicoterápicas ou psicossociais são possíveis. Por exemplo, a conclusão de uma metanálise não demonstrou evidência científica de que oferecer mais estratégias psicoeducacionais após comportamentos autodestrutivos tenha efeito no risco de suicídio pós-intervenção [[11](#)]. Assim, não se pode assumir que técnicas psicoterápicas isoladas sejam efetivas no comportamento suicida. As psicoterapias focais tornaram-se relevantes em termos de resultados positivos em transtornos mentais. Na maioria das técnicas psicoterapêuticas baseadas em evidências para prevenir o suicídio, há um compromisso de intervir nas distorções comportamentais e nas cognições e emoções disfuncionais através de um procedimento sistemático focado em objetivos específicos. Técnicas voltadas para modelos cognitivo-

comportamentais formam a base da maioria dos estudos que fornecem evidências de redução do risco de suicídio [8]. Calati e Courtet [12] avaliaram pacientes que receberam psicoterapia para comportamento suicida em indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia e transtornos de humor. Os autores notaram que os pacientes em psicoterapia durante o acompanhamento eram menos propensos a tentar o suicídio, resultando em redução do número necessário para tratar (NNT) de 15 [1 - 3, 12].

Meerwijk et al. [13] compararam intervenções indiretas focadas em sintomas associados ao suicídio (como por ex. qualidade de vida, ansiedade, desespero e depressão) com intervenções focadas diretamente no comportamento suicida, incluindo ideação durante o tratamento. Os resultados das intervenções não tiveram diferença significativa, e demonstrou um tamanho de efeito importante (d de Cohen = 0,97). A diferença não foi significativa no *follow up* estendido, mas ainda manteve um tamanho de efeito de 0,47. A relevância clínica das intervenções diretas foi enfatizada por este tamanho de efeito.

Cuijpers et al. [14] em uma metanálise que incluiu 13 estudos com 616 pacientes analisaram o efeito de intervenções psicoterápicas para depressão em relação a desesperança, depressão e risco de suicídio. Resultados de 3 estudos de psicoterapia em pacientes deprimidos associados a risco de suicídio também foram incluídos. Esta metanálise não encontrou diferença significativa da psicoterapia na ideação suicida e o resultado para risco de suicídio foi pequeno ($g = 0.12$; 95% IC 0.20-0.44). Esses resultados devem ser interpretados com precaução, considerando que a cognição (como o viés de atenção) é um possível alvo terapêutico em pacientes com ideação suicida. Entretanto, o fenótipo suicida é bastante heterogêneo assim como há diferenças no funcionamento cognitivo e em traços de personalidade [15]. A inclusão de sujeitos com baixo risco de suicídio também é uma razão para enviesar o resultado destes estudos. São necessários estudos futuros capazes de diferenciar categorias homogêneas de acordo com preditores de resposta à psicoterapia [14].

Farmacoterapia

Intervenções farmacológicas para comportamento suicida e seus níveis de evidência são apresentados no [Quadro 3](#). Detalhes serão discutidos a seguir.

Antidepressivos

Como discutido na parte 1 desta diretriz [2], o risco de suicídio pode aumentar na fase inicial do tratamento com antidepressivos. Porém, essa informação deve ser analisada cuidadosamente. Em primeiro lugar, devemos ter conhecimento que existe um aumento do risco de suicídio para pacientes não tratados que apresentem sintomas depressivos graves quando comparados aos tratados [17]. Além disso, o aumento do risco de suicídio na fase inicial do tratamento, pode estar relacionado com a piora transitória inicial, e essa piora acontece em um número pequeno de pacientes tratados [18]. Embora alguns estudos indiquem risco de suicídio em determinados grupos, outros demonstram proteção com a abordagem medicamentosa [18, 19]. Nos primeiros dias de tratamento o risco pode ser alto, mas que podem, com intervenções educacionais, supervisão e psicoterapia, se tornam menores e passíveis de serem minimizados [19].

Em uma metanálise, fluoxetina e venlafaxina reduziram comportamento suicida a longo prazo em pacientes adultos e idosos. A gravidade do quadro depressivo, em pacientes de qualquer idade, diminuiu com o uso das medicações. Portanto, a evidência de aumento de risco de suicídio em jovens com tratamento foi inconclusiva [2, 20]. As evidências que apoiam uma relação causal entre o suicídio em crianças e o uso de antidepressivos foram fracas em outro estudo. A introdução de fontes de variabilidade com potencial significância e a utilização da verificação de sensibilidade nas avaliações das consequências dos fundamentos do modelo, bem como do seu impacto nas decisões regulatórias relevantes, foram possibilitadas pela utilização de modelos hierárquicos bayesianos [21].

Na publicação do Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT, 2016) foi reportado que estudos observacionais com diferentes antidepressivos não evidenciou mudanças no risco de suicídio [22]. Na população adolescente desses estudos observacionais, tentativas de suicídio e risco de suicídio quase dobraram com o uso de inibidores seletivos da recaptação da serotonina (razão de chances = 1,92), porém devemos considerar que apenas os adolescentes gravemente adoecidos receberam tratamento com antidepressivos, o que pode ter sido um viés nesta amostra populacional. No entanto, devemos ter cautela ao prescrever para este grupo etário [2, 22]. De toda forma, a melhor maneira de reduzir o número de tentativas de suicídio, ou mesmo dos suicídios, é o tratamento. Com a ressalva que quando prescrito os antidepressivos,

devemos ter maior vigilância nos primeiros 30 dias de tratamento, principalmente em populações mais jovens [1 – 3].

Clozapina e Outros Antipsicóticos

A clozapina foi estudada para comportamento suicida em pacientes com esquizofrenia. Em comparação com um grupo que recebeu olanzapina, o grupo clozapina necessitou de menos hospitalizações para evitar tentativas de suicídio [23], e sintomas de esquizofrenia e psicoses semelhantes foram diminuídos quando tratados com clozapina em comparação com outros agentes [23, 24].

Outros antipsicóticos têm indicações fracas para depressão com sintomas psicóticos, como aripiprazol; olanzapina e risperidona para esquizofrenia, transtorno esquizoafetivo ou transtorno esquizofreniforme; e quetiapina mais lítio para depressão bipolar [25].

Como as evidências ainda são contraditórias, é importante enfatizar que o foco deve sempre ser alcançar a remissão dos sintomas do transtorno subjacente, especialmente naqueles em que o comportamento suicida surge durante um episódio de exacerbação [1 – 3].

O tratamento medicamentoso focado em protocolos para doenças mentais deve ser uma das prioridades no monitoramento de um paciente com comportamento suicida. Estratégias preventivas são importantes, mas não devem sobrepujar a doença subjacente. Portanto, é sempre recomendado que protocolos específicos para cada diagnóstico sejam utilizados, especialmente para transtornos do humor [26].

Cetamina/Escetamina

A cetamina pareceu reduzir rapidamente a ideação suicida. Os tamanhos dos efeitos foram moderados a grandes em qualquer momento após uma única dose (Cohen's $d = 0,51-0,85$). Em comparação com placebo ou midazolam, a cetamina diminuiu significativamente os escores de suicidalidade nas escalas *Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale* ([MADRS](#)), *Hamilton Depression Rating Scale* ([HAM-D](#)) e *Quick Inventory of Depressive Symptomatology-Self Report* ([QIDS-SR](#)), mesmo após ajuste para mudanças na severidade dos sintomas depressivos [27]. Bartoli et al. relataram que uma dose única de cetamina em pacientes com transtornos de humor pode diminuir a ideação suicida; no entanto, sua análise foi restrita a estudos de braço único [28].

Embora a eficácia da cetamina/escetamina no comportamento suicida seja baseada em algumas evidências em pacientes com depressão (unipolar ou bipolar), esses dados ainda são preliminares e vêm de estudos com um pequeno número de pacientes. Além disso, a cetamina/escetamina ainda era um tratamento off-label e experimental até a conclusão da diretriz [1, 22, 29].

Entretanto, em 06/11/2020 a Agência Nacional de Vigilância Sanitária ([Anvisa](#)) aprovou o cloridrato de escetamina para uso intranasal com as seguintes indicações [16]: Transtorno Depressivo Maior em adultos que não tenham respondido adequadamente a pelo menos dois antidepressivos diferentes com dose e duração adequadas para tratar o atual episódio depressivo moderado a grave (depressão resistente ao tratamento) em combinação com antidepressivos orais (tais como ISRS – Inibidores seletivos da recaptação de serotonina e ISRSN – Inibidores da recaptação de serotonina e norepinefrina); em conjunto com terapia antidepressiva oral, para a rápida redução dos sintomas depressivos em pacientes adultos com Transtorno Depressivo Maior com comportamento ou ideação suicida aguda. Na aprovação há ainda a informação de que não foi demonstrada efetividade da escetamina na prevenção do suicídio ou na redução da ideação ou comportamento suicida [16].

É importante mencionar uma pesquisa que observou a eficácia comparativa da cetamina racêmica e da escetamina para depressão. Após avaliar 24 ensaios representando 1.877 participantes foram agrupados os autores concluíram que a cetamina intravenosa parece ser mais eficaz que a escetamina intranasal no tratamento da depressão [30]. Reforçamos ainda que o uso da escetamina intravenosa no Brasil até o momento é off-label.

Por fim, outro problema que deve ser considerado é que não há evidência de melhora sustentada com o tratamento com cetamina/escetamina; ou seja, não se sabe por quanto tempo a resposta estará presente. Portanto, não recomendamos o uso rotineiro da cetamina na prática clínica [1].

Lítio

Em um estudo realizado por Cipriani et al, mostrou-se uma maior eficiência do lítio sobre o placebo na diminuição do número de suicídios, bem como mortes por qualquer causa. Nos atos parasuicidas (autolesão), não houve

redução quando o uso do lítio foi comparado ao do placebo. No entanto, o lítio tem sido associado a uma redução no risco de suicídio e a um menor número de mortes quando comparado ao placebo no tratamento da depressão unipolar, principalmente a longo prazo [31].

Uma metanálise de Baldessarini et al. [32] sobre o tratamento com lítio em pacientes bipolares, pelo período de 18 meses, encontrou que os riscos de suicídio e tentativas de suicídio foram significativamente reduzidos (aproximadamente 80%). As concentrações sanguíneas de lítio no tratamento a longo prazo geralmente variavam entre 0,50 -0,60 e 0,80-1,00 mEq/L. Alguns pacientes necessitaram de concentrações mais altas, enquanto para outros, concentrações mais baixas foram especialmente bem toleradas [33].

É importante notar que também existem resultados negativos em relação ao lítio, entretanto em amostras heterogêneas [34].

Tranquilização Rápida, Sedação e Agentes Ansiolíticos

Faltam estudos que avaliem a segurança e eficácia de medicamentos sedativos, de tranquilização rápida e até o uso de ansiolíticos no comportamento suicida. Portanto, cada caso deve ser avaliado separadamente [1, 35 - 41].

Embora não existam estudos que indiquem a prática, a tranquilização rápida em ambiente hospitalar ou na sala de emergência deve ser considerada para proteção do paciente em casos de comportamento suicida associado à agitação ou alto risco de suicídio (apenas nas primeiras horas de admissão). Para isso, devem ser usados como referência protocolos prévios para agitação psicomotora [1, 35 - 41].

Como a ansiedade é um fator associado ao suicídio que pode ser modificado, o tratamento pode ter o potencial de diminuir esse risco. Embora os sintomas possam ser mitigados pelo tratamento com benzodiazepínicos a curto prazo, a pesquisa sobre o risco de suicídio com tratamento ansiolítico é bastante limitada [1, 2]. Não foi observada distinção na frequência de comportamento suicida entre indivíduos que receberam agentes ativos e aqueles que receberam placebo; tal medida deve ser considerada no caso de sintomas de ansiedade exacerbados e insônia [1, 42]. No entanto, deve-se ter cuidado ao prescrever esses

medicamentos para uso ambulatorial, pois podem ser utilizados em tentativas de suicídio [1, 2].

Neuromodulação

A terapia eletroconvulsiva (ECT) é eficaz para pacientes gravemente deprimidos (Nível de evidência 1) [1, 43, 44]. Também é recomendada para transtorno bipolar [44, 45], esquizofrenia [45, 46], mulheres grávidas (para depressão e risco de suicídio; para transtornos bipolares e psicóticos) [47, 48], idosos com depressão e doença de Parkinson com depressão [47].

Comparada à psicofarmacoterapia, a ECT exerceu efeitos antissuicidas superiores em pacientes com depressão unipolar [49] (Nível de evidência 3). Embora faltem dados sobre os efeitos antissuicidas superiores da ECT no tratamento de pacientes com outros diagnósticos, a TEC é um tratamento eficaz e uma opção, seja por seu efeito direto no comportamento suicida quanto por seu efeito indireto nos sintomas da doença [29, 43, 45, 48, 50 – 54] (Nível de evidência 3).

A estimulação magnética transcraniana repetitiva (EMTr) é inferior à ECT para depressão com ou sem comportamento suicida; no entanto, tem potencial e alguma eficácia [55] (Nível de evidência 3). Exceto por evidências para o tratamento de sintomas depressivos [44], não há dados específicos para o tratamento do comportamento suicida pela estimulação transcraniana por corrente contínua (ETCC), terapia de convulsão magnética (TCM), estimulação do nervo vago (ENV) ou estimulação cerebral profunda (ECP) [1 – 3].

Conclusão

A intervenção no comportamento suicida é um campo complexo e crucial, exigindo uma abordagem abrangente que inclua avaliação de riscos, intervenções terapêuticas e estratégias de prevenção. As diretrizes desenvolvidas pela Associação Brasileira de Psiquiatria destacam a importância de integrar múltiplas técnicas, como o Plano de Segurança, para aumentar a eficácia das intervenções. Embora existam evidências que sustentem a eficácia de determinadas intervenções, é fundamental reconhecer que as controvérsias e limitações ainda presentes exigem uma contínua investigação científica. A combinação de avaliações de risco, intervenções psicoterapêuticas e farmacológicas, além de estratégias de

promoção da saúde mental, mostrou-se promissora na redução de comportamentos suicidas. O aprimoramento contínuo das estratégias de manejo e a incorporação de novas evidências são essenciais para otimizar a prevenção do suicídio e melhorar os resultados para os pacientes. Investimentos em pesquisas adicionais são necessários para esclarecer abordagens com potencial específico para intervenção e garantir que as práticas sejam baseadas nas melhores evidências disponíveis. Dessa forma, será possível avançar na implementação de políticas públicas eficazes e na promoção de uma melhor saúde mental na população.

Referências

1. Baldaçara L, Grudtner RR, Leite VS, Porto DM, Robis KP, Fidalgo TM, Rocha GA, Diaz AP, Meleiro A, Correa H, Tung TC, Malloy-Diniz L, Quevedo J, Silva AG. Brazilian Psychiatric Association guidelines for the management of suicidal behavior. Part 2. Screening, intervention, and prevention. *Braz J Psychiatry*. 2021;43(5):538-49. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-1108> PMID:33331533
PMCID:PMC8555636
2. Baldaçara L, Rocha GA, Leite VS, Porto DM, Grudtner RR, Diaz AP, Meleiro A, Correa H, Tung TC, Quevedo J, Silva AG. Brazilian Psychiatric Association guidelines for the management of suicidal behavior. Part 1. Risk factors, protective factors, and assessment. *Braz J Psychiatry*. 2021;43(5):525-37. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0994> PMID:33111773
PMCID:PMC8555650
3. Baldaçara L, Weber CAT, Gorender M, Grudtner RR, Peu S, Teles ALS, Passos IC, Quevedo J, Silva AG. Brazilian Psychiatric Association guidelines for the management of suicidal behavior. Part 3. Suicide prevention hotlines. *Braz J Psychiatry*. 2023;45(1):54-61. <https://doi.org/10.47626/1516-4446-2022-2536> PMID:35809251
PMCID:PMC9976911
4. Milner AJ, Carter G, Pirkis J, Robinson J, Spittal MJ. Letters, green cards, telephone calls and postcards: systematic and meta-analytic review of brief contact interventions for reducing self-harm, suicide attempts and suicide. *Br J Psychiatry*. 2015;206(3):184-90. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.147819> PMID:25733570

5. Noh D, Park YS, Oh EG. Effectiveness of telephone-delivered interventions following suicide attempts: a systematic review. Arch Psychiatr Nurs. 2016;30(1):114-9. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.10.012> PMID:26804512
6. Boudreaux ED, Miller I, Goldstein AB, Sullivan AF, Allen MH, Manton AP, Arias SA, Camargo CA Jr. The Emergency Department Safety Assessment and Follow-up Evaluation (ED-SAFE): method and design considerations. Contemp Clin Trials. 2013;36(1):14-24. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2013.05.008> PMID:23707435
PMCID:PMC3979300
7. Stanley B, Brown GK, Currier GW, Lyons C, Chesin M, Knox KL. Brief intervention and follow-up for suicidal patients with repeat emergency department visits enhances treatment engagement. Am J Public Health. 2015;105(8):1570-2. <https://doi.org/10.2105/ajph.2015.302656> PMID:26066951
PMCID:PMC4504270
8. Department of Veterans Affairs (US); Department of Defense (US). VA/DoD clinical practice guidelines: assessment and management of patients at risk for suicide. Washington: VA/DoD; 2013. http://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/srb/VADODCP_SuicideRisk_Full.pdf
9. Baldaçara L, Pettersen AG, Leite VDS, Ismael F, Motta CP, Freitas RA, Fasanella NA, Pereira LA, Barros MEL, Barbosa L, Teles ALS, Palhano R, Guimarães HP, Braga MA, Castaldelli-Maia JM, Bicca C, Gliogliotti A, Marques ACPR, Silva AG. Brazilian psychiatric association consensus for the management of acute intoxication. General management and specific interventions for drugs of abuse. Trends Psychiatry Psychother. 2022. <https://doi.org/10.47626/2237-6089-2022-0571> PMID:36463505
10. Wasserman D, Hoven CW, Wasserman C, Wall M, Eisenberg R, Hadlaczky G, Kelleher I, Sarchiapone M, Apter A, Balazs J, Bobes J, Brunner R, Corcoran P, Cosman D, Guillemin F, Haring C, Iosue M, Kaess M, Kahn JP, Keeley H, Musa GJ, Nemes B, Postuvan V, Saiz P, Reiter-Theil S, Varnik A, Varnik P, Carli V. School-based suicide

prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial. *Lancet*. 2015;385(9977):1536-44.

[https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(14\)61213-7](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(14)61213-7) PMID:25579833

- 11. Crawford MJ, Thomas O, Khan N, Kulinskaya E. Psychosocial interventions following self-harm: systematic review of their efficacy in preventing suicide. *Br J Psychiatry*. 2007;190:11-7.
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.025437> PMID:17197651
- 12. Calati R, Courtet P. Is psychotherapy effective for reducing suicide attempt and non-suicidal self-injury rates? Meta-analysis and meta-regression of literature data. *J Psychiatr Res*. 2016;79:8-20.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.04.003> PMID:27128172
- 13. Meerwijk EL, Parekh A, Oquendo MA, Allen IE, Franck LS, Lee KA. Direct versus indirect psychosocial and behavioural interventions to prevent suicide and suicide attempts: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2016;3(6):544-54.
[https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(16\)00064-x](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(16)00064-x) PMID:27017086
- 14. Cuijpers P, de Beurs DP, van Spijker BA, Berking M, Andersson G, Kerkhof AJ. The effects of psychotherapy for adult depression on suicidality and hopelessness: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2013;144(3):183-90.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.06.025> PMID:22832172
- 15. Silva AG, Malloy-Diniz LF, Garcia MS, Figueiredo CGS, Figueiredo RN, Diaz AP, Palha AP. Cognition as a therapeutic target in the suicidal patient approach. *Front Psychiatry*. 2018;9:31.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00031> PMID:29487542
PMCID:PMC5816899
- 16. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. SPRAVATO ® (cloridrato de escetamina): novo registro. Brasília: ANVISA; 2020.
<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/medicamentos/novos-medicamentos-e-indicacoes/spravato-r-cloridrato-de-escetamina-novo-registo>
- 17. Dold M, Bartova L, Fugger G, Kautzky A, Souery D, Mendlewicz J, Papadimitriou GN, Dikeos D, Ferentinos P, Porcelli S, Serretti A, Zohar J, Montgomery S, Kasper S. Major Depression and the degree

of suicidality: results of the European Group for the Study of Resistant Depression (GSRD). *Int J Neuropsychopharmacol*. 2018;21(6):539-49. <https://doi.org/10.1093/ijnp/pyy009> PMID:29860382 - PMCID:PMC6007240

- 18. Kaminski JA, Bschor T. Antidepressants and suicidality: a re-analysis of the re-analysis. *J Affect Disord*. 2020;266:95-9. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.107> PMID:32056952
- 19. Brent DA. Antidepressants and suicidality. *Psychiatr Clin North Am*. 2016;39(3):503-12. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2016.04.002> PMID:27514302
- 20. Gibbons RD, Brown CH, Hur K, Davis J, Mann JJ. Suicidal thoughts and behavior with antidepressant treatment: reanalysis of the randomized placebo-controlled studies of fluoxetine and venlafaxine. *Arch Gen Psychiatry*. 2012;69(6):580-7. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.2048> PMID:22309973 - PMCID:PMC3367101
- 21. Kaizar EE, Greenhouse JB, Seltman H, Kelleher K. Do antidepressants cause suicidality in children? A Bayesian meta-analysis. *Clin Trials*. 2006;3(2):73-90; discussion 91-8. <https://doi.org/10.1191/1740774506cn139oa> PMID:16773951
- 22. Kennedy SH, Lam RW, McIntyre RS, Tourjman SV, Bhat V, Blier P, Hasnain M, Jollant F, Levitt AJ, MacQueen GM, McInerney SJ, McIntosh D, Milev RV, Müller DJ, Parikh SV, Pearson NL, Ravindran AV, Uher R; CANMAT Depression Work Group. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder: section 3. Pharmacological Treatments. *Can J Psychiatry*. 2016;61(9):540-60. <https://doi.org/10.1177/0706743716659417> PMID:27486148 PMCID:PMC4994790
- 23. Asenjo Lobos C, Komossa K, Rummel-Kluge C, Hunger H, Schmid F, Schwarz S, Leucht S. Clozapine versus other atypical antipsychotics for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;(11):CD006633.

<https://doi.org/10.1002/14651858.cd006633.pub2> PMID:21069690
PMCID:PMC4169186

- 24. Hennen J, Baldessarini RJ. Suicidal risk during treatment with clozapine: a meta-analysis. *Schizophr Res.* 2005;73(2-3):139-45. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2004.05.015> PMID:15653256
- 25. Pompili M, Baldessarini RJ, Forte A, Erbuto D, Serafini G, Fiorillo A, Amore M, Girardi P. Do atypical antipsychotics have antisuicidal effects? A hypothesis-generating overview. *Int J Mol Sci.* 2016;17(10):1700. <https://doi.org/10.3390/ijms17101700> PMID:27727180 - PMCID:PMC5085732
- 26. Lima AF, Miguel SR, Cohen M, Zimmermann JJ, Shansis FM, Cruz LN, Ziegelmann PK, Polanczyk CA, Fleck MP. Effectiveness evaluation of mood disorder treatment algorithms in Brazilian public healthcare patients. *Braz J Psychiatry.* 2018;40(1):26-34. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2016-2147> PMID:28832750 PMCID:PMC6899428
- 27. Wilkinson ST, Ballard ED, Bloch MH, Mathew SJ, Murrough JW, Feder A, Sos P, Wang G, Zarate CA Jr, Sanacora G. The effect of a single dose of intravenous ketamine on suicidal ideation: a systematic review and individual participant data meta-analysis. *Am J Psychiatry.* 2018;175(2):150-8. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.17040472> PMID:28969441 PMCID:PMC5794524
- 28. Bartoli F, Riboldi I, Crocamo C, Di Brita C, Clerici M, Carrà G. Ketamine as a rapid-acting agent for suicidal ideation: a meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev.* 2017;77:232-6. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2017.03.010> PMID:28342764
- 29. Yatham LN, Kennedy SH, Parikh SV, Schaffer A, Bond DJ, Frey BN, Sharma V, Goldstein BI, Rej S, Beaulieu S, Alda M, MacQueen G, Milev RV, Ravindran A, O'Donovan C, McIntosh D, Lam RW, Vazquez G, Kapczinski F, McIntyre RS, Kozicky J, Kanba S, Lafer B, Suppes T, Calabrese JR, Vieta E, Malhi G, Post RM, Berk M. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. *Bipolar*

Disord. 2018;20(2):97-170. <https://doi.org/10.1111/bdi.12609>
PMID:29536616 - PMCID:PMC5947163

30. Bahji A, Vazquez GH, Zarate CA Jr. Comparative efficacy of racemic ketamine and esketamine for depression: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2021;278:542-55. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.071> PMID:33022440
PMCID:PMC7704936
31. Cipriani A, Hawton K, Stockton S, Geddes JR. Lithium in the prevention of suicide in mood disorders: updated systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2013;346:f3646. <https://doi.org/10.1136/bmj.f3646> PMID:23814104
32. Baldessarini RJ, Tondo L, Davis P, Pompili M, Goodwin FK, Hennen J. Decreased risk of suicides and attempts during long-term lithium treatment: a meta-analytic review. *Bipolar Disord.* 2006;8(5 Pt 2):625-39. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2006.00344.x>
PMID:17042835
33. Tondo L, Alda M, Bauer M, Bergink V, Grof P, Hajek T, Lewitka U, Licht RW, Manchia M, Muller-Oerlinghausen B, Nielsen RE, Selo M, Simhandl C, Baldessarini RJ; International Group for Studies of Lithium (IGSLi). Clinical use of lithium salts: guide for users and prescribers. *Int J Bipolar Disord.* 2019;7(1):16. <https://doi.org/10.1186/s40345-019-0151-2> PMID:31328245
PMCID:PMC6643006
34. Riblet NBV, Shiner B, Young-Xu Y, Watts BV. Strategies to prevent death by suicide: meta-analysis of randomised controlled trials. *Br J Psychiatry.* 2017;210(6):396-402. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.187799> PMID:28428338
35. Baldaçara L, Diaz AP, Leite V, Pereira LA, Santos RM, Gomes Júnior VP, Calfat ELB, Ismael F, Périco CAM, Porto DM, Zacharias CEK, Cordeiro Q, Silva AG, Tung TC. Brazilian guidelines for the management of psychomotor agitation. Part 2. Pharmacological approach. *Braz J Psychiatry.* 2019;41(4):324-35. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2018-0177> PMID:30843960
PMCID:PMC6804299

36. Baldaçara L, Ismael F, Leite V, Pereira LA, Santos RM, Gomes Júnior VP, Calfat ELB, Diaz AP, Périco CAM, Porto DM, Zacharias CE, Cordeiro Q, Silva AG, Tung TC. Brazilian guidelines for the management of psychomotor agitation. Part 1. Non-pharmacological approach. *Braz J Psychiatry*. 2019;41(2):153-67. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2018-0163> PMID:30540028 PMCID:PMC6781680
37. Baldaçara L, Ismael F, Leite VS, Figueiredo RNS, Pereira LA, Vasques DAC, Calfat ELB, Rizkalla A, Périco CAM, Porto DM, Zacharias CEK, Santos RM, Gomes Júnior VP, Cordeiro Q, Silva AG, Tung TC, Díaz AP. Diretrizes brasileiras para o manejo da agitação psicomotora: cuidados gerais e avaliação. *Debates Psiquiatr*. 2021;11(1):8-20. <https://doi.org/10.25118/2763-9037.2021.v11.12>
38. Garriga M, Pacchiarotti I, Kasper S, Zeller SL, Allen MH, Vázquez G, Baldaçara L, San L, McAllister-Williams RH, Fountoulakis KN, Courtet P, Naber D, Chan EW, Fagiolini A, Moller HJ, Grunze H, Llorca PM, Jaffe RL, Yatham LN, Hidalgo-Mazzei D, Passamar M, Messer T, Bernardo M, Vieta E. Assessment and management of agitation in psychiatry: expert consensus. *World J Biol Psychiatry*. 2016;17(2):86-128. <https://doi.org/10.3109/15622975.2015.1132007> PMID:26912127
39. Baldaçara L, Pinto FI, Leite VS, Figueiredo RNS, Pereira LA, Vasques DAC, Calfat ELB, Riskalla A, Périco CAM, Porto DM, Zacharias CEK, Santos RM, Gomes Júnior VP, Cordeiro Q, Silva AG, Teng TC, Díaz AP. Diretrizes brasileiras para o manejo da agitação psicomotora: abordagem farmacológica 1 - tranquilização rápida. *Debates Psiquiatr*. 2021;11(1):28-35. <https://doi.org/10.25118/2763-9037.2021.v11.11>
40. Baldaçara L, Ismael F, Leite VS, Figueiredo RNS, Pereira LA, Vasques DAC, Calfat ELB, Riskalla A, Périco CAM, Porto DM, Zacharias CEK, Santos RM, Gomes Júnior VP, Cordeiro Q, Silva AG, Teng TC, Díaz AP. Diretrizes brasileiras para o manejo da agitação psicomotora: tranquilização rápida 2 - combinações e grupos especiais. *Debates Psiquiatr*. 2021;11(1):38-58. <https://doi.org/10.25118/2763-9037.2021.v11.14>

41. Baldaçara L, Ismael F, Leite VS, Figueiredo RNS, Pereira LA, Vasques DAC, Calfat ELB, Riskalla A, Périco CAM, Porto DM, Zacharias CEK, Santos RM, Gomes Júnior VP, Cordeiro Q, Silva AG, Teng TC, Díaz AP. Diretrizes brasileiras para o manejo da agitação psicomotora: técnicas de comunicação e contenção física. *Debates Psiquiatr.* 2021;11(1):22-7. <https://doi.org/10.25118/2763-9037.2021.v11.13>
42. Work Group on Suicidal Behaviors. Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. In: Association AP, ed. Arlington:2003.
43. Kho KH, van Vreeswijk MF, Simpson S, Zwinderman AH. A meta-analysis of electroconvulsive therapy efficacy in depression. *J ECT.* 2003;19(3):139-47. <https://doi.org/10.1097/00124509-200309000-00005> PMID:12972983
44. Milev RV, Giacobbe P, Kennedy SH, Blumberger DM, Daskalakis ZJ, Downar J, Modirrousta M, Patry S, Vila-Rodriguez F, Lam RW, MacQueen GM, Parikh SV, Ravindran AV; CANMAT Depression Work Group. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder: section 4. neurostimulation treatments. *Can J Psychiatry.* 2016;61(9):561-75. <https://doi.org/10.1177/0706743716660033> PMID:27486154
PMCID:PMC4994792
45. Rosenquist PB, Youssef NA, Surya S, McCall WV. When all else fails: the use of electroconvulsive therapy for conditions other than major depressive episode. *Psychiatr Clin North Am.* 2018;41(3):355-71. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.04.002> PMID:30098650
46. Zheng W, Cao XL, Ungvari GS, Xiang YQ, Guo T, Liu ZR, Wang YY, Forester BP, Seiner SJ, Xiang YT. Electroconvulsive therapy added to non-clozapine antipsychotic medication for treatment resistant schizophrenia: meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS One.* 2016;11(6):e0156510. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0156510> PMID:27285996
PMCID:PMC4902215

47. Hermida AP, Glass OM, Shafi H, McDonald WM. Electroconvulsive therapy in depression: current practice and future direction. *Psychiatr Clin North Am.* 2018;41(3):341-53. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.04.001> PMID:30098649
48. Ward HB, Fromson JA, Cooper JJ, Oliveira G, Almeida M. Recommendations for the use of ECT in pregnancy: literature review and proposed clinical protocol. *Arch Womens Ment Health.* 2018;21(6):715-22. <https://doi.org/10.1007/s00737-018-0851-0> PMID:29796968
49. Liang CS, Chung CH, Ho PS, Tsai CK, Chien WC. Superior anti-suicidal effects of electroconvulsive therapy in unipolar disorder and bipolar depression. *Bipolar Disord.* 2018;20(6):539-46. <https://doi.org/10.1111/bdi.12589> PMID:29227012
50. Methfessel I, Sartorius A, Zilles D. Electroconvulsive therapy against the patients' will: a case series. *World J Biol Psychiatry.* 2018;19(3):236-42. <https://doi.org/10.1080/15622975.2017.1293296> PMID:28299981
51. Grover S, Sahoo S, Rabha A, Koirala R. ECT in schizophrenia: a review of the evidence. *Acta Neuropsychiatr.* 2019;31(3):115-27. <https://doi.org/10.1017/neu.2018.32> PMID:30501675
52. Phutane VH, Thirthalli J, Kesavan M, Kumar NC, Gangadhar BN. Why do we prescribe ECT to schizophrenia patients? *Indian J Psychiatry.* 2011;53(2):149-51. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.82544> PMID:21772648 - PMCID:PMC3136018
53. Petrides G, Fink M, Husain MM, Knapp RG, Rush AJ, Mueller M, Rummans TA, O'Connor KM, Rasmussen KG Jr, Bernstein HJ, Biggs M, Bailine SH, Kellner CH. ECT remission rates in psychotic versus nonpsychotic depressed patients: a report from CORE. *J ECT.* 2001;17(4):244-53. <https://doi.org/10.1097/00124509-200112000-00003> PMID:11731725
54. Fink M, Kellner CH, McCall WV. The role of ECT in suicide prevention. *J ECT.* 2014;30(1):5-9. <https://doi.org/10.1097/yct.0b013e3182a6ad0d> PMID:24091903

55. Keshtkar M, Ghanizadeh A, Firoozabadi A. Repetitive transcranial magnetic stimulation versus electroconvulsive therapy for the treatment of major depressive disorder, a randomized controlled clinical trial. J ECT. 2011;27(4):310-4.
<https://doi.org/10.1097/yct.0b013e318221b31c> PMID:22080240

Ponto no Tempo e Objetivos
Semana 1 <ul style="list-style-type: none">• Explicar o programa e estabelecer vínculo• Obter o histórico (comportamento psiquiátrico e suicida)• Avaliar o status (risco de suicídio, estado psiquiátrico, cuidadores)• Se necessário, desenvolver/revisar o Plano de Segurança• Trabalhar na construção de valores e iniciar uma vida baseada em valores
Semana 2 <ul style="list-style-type: none">• Avaliar o status (risco de suicídio, sintomas psiquiátricos e identificar prestadores de tratamento e adesão)• Se necessário, revisar o Plano de Segurança• Continuar a discussão de uma vida baseada em valores• Ajudar a desenvolver um "Plano de Vida" para monitorar e reduzir ou eliminar os potenciais fatores de risco identificados• Enfatizar a importância do monitoramento colaborativo e resolução de problemas com pessoas significativas
Semana 3 <ul style="list-style-type: none">• Explicar o programa e estabelecer uma relação• Levantar outras preocupações em relação ao paciente• Realizar uma breve psicoeducação em relação ao suicídio e fatores de risco• Apresentar o Plano de Vida/Segurança a outros
Semanas 4, 10, 22, 34 e 48 <ul style="list-style-type: none">• Avaliar o risco de suicídio e a presença de sintomas psiquiátricos• Revisar o Plano de Segurança e a adesão ao tratamento• Discutir/informalmente resolver problemas identificados
Semanas 8, 20 e 32 <ul style="list-style-type: none">• Revisar outras preocupações e percepções significativas do paciente• Revisar o Plano de Segurança e a adesão ao tratamento• Discutir/informalmente resolver problemas identificados

➤ **Quadro 1.** Recomendações para o acompanhamento dentro do Plano de Segurança [6]

Tipo de Psicoterapia	Indicação	Nível de Evidência	Observação
Psicoterapia	Pacientes com transtorno bipolar, pacientes com depressão, pacientes com transtornos do espectro da esquizofrenia	3	
Psicoterapia psicodinâmica breve	Transtorno de personalidade borderline	5	
Terapia cognitivo-comportamental	Adolescentes	3	Somente presencial. A terapia eletrônica (e-health) não foi encontrada eficaz para reduzir ideação e comportamento suicida em adultos.
	Ideação e comportamento suicida em adultos	3	
	Comportamento suicida em depressão	3	
Intervenções psicossociais e comportamentais diretas	Tentativas de suicídio	3	Intervenções indiretas não alcançaram significância estatística.
Terapia dialética comportamental	Tentativas de suicídio e autoagressão em adolescentes	3	
	Transtorno de personalidade borderline	2	
Terapia interpessoal	Depressão maior não psicótica	3	Inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS) são superiores à terapia interpessoal.
	Adolescentes deprimidos	4	
Terapia baseada em mentalização	Tentativas de suicídio e autoagressão em adolescentes	3	
	Transtorno de personalidade borderline	5	

Abordagens psicodinâmicas	Transtorno de personalidade borderline	2	
---------------------------	--	---	--

↑ **Quadro 2.** Psicoterapias sugeridas para o manejo do comportamento suicida

Medicamento	Indicação	Nível de Evidência	Observação
Antidepressivos			
ISRS	Adultos com depressão	1	Monitoramento rigoroso nos primeiros 30 dias de uso, especialmente em adolescentes.
Venlafaxina	Adultos e pacientes geriátricos com depressão	1	
Antipsicóticos			
Aripiprazol	Depressão com sintomas psicóticos	5	Como adjuvante aos antidepressivos.
Olanzapina	Esquizofrenia, transtorno esquizoafetivo ou esquizofreniforme	4	
Clozapina	Esquizofrenia e psicoses esquizofreniformes	1	Comparada à olanzapina e outros agentes.
Risperidona	Esquizofrenia, transtorno esquizoafetivo ou esquizofreniforme	4	
Quetiapina	Depressão bipolar	4	Como adjuvante ao lítio.

Cetamina/Escetamina			
	Transtorno bipolar	4	Uso off-label.
	Transtorno depressivo maior resistente e transtorno depressivo com risco agudo de suicídio	3	Aprovado pela ANVISA para uso intranasal com indicações precisas [16]. Uso intravenoso off-label.
	Transtornos do espectro de humor e ansiedade	4	Sem evidência de melhora sustentada.
Lítio			
	Transtorno bipolar	1	Concentrações terapêuticas. Atenção aos efeitos colaterais. Risco de uso em tentativa de suicídio.
	Transtorno depressivo maior	1	

📌 **Quadro 3.** Intervenções farmacológicas para o comportamento Suicida

Legenda: **ISRS** = inibidor seletivo da recaptção de serotonina.