



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

**TRABALHO FINAL DO 6º ANO MÉDICO COM VISTA À ATRIBUIÇÃO DO
GRAU DE MESTRE NO ÂMBITO DO CICLO DE ESTUDOS DE MESTRADO
INTEGRADO EM MEDICINA**

MARGARIDA INÊS PIRES DUARTE

***CONDUTAS SUICIDAS NO DOENTE COM
ESQUIZOFRENIA***

ARTIGO DE REVISÃO

ÁREA CIENTÍFICA DE PSIQUIATRIA

**TRABALHO REALIZADO SOB A ORIENTAÇÃO DE:
PROFESSOR DR. CARLOS BRAZ SARAIVA
DR. CLÁUDIO LAUREANO**

MAIO/2011

**CONDUTAS SUICIDAS NO DOENTE
COM ESQUIZOFRENIA**

ARTIGO DE REVISÃO

Margarida Inês Pires Duarte

Médica Interna de Formação Específica de Psiquiatria do
Hospital de Santo André, Leiria

Maio 2011

margarida.ines.duarte@gmail.com

INTRODUÇÃO

A Esquizofrenia é uma doença psiquiátrica que afecta aproximadamente 1% da população mundial (Carlborg *et al.*, 2010), podendo tornar-se uma doença devastadora na medida em que o doente pode perder o seu caminho e aspirações, os amigos, os seus papéis sociais e vocacionais, a sua produtividade, o respeito por si próprio e o respeito por parte dos outros (Siris, 2001).

Morel (1809-1873), denominou como “Demência precoce” o quadro clínico que hoje se conhece como Esquizofrenia. Posteriormente Kraepelin (1856-1926) agrupou vários quadros já descritos (hebefrenia por Hecker, catatonia por Kahlbaum) sob o conceito de "Demência Precoce", dando ênfase aos sintomas cognitivos e à evolução deteriorante a que a doença conduzia, contribuindo também para a distinção da psicose maníaco-depressiva e da parafrenia. Bleuler (1857-1939) introduz o "grupo das Esquizofrenias", dá menor importância à evolução da doença, centrando-se antes nos sintomas presentes na avaliação do doente, defendendo os sintomas fundamentais conhecidos como os “quatro As” da Esquizofrenia: autismo, ambivalência, embotamento afectivo, perda de associação de ideias. Os outros sintomas seriam acessórios, sendo também encontrados em outras perturbações (delírios, alucinações). Schneider (1887-1967) falou sobre os sintomas de 1ª ordem, causados directamente pelo processo esquizofrénico (percepção delirante, alucinações auditivo-verbais que dialogam entre si ou comentam o doente, alienação do pensamento, vivências de influência corporal, com influência de sentimentos ou acções) e os sintomas de 2ª ordem, reacções ao processo mórbido (delírio, perplexidade, empobrecimento dos afectos, distímias, erros sensoriais).

Em consenso sabe-se hoje que a Esquizofrenia é caracterizada por sintomas que afectam o pensamento do doente, o discurso, os afectos, os comportamentos e a senso-percepção. Actualmente são utilizados amplamente os critérios diagnósticos de Esquizofrenia estabelecidos de acordo com os dois sistemas de classificação de maior referência na área das doenças mentais, sendo estes os da Organização Mundial de Saúde – *CID 10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde* (1992) (tabela I) e os critérios da Associação Americana de Psiquiatria – *DSM IV TR Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (2002) (tabela II).

Tabela I: Critérios diagnósticos de Esquizofrenia de acordo com *CID 10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde* (Organização Mundial de Saúde, 1992)

Critérios de Diagnóstico para Esquizofrenia

A: Pelo menos um dos sintomas e sinais dos listados abaixo em (1) (ou dois se são menos claros) ou pelo menos dois dos sintomas e sinais listados no item (2) devem estar claramente presentes durante a maior parte do tempo de um período de pelo menos um mês.

(1) Pelo menos um dos seguintes:

- a) Eco de pensamento, inserção ou roubo de pensamento ou irradiação de pensamento
 - b) Delírios de controlo, influência ou passividade, claramente relacionados ao corpo ou movimentos dos membros ou pensamentos específicos, acções ou sensações, percepção delirante
-

- c) Vozes alucinatórias comentadoras do comportamento do doente ou discutindo entre si ou outros tipos de alucinações auditivo-verbais vindas de alguma parte do corpo
- d) Delírios persistentes de outros tipos, culturalmente inapropriados e completamente impossíveis, tais como identidade religiosa ou política, poderes ou capacidades sobre-humanas (ex. ser capaz de controlar o tempo ou comunicar com seres alienígenas).
- (2) Ou pelo menos dois dos seguintes:
- e) Alucinações persistentes de qualquer modalidade, quando acompanhadas por delírios “superficiais ou parciais”, sem claro conteúdo afectivo, ou quando acompanhadas por ideias sobrevalorizadas persistentes ou quando ocorrem todos os dias durante semanas ou meses continuamente
- f) Neologismos, quebras ou interpolação no curso do pensamento, resultando em discurso incoerente ou irrelevante
- g) Comportamento catatónico, tal como excitação, postura inadequada ou flexibilidade cêrea, negativismo, mutismo e estupor
- h) Sintomas "negativos" como apatia marcada, pobreza de discurso e embotamento ou incongruência de respostas emocionais, usualmente resultando em isolamento social e diminuição do desempenho social (não são devidas a depressão ou medicação neuroléptica).

B: O diagnóstico de Esquizofrenia não deve ser feito na presença de sintomas depressivos ou maníacos nítidos, a menos que seja claro que os sintomas esquizofrénicos precederam o transtorno afectivo.

C: A Esquizofrenia não deve ser diagnosticada na presença de doença cerebral clara ou durante estados de intoxicação ou abstinência de drogas.

Tipos: Paranóide, Hebefrénica, Catatónica, Indiferenciada, Residual, Simples, Outra Esquizofrenia, Esquizofrenia não especificada

Tabela II: Critérios diagnósticos de Esquizofrenia de acordo com o *DSM IV TR Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (Associação Americana de Psiquiatria, 2002)

Critérios de Diagnóstico para Esquizofrenia

A. Sintomas característicos: dois ou mais dos seguintes, cada um presente por tempo significativo durante um mês (ou menos, se tratados com êxito):

Ideias delirantes

Alucinações

Discurso desorganizado

Comportamento amplamente desorganizado ou catatónico

Sintomas negativos - embotamento afectivo, alogia ou avolição

Só é necessário um sintoma do critério A se os delírios são considerados bizarros ou as alucinações consistem em voz comentadora do comportamento ou pensamento da pessoa ou duas ou mais vozes dialogando entre si.

B. Disfunção social/ocupacional: Por um período significativa do tempo desde o início da perturbação, uma ou mais áreas importantes do funcionamento, tais como trabalho, relações interpessoais ou o cuidado com o próprio, estão acentuadamente abaixo do nível alcançado antes do início.

C. Duração: Sinais contínuos da perturbação persistem por pelo menos seis meses. Este período de seis meses deve incluir pelo menos um mês de sintomas (ou menos, se os sintomas desapareceram com o tratamento) que

preencham o critério A e podem estar incluídos períodos de sintomas prodrómicos ou residuais.

D. Exclusão de Perturbação Esquizoafectiva ou do Humor com características psicóticas por: não terem ocorrido simultaneamente com os sintomas de fase activa os episódios de Depressão Major, Maníacos ou Mistos ou caso os episódios de humor tenham ocorrido durante os sintomas de fase activa, mas a sua duração total tenha sido mais curta do que a duração dos períodos activos e residuais.

E. Exclusão de perturbações relacionadas com substâncias/estados físicos gerais.

F. Relação com uma Perturbação Global do Desenvolvimento: o diagnóstico adicional de Esquizofrenia só é realizado se estiverem presentes ideias delirantes ou alucinações proeminentes pelo período mínimo de um mês (ou menos, se tratados com êxito).

Tipos: Paranóide, Desorganizado, Catatónico, Indiferenciado, Residual

A etiopatogenia da Esquizofrenia não é conhecida actualmente, mas as evidências disponíveis afirmam que estarão envolvidas inter-relações complexas de vários factores, nomeadamente genéticos e neurobiológicos, hoje cada vez mais em estudo, ambientais e sociais.

No que respeita à mortalidade geral, a Esquizofrenia está associada a taxas de mortalidade que são duas a três vezes superiores às observadas na população geral. De acordo com Seeman (2007), a esperança média de vida da população geral nos Estados Unidos da

CONDUTAS SUICIDAS NO DOENTE COM ESQUIZOFRENIA

América é 76 anos (72 anos para os homens e 80 anos para as mulheres), sendo 61 anos o correspondente para a população com esquizofrenia (57 anos para os homens e 65 anos para as mulheres). Em outras palavras, os doentes com Esquizofrenia têm uma esperança média de vida 20% menor que a população geral. Este excesso nas taxas de mortalidade nos doentes com Esquizofrenia tem sido justificado por uma combinação do risco de suicídio aumentado nestes doentes e, em cerca de dois terços, pelo número elevado de mortes por causas naturais (Auquier *et al.*, 2006). De facto, o início da doença pode resultar numa cascata de estilos de vida não saudáveis que aumentam o risco de várias patologias orgânicas que conduzem, por sua vez, ao aumento do risco de morte. Além disso os doentes com Esquizofrenia tendem a consumir menos cuidados de saúde gerais e a aderir menos aos tratamentos sugeridos (Saha *et al.*, 2007). Dentro das causas naturais para esse excesso de mortalidade estão os estilos de vida não saudáveis referidos, os polifármacos e seus efeitos adversos (aumento de peso, síndrome metabólica) e cuidados de saúde inadequados (Auquier *et al.*, 2006). Por exemplo, as taxas de obesidade, tabagismo, hipertensão, diabetes e dislipidémia são superiores no grupo dos doentes com Esquizofrenia, relativamente à população geral, assim como a taxa de mortalidade por doenças cardiovasculares e respiratórias (Tandom, 2005), endócrinas, do sistema digestivo e nervoso (Seeman, 2007). Saha *et al.* (2007) referem que os doentes com Esquizofrenia não beneficiaram na mesma medida com as melhorias dos cuidados de saúde disponíveis actualmente para a população geral. Desta forma torna-se claramente necessária uma abordagem sistemática de monitorização e tratamento das comorbilidades orgânicas destes doentes, assim como dos efeitos secundários adversos das medicações instituídas, olhando o indivíduo como um todo completo e não apenas como um doente portador de uma doença mental como é a Esquizofrenia.

Dentro das causas de morte não naturais, além do suicídio, também os acidentes são mais comuns nos indivíduos com diagnóstico de Esquizofrenia (Carlborg *et al.*, 2010).

O suicídio, e não apenas no contexto de doentes com Esquizofrenia, é dos comportamentos do ser humano que mais intriga o Homem, seja este familiar, amigo, vizinho ou o médico de quem o cometeu, cursando com enormes repercussões pessoais e sociais. À medida que se lê, que se estuda, que se procura saber um pouco mais sobre o tema das condutas suicidas, maior é a percepção que se trata de todo um mundo muito abrangente, não fácil de se abordar ou tentar compreender. Na sua base estarão interacções complexas entre factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociais, ambientais e culturais.

Suicídio, do latim “*sui*” (próprio) e “*caedere*” (matar), é o acto intencional de se matar a si mesmo. O sociólogo francês Durkheim (1897), pioneiro na abordagem do suicídio numa vertente social, considerou o suicídio como todo o caso de morte que resulta directa ou indirectamente de um acto positivo ou negativo, praticado pelo próprio indivíduo, conhecendo este o seu efeito letal. Ainda Jean Baechler (1975), define suicídio como um comportamento que busca e encontra solução para um problema existencial que atenta contra a vida do sujeito. Shneidman (1984), considerado o pai da suicidologia, refere que é a cessação completa da consciência de uma dor psicológica insuportável o que o indivíduo suicida procura, ao invés da sua morte ou a própria destruição, afirmando que não é anormal pensar acerca do suicídio, excepto se encarado como única solução possível. Dessa forma, reduzindo o nível de sofrimento, o indivíduo escolherá viver.

Importa ressaltar que as condutas suicidas não se limitam à morte por suicídio, englobando na verdade todo um espectro amplo e complexo de comportamentos que se aproximam do sentido morte, mas através de múltiplas e diferentes direcções. É necessário que se estabeleça rigor na definição e utilização dos vários termos relacionados com a suicidologia, não apenas pela importância que tal assume em contextos clínicos, mas também para o desenvolvimento correcto de projectos de investigação nesta área.

CONDUTAS SUICIDAS NO DOENTE COM ESQUIZOFRENIA

De acordo com o “*Practice Guideline For The Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors*” (Associação Americana de Psiquiatria, 2003), apresentam-se algumas definições:

Tabela III: Algumas definições em suicidologia (adaptado de Associação Americana de Psiquiatria, 2003)

Suicídio	Morte auto-infligida com evidência (explícita ou implícita) de que a pessoa tinha intenção de morrer
Tentativa de suicídio	Comportamento auto-agressivo com resultado não fatal acompanhado por evidência (explícita ou implícita) de que a pessoa tinha intenção de morrer
Tentativa de suicídio interrompida	Comportamento potencialmente auto-agressivo com evidência (explícita ou implícita) de que a pessoa tinha intenção de morrer, mas interrompeu a tentativa antes de ocorrer o dano
Ideação suicida	Pensamentos de ser o agente da sua própria morte. Varia em severidade dependendo da especificidade dos planos suicidas e do grau de intenção suicida
Intenção suicida	Expectativa subjectiva e desejo de que um acto auto-lesivo resulte em morte

O suicídio, com uma incidência ao longo da vida da população geral de 1%, está entre as principais causas de morte prematura a nível mundial e estima-se que aproximadamente 1 milhão de pessoas morrem por suicídio cada ano, sendo 10 a 20 vezes mais o número de pessoas que o tentam, de acordo com a informação da Organização Mundial de Saúde.

CONDUTAS SUICIDAS NO DOENTE COM ESQUIZOFRENIA

Portugal, de acordo com os dados disponíveis (www.spsuicidologia.pt), apresentou em 2008 9,8 suicídios por cada 100.000 habitantes, sendo aproximadamente o dobro do valor na última década do século XX.

As taxas de suicídio variam com múltiplos factores como a região do mundo, sexo, idade e ainda as práticas do registo de óbitos, que conduzem a subestimativas das taxas de suicídio como nos alertam muitos investigadores.

Através de autópsias psicológicas, método fundamental no estudo das condutas suicidárias, tem sido estimado que mais de 90% das pessoas que morrem por suicídio, têm uma perturbação psiquiátrica diagnosticável no momento da morte, sendo que cerca de 60% dos suicídios ocorreram em contexto de perturbações depressivas. Em Portugal, Costa-Santos (1999) refere a existência de doença mental em 66% de uma amostra de suicidas da área de Lisboa (Gil, 2006). Além da Depressão, outras perturbações psiquiátricas com alto risco de suicídio incluem a Esquizofrenia, Perturbações de Personalidade, Alcoolismo e outras perturbações relacionadas com o uso de substâncias (Bertolote *et al.*, 2004; Saraiva, 2006; Carlborg *et al.*, 2010).

Tem-se verificado que nos últimos anos, vários têm sido os estudos desenvolvidos e publicados no sentido de conhecer e tentar compreender o que conduz os indivíduos a comportamentos suicidários. Encontram-se assim várias publicações de estudos desenvolvidos em populações específicas como sejam os adolescentes ou doentes com Perturbações Depressivas, como exemplos. Na prática clínica, ao estimar o grau de risco de suicídio do doente, o médico vai guiando a sua decisão acerca das medidas de segurança imediatas e o contexto terapêutico mais adequado. Identificar os diagnósticos de alto risco e os factores de risco modificáveis, ajuda a estabelecer objectivos e a clarificar planos terapêuticos a curto e longo prazos.

CONDUTAS SUICIDAS NO DOENTE COM ESQUIZOFRENIA

No que respeita à doença Esquizofrénica, o suicídio é um problema grave que deve ser encarado como uma questão fundamental no tratamento desta patologia. Alguns trabalhos têm sido realizados no sentido de conhecer os factores associados a um maior risco de suicídio nesta população de doentes. Sobre esses factores de risco serão feitas em seguida considerações mais detalhadas. Embora menos estudados, deve ser feita referência a alguns factores considerados protectores de condutas suicidárias, na medida que podem contribuir para a redução do risco de comportamentos suicidários nos doentes com Esquizofrenia (tabela IV).

Tabela IV: Factores protectores de suicídio em indivíduos com Esquizofrenia (adaptado de Pompili *et al.*, 2004 e Carlborg *et al.*, 2010)

Adesão à terapêutica
Terapêutica com antipsicóticos
Adequada terapêutica antidepressiva
Sessões regulares de terapia familiar
Suporte familiar/social
Possibilidade de conversar sobre a sua intenção suicida
História familiar negativa para tentativa de suicídio
Suporte e programas terapêuticos pós-alta hospitalar
Programas de prevenção de abuso de substâncias
Possibilidade de trabalhar e de realizar tarefas agradáveis
Esquizofrenia de tipo não Paranóide
Treino no desenvolvimento de competências sociais e cognitivas

CONDUTAS SUICIDAS NO DOENTE COM ESQUIZOFRENIA

Acesso limitado aos meios de suicídio
Ausência de estigmatização
Ambiente ajustado às necessidades do doente
Bem-estar psicológico com poder de decisão e relações inter-pessoais

OBJECTIVOS

Com o presente trabalho de revisão pretende-se conhecer os dados disponíveis actualmente acerca dos comportamentos suicidários nos doentes com diagnóstico de Esquizofrenia. Especificamente, pretende-se descrever os múltiplos factores envolvidos nas condutas suicidárias na população desses doentes, assim como as suas inter-relações. De facto, os clínicos podem usar a avaliação do risco de suicídio dos doentes para ajudar a determinar o mais adequado plano terapêutico para cada doente. É ainda objectivo conhecer o ponto da situação actual das várias facetas de uma abordagem terapêutica abrangente e multidisciplinar, no sentido da prevenção dos comportamentos suicidários dos doentes com Esquizofrenia, incorporando terapêutica psicofarmacológica, bem como intervenções psicossociais.

Nesse sentido foi realizada uma pesquisa bibliográfica, essencialmente através da base de dados da *PubMed*, dando ênfase à actualidade e à relevância da informação de diversos trabalhos científicos. Foi também recolhida informação de alguns trabalhos de autores que, ao longo de muitos anos, se têm dedicado à temática do suicídio nos doentes com Esquizofrenia.

Por fim, em anexo, apresenta-se uma “Sugestão de Guia para Apoio Clínico na Avaliação do Risco de Condutas Suicidárias no Doente com Diagnóstico de Esquizofrenia”, baseado no conhecimento sobre os factores de risco descritos em seguida. Deve ser utilizado apenas como um guia de ajuda durante a avaliação do doente com Esquizofrenia, nomeadamente do risco de condutas suicidárias, podendo contribuir como um auxiliar para o

CONDUTAS SUICIDAS NO DOENTE COM ESQUIZOFRENIA

clínico e também para a decisão acerca das melhores estratégias de tratamento e prevenção a adoptar para cada doente.

DESENVOLVIMENTO

1 Epidemiologia

Bleuler em 1911 descreveu as condutas suicidas como “o mais sério dos sintomas esquizofrénicos”. Também Kraepelin (1971) reconheceu a problemática do suicídio nestes doentes afirmando que “o suicídio, especialmente no primeiro período da doença, não é incomum e ocorre por vezes sem uma causa reconhecível...”. Como disse Baechler “o suicídio aparece ao doente como uma solução lógica e racional para o problema da loucura”. De facto, o suicídio é a principal causa de morte prematura nos doentes com Esquizofrenia (Fenton *et al.*, 1997; Pompili *et al.*, 2004).

Quando doentes com Esquizofrenia são comparados com a população geral, os primeiros apresentam um risco de suicídio de cerca de dez vezes superior (Auquier *et al.*, 2006), embora alguns autores apresentem um risco de doze vezes superior (Saha *et al.*, 2007) ou até vinte e cinco vezes superior (Meltzer, 2001). Relativamente à ideação suicida nestes doentes, vários estudos mostram taxas de prevalência de 40-50%, de tentativas de suicídio de 20-50% e de suicídio variando entre 4,9% (Auquier *et al.*, 2006) e 13% (Meltzer, 2002; Pompili *et al.*, 2004), consoante os autores, aceitando-se como taxa média 10% (Siris, 2001). A taxa de suicídio anual em doentes com Esquizofrenia varia entre 147 a 750/100.000 habitantes (Vicente *et al.*, 2001).

Não apenas a taxa de tentativas de suicídio é maior na população de doentes com Esquizofrenia relativamente à população geral, como também a potencial letalidade dos métodos utilizados, que é mais grave no caso dos doentes, originando maior probabilidade de resultar em morte, sugerindo assim uma menor ambivalência e maior intencionalidade. Como métodos frequentemente utilizados por estes doentes estão os saltos de edifícios altos, para ferrovias, enforcamento e afogamento (Pompili *et al.*, 2004; Tandon, 2005), apesar do método mais utilizado por estes doentes ser a intoxicação medicamentosa para ambos os sexos (Vicente *et al.*, 2001). Apesar das elevadas taxas de suicídio nesta população de doentes, investigadores que realizaram estudos em serviços de Psiquiatria, referem falta de medidas preventivas das condutas suicidárias nestes casos (Pompili *et al.*, 2004).

2 Factores de risco de suicídio na Esquizofrenia

A identificação dos factores que se associam a um maior risco de comportamentos suicidários nos doentes com Esquizofrenia é fundamental. De facto, até ao presente, parece ser o melhor meio que o clínico possui para tentar prevenir o suicídio dos seus doentes ajudando-os na construção de uma melhor qualidade de vida. Jacobs e Brewer (2004) reforçam que o plano terapêutico deve ser focado nos factores de risco que podem ser modificados a fim de reduzir o risco de suicídio.

O esquema seguinte pretende sistematizar os factores de risco associados ao suicídio nos doentes com Esquizofrenia, os quais são descritos em seguida.



Figura 1. Factores de risco de suicídio nos doentes com Esquizofrenia

2.1 Tentativa de suicídio prévia

Na maioria dos estudos, a história de tentativa de suicídio prévia é o mais forte factor de risco de suicídio. Referido por muitos investigadores, é um factor de risco aceite e consensual para muitos grupos de populações estudadas, incluindo doentes com Esquizofrenia em que os suicídios estão frequentemente associados com história de tentativas de suicídio prévias (Siris, 2001).

Haw *et al.* (2005) mostram que, não apenas os antecedentes de tentativas de suicídio prévias se relacionam com risco de suicídio nos doentes, mas que também as auto-mutilações são um forte predictor de ideação suicida e suicídio nos doentes com Esquizofrenia. Cooper *et al.* (2005), embora não estudando populações específicas apenas de doentes com diagnóstico

de Esquizofrenia, concluíram que os indivíduos que cometem auto-mutilações apresentam um risco cerca de trinta vezes superior de morrer de suicídio no futuro, relativamente à população geral.

2.2 Depressão e desesperança

Ao longo da vida, o risco de Perturbação Depressiva Major num doente com Esquizofrenia é cerca de 60%, sendo 8-26% o risco na população geral (Maguire, 2002). Este facto torna-se ainda mais preocupante se tivermos em consideração que a depressão, a par dos pensamentos suicidas e de tentativas prévias de suicídio, é um dos principais preditores de suicídio nos indivíduos com Esquizofrenia, nomeadamente nos doentes com primeiro episódio psicótico. Para Roy (1985) a depressão é provavelmente a razão mais comum para o suicídio nestes doentes.

Para os clínicos, a sintomatologia depressiva constitui um verdadeiro desafio quando se avalia o doente com Esquizofrenia. De facto, podemos encontrar sintomas depressivos numa fase pré-psicótica da doença, numa fase posterior à psicose (Depressão pós-psicótica) e/ou mesmo durante o episódio agudo de sintomatologia psicótica mais exuberante. Infelizmente a literatura não diferencia estes três quadros quando avalia as condutas suicidas nestes doentes. Siris (2001) propõe que, até novos dados serem conhecidos, uma abordagem conservadora deve considerar a ocorrência de depressão em qualquer uma destas fases como um factor de risco importante de suicídio nestes doentes.

Na prática clínica, perante um doente com diagnóstico de Esquizofrenia com sintomatologia depressiva é necessário ter em conta as reacções a acontecimentos de vida, sintomas depressivos relacionados com a própria doença Esquizofrénica e ainda os efeitos

CONDUTAS SUICIDAS NO DOENTE COM ESQUIZOFRENIA

adversos de medicação. Além disso, existe também a possibilidade de sintomas de tal ordem constituírem consequência da existência de juízo crítico por parte do doente para a sua doença ou estarmos perante uma síndrome depressiva em comorbilidade num doente já com diagnóstico de Esquizofrenia. É importante também ter em conta as alterações do humor associadas ao abuso de substâncias, que ocorre em elevada frequência nestes doentes, e que podem contribuir para o humor deprimido ou disfórico nos doentes com Esquizofrenia (figura 2).



Figura 2. Factores que podem contribuir para a presença de sintomas depressivos e/ou desesperança no doente com Esquizofrenia

A partir da Escola de Beck foi desenvolvido, sobretudo na década de 70, o conceito de desesperança aplicado ao suicídio e tentativas de suicídio. Presentemente, a depressão e/ou o sentimento de desesperança têm sido identificados como factores de risco para condutas

CONDUTAS SUICIDAS NO DOENTE COM ESQUIZOFRENIA

suicidas nos doentes com Esquizofrenia (Siris, 2001; Meltzer, 2002; Pompili *et al.*, 2004). Num estudo de Warner (1968) foram apresentados resultados em que 78% de dezasseis doentes com doença Esquizofrénica que cometeram suicídio, versus 44% dos controles, mostraram-se conscientes da sua doença e sem esperança no seu futuro. Pompili *et al.* (2004) defendem que a desesperança é o predictor mais significativo de condutas suicidas durante a vida do doente com Esquizofrenia, sendo o juízo crítico para a doença um factor menos importante na previsão desses comportamentos. Contudo, como abordado no tópico acerca do juízo crítico para a doença, ambos os factores parecem estar relacionados uma vez que o facto de o doente perceber a existência da sua doença e a sua incapacidade de alcançar os seus objectivos de vida prévios, ao mesmo tempo que teme por um agravamento da deterioração mental, conduza o doente ao sentimento de desesperança e, assim, encontre como solução terminar a sua vida, como forma de fugir a uma dor interna para o qual não parece haver a crença de um possível alívio. De referir ainda que o medo de agravamento da deterioração mental, por parte destes doentes, tem sido descrito como um factor de risco de suicídio (Fenton *et al.*, 1997; Meltzer, 2002; Pompili *et al.*, 2004).

Também a baixa auto-estima e a sensação de estar desajustado têm sido factores importantes que contribuem para a Depressão pós-psicótica (Tandon, 2005), que ocorre frequentemente nos doentes com Esquizofrenia após a remissão dos sintomas positivos. É importante diferenciar a presença de Depressão pós-psicótica de sintomas negativos como a anedonia e anergia, sendo que a Depressão relaciona-se mais com a experiência subjectiva de humor deprimido e perda de interesse, diferente do embotamento afectivo, característico dos sintomas negativos (Siris, 2001). Na prática clínica é difícil distinguir sintomas negativos da sintomatologia depressiva em comorbilidade (Saraiva, 2006).

Considerando as dimensões psicopatológicas da doença Esquizofrénica e o risco de condutas suicidárias, para Tandon (2005), a gravidade dos sintomas positivos e dos sintomas

depressivos aumenta o risco de suicídio. Em relação aos sintomas negativos (embotamento dos afectos, isolamento social, pobreza do discurso) Fenton *et al.* (1997), referem que quando presentes de forma proeminente, estão associados a uma redução do risco de suicídio nestes doentes, sendo que os doentes com Esquizofrenia de tipo Paranóide têm maior risco de suicídio.

2.3 Acontecimentos de vida adversos

Acontecimentos de vida significantes e causadores de stress têm sido assinalados como factores de risco para condutas suicidas nos doentes com Esquizofrenia (Meltzer, 2002; Tandon 2005). Como referido no tópico anterior sobre a sintomatologia depressiva, as reacções a acontecimentos de vida podem contribuir para humor deprimido e, dessa forma, aumentar o risco de condutas suicidas no doente com Esquizofrenia. O facto de ter sido mostrado que os acontecimentos de vida no geral e as perdas recentes em particular estão relacionados com as condutas suicidas, suporta a noção de que as reacções de frustração e decepção podem estar implicadas em alguns comportamentos suicidários destes doentes. Existem ainda autores que mostraram que os doentes que cometeram suicídio tinham antecedentes de traumas na infância/adolescência (Taylor e Hor, 2010). A falta de suporte e a falta de estratégias, que estes doentes experienciam frequentemente, para a resolução de problemas pode contribuir para esta tendência (Siris, 2001).

Sob a perspectiva dos cognitivistas, mais importante que os acontecimentos de vida em si mesmos, é o significado que o próprio indivíduo atribui ao que ocorre e ao ambiente que o envolve, isto é, a forma como vive os acontecimentos. Como discutido posteriormente,

abordagem psicoterapêutica cognitivo-comportamental tem mostrado resultados promissores nos doentes com Esquizofrenia e risco de suicídio.

2.4 Sexo masculino, história familiar e isolamento social

Vários autores referem que os doentes com Esquizofrenia do sexo masculino, sobretudo se em idade jovem (menos de 45 anos, de acordo com Kutcher e Chehil, 2007), apresentam maior probabilidade de suicídio comparativamente com doentes do sexo feminino (Meltzer, 2002). Na verdade, também em outras populações, a taxa de suicídios consumados tem sido superior entre os indivíduos do sexo masculino relativamente ao feminino, embora esta diferença seja mais acentuada na população geral. Pelo contrário, as taxas de tentativas de suicídio demonstram distribuição semelhante entre os dois sexos de doentes com Esquizofrenia (Pinikahana *et al.*, 2003). Como na população geral, também os doentes de sexo masculino utilizam métodos mais violentos que as doentes.

Em média, o intervalo de tempo entre a primeira comunicação de intenção suicida e a sua consumação é, nos doentes com Esquizofrenia, cerca de 47 meses, embora no caso dos homens este intervalo seja menor, assim como é menos comum a comunicação de intencionalidade comparativamente às mulheres (Vicente *et al.*, 2001).

Verificou-se também maior percentagem de condutas suicidárias nos doentes solteiros, desempregados e socialmente isolados (Meltzer, 2002) ou com fraco suporte social (Tandon, 2005). Relativamente ao estado civil, há alguma controvérsia sendo que alguns estudos não mostram associação entre ser casado ou solteiro e risco de suicídio (Hawton *et al.*, 2005). Também acerca da ideação suicida, Pinikahana *et al.* (2003) numa extensa revisão, referem

CONDUTAS SUICIDAS NO DOENTE COM ESQUIZOFRENIA

que está associada com um sistema de suporte social fraco, longos períodos de desemprego e fraco desempenho no trabalho. A par das fracas redes de apoio social está o fenómeno de estigmatização sobre estes doentes quer por parte da comunidade geral, quer família e, também, por parte de muitos profissionais de saúde.

Alguns estudos estão hoje publicados acerca da influência das comunidades religiosas e das redes de suporte social na influência sobre as condutas suicidas. A presença de fortes crenças religiosas tem sido considerada como factor protector de suicídio na população geral (Kutcher e Chehil, 2007). Mohr e Huguelet (2004) referem que a religião tem um papel central nos processos de recuperação de muitos doentes com Esquizofrenia, embora, por vezes, tenha um impacto negativo quando surge rejeição dos doentes por parte das comunidades. É necessário haver respeito pelas crenças de cada doente e tolerar a diversidade em relação à espiritualidade e religião aquando do tratamento dos doentes. Pescosolido (1990) valoriza o benefício do apoio das comunidades religiosas e das redes sociais, consoante as áreas geográficas, assim como Lester (1989) verificou uma correlação positiva entre baixa integração social e suicídio.

Uma referência deve ser feita em relação ao apoio por parte da família, sendo a fonte de apoio por excelência. Como referem Walsh e Scheinkman (1993), citados por Saraiva (2010), uma família é mais saudável quanto mais favorecer a adaptabilidade, a coesão e a regulação afectivo-comunicacional. Por sua vez, o envolvimento emocional excessivo e os comentários críticos permanentes, pesam no outro prato da balança para a estabilidade do indivíduo.

Relativamente ao contexto familiar especificamente dos doentes com Esquizofrenia, Hawton *et al.* (2005), mostram associação positiva do risco de suicídio com história familiar

de perturbações afectivas e/ou antecedentes de suicídio. Esta tendência familiar tem sido alvo de interesse recente no que respeita aos factores genéticos das condutas suicidas.

Assim, tendo em conta que os doentes com Esquizofrenia estão frequentemente desamparados, isto é, sem uma rede de contactos e vivências sociais e familiares saudáveis, este poderá ser um factor de risco potencialmente modificável para os profissionais que tentam caminhar em direcção a uma estratégia de prevenção de condutas suicidárias.

2.5 Abuso de substâncias

Várias pesquisas sugerem que existe uma ligação significativa entre o diagnóstico dual de Esquizofrenia e Abuso de substâncias, tendo sido estimado que até 50% dos doentes com Esquizofrenia têm uma perturbação relacionada com o abuso de substâncias, álcool ou outras drogas, em algum momento durante a sua doença (Kohler e Lallart, 2004; Carlborg *et al.*, 2010). Além destes consumos abusivos estarem comumente associados a impulsividade e perturbações do humor, como referido anteriormente, evidências sugerem que os doentes com Esquizofrenia são particularmente susceptíveis aos efeitos negativos do abuso de álcool e outras drogas, sejam complicações psiquiátricas ou sociais, comportamento anti-social e violência. Sendo este diagnóstico dual comum, existe assim uma preocupação acrescida sobre condutas suicidárias (Auquier *et al.*, 2007), uma vez que o abuso de substâncias é considerado como factor que contribui para o aumento do risco de suicídio nestes doentes (Meltzer, 2002; Tandon, 2005; Hor e Taylor, 2010).

2.6 Alto nível de funcionamento pré-mórbido

Alto nível de funcionamento e inteligência prévio ao início da doença Esquizofrénica, tem sido verificado em grande percentagem nos doentes com condutas suicidas (Meltzer, 2002; Tandon 2005). Vários autores sugerem que os doentes com resultados escolares superiores têm maiores expectativas de vida e, por isso, têm maiores decepções e sentem maior contraste com as suas expectativas originais quando se deparam com um problema de saúde mental classicamente associado a mau prognóstico (Pompili *et al.*, 2004). É sugerido então que um funcionamento cognitivo superior no grupo de doentes com condutas suicidárias, pode reflectir uma relação entre a cognição e outros factores de risco, nomeadamente a depressão e desesperança. É importante referir que em pessoas que não desenvolvem psicose, ao contrário do observado nos doentes com Esquizofrenia, a presença de um bom funcionamento escolar está associado a um menor risco de suicídio (Carlborg *et al.*, 2010).

2.7 Juízo crítico para a doença (“*Insight*”)

Vários trabalhos publicados têm mostrado que entre 50% e 80% de todos os doentes que sofrem de Esquizofrenia não crêem ter a doença. O juízo crítico pobre ou ausente tem sido enquadrado não apenas como um fenómeno “secundário” à sintomatologia psicótica, mas também como provável sintoma “primário” resultante do próprio processo esquizofrénico (Dam, 2006).

CONDUTAS SUICIDAS NO DOENTE COM ESQUIZOFRENIA

Lysaker *et al.* (2009) descrevem vários modelos da etiologia do fraco juízo crítico para a doença característico da Esquizofrenia, os quais não são necessariamente exclusivos. De acordo com cada modelo, a ausência de consciência para a doença pode ser considerada conceptualmente como delírio, constituindo um sintoma positivo; como sintoma negativo; como o resultado de alguma forma de disfunção cognitiva e, ainda, ser essencialmente uma forma de adaptação à doença, ou seja, um meio de auto-protecção ou estratégia de lidar com as dificuldades relacionadas com a doença.

No que respeita às condutas suicidas, este tem sido um factor controverso. Como esquematizado na figura 3, o juízo crítico para a doença Esquizofrénica pode ter um impacto bidireccional nas condutas suicidárias.

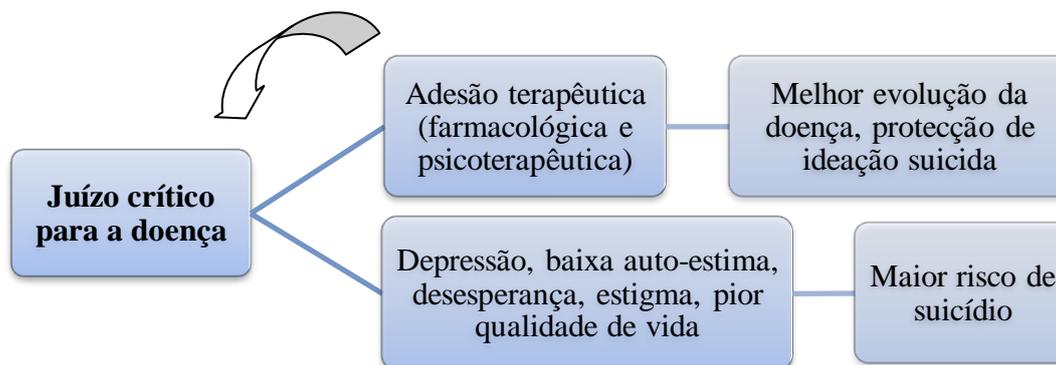


Figura 3: Impacto bidireccional do desenvolvimento de juízo crítico dos doentes para a sua doença e relação com sintomatologia depressiva

Por um lado, a falta de consciência para a doença tem sido associada a maiores níveis de sintomas quer positivos, quer negativos, da Esquizofrenia, principalmente nos estadios precoces da doença, bem como a maior número de internamentos hospitalares (Lysaker *et al.*, 2009), factores estes que conduzem ao aumento importante de risco de suicídio nestes

CONDUTAS SUICIDAS NO DOENTE COM ESQUIZOFRENIA

doentes. A falta de juízo crítico para a doença está ligada à falta de adesão à terapêutica que, por sua vez, conduz a piores resultados na evolução da doença, com agravamento da sintomatologia, pior funcionamento a nível social e profissional. Desta forma, o desenvolvimento gradual no juízo crítico, através de um tratamento eficaz, farmacológico e psicoterapêutico, pode diminuir a probabilidade de condutas suicidárias e contribuir para uma melhor adesão ao tratamento, protegendo o doente de uma evolução desfavorável. Ao aderir ao tratamento, o doente consegue ter um olhar mais positivo sobre a sua doença e, dessa forma, reduzir o risco de condutas suicidárias (Pompili *et al.*, 2004).

Por outro lado, numa revisão sobre várias publicações científicas, os autores referem que a maioria dos estudos de suicídio nos doentes com Esquizofrenia indica que à medida que o juízo crítico para a sua doença aumenta, o risco de condutas suicidas nos doentes também aumenta (Pompili *et al.*, 2004). Alguns autores chamam a atenção para o facto da presença de juízo crítico sobre a condição patológica de que sofre bem como as suas consequências, pode conduzir o doente a depressão, a baixa auto-estima, a sentir o estigma da sua doença mental, a desesperança e possivelmente a um maior risco de suicídio (Lysaker *et al.*, 2009). De facto, o aumento da consciência para a doença pode conduzir a que os doentes estejam mais vulneráveis a pensamentos acerca da cronicidade do seu problema, do impacto global devastador sobre a sua vida e da impossibilidade de atingir as expectativas previamente construídas para o seu futuro. Além disso existe ainda a possibilidade do doente sentir “ser um fardo, fonte de preocupação e trabalhos” para a sua família, contribuindo para a ideação suicida e, por sua vez, para condutas suicidárias. Da mesma forma, a consciência da doença Esquizofrénica tem sido relacionada a uma pior qualidade de vida, uma vez que os doentes não apenas têm consciência de que estão mentalmente doentes, bem como pelo facto de aceitarem que doença mental significa que não vão ser capazes de ter uma vida plena (Lysaker *et al.*, 2009).

CONDUTAS SUICIDAS NO DOENTE COM ESQUIZOFRENIA

Parece então que, além do impacto bidireccional que a presença de juízo crítico para a doença tem sobre o risco de condutas suicidárias, é importante perceber as várias facetas do desenvolvimento do juízo crítico. Amador *et al.* (1996) mostraram uma associação entre o aumento de juízo crítico para a sua doença e o comportamento suicidário nos doentes com Esquizofrenia, mas verificaram que certos aspectos do amplo conceito de juízo crítico não se associavam com tais comportamentos. De acordo com os autores, o comportamento suicidário está significativamente aumentado entre os doentes que têm a consciência dos delírios, embotamento afectivo, anedonia e perda das relações sociais, o que não se verifica no caso da consciência da presença de alucinações, perturbações de pensamento ou a percepção geral de ter uma doença mental. Schwartz (2000) acrescenta ainda o juízo crítico dos doentes para a necessidade de tratamento como correlacionado com os comportamentos suicidas. Os doentes com Esquizofrenia com pensamentos suicidas recorrentes estão geralmente mais conscientes dos seus sintomas negativos comparativamente aos doentes sem tais pensamentos. Também a consciência dos sintomas cognitivos da doença está relacionada com um maior estigma da doença (Lysaker *et al.*, 2009). Assim, certas dimensões do desenvolvimento de juízo crítico para a doença são mais provavelmente causadores do sentimento de desesperança e, por sua vez, de contribuir para comportamentos suicidas.

Tabela V: Dimensões do desenvolvimento de juízo crítico para a doença e risco de suicídio

Juízo crítico <i>(“insight”)</i>	Delírios	
	Embotamento afectivo	Maior risco de
	Anedonia	comportamentos
	Perda de relações sociais	suicidários
	Sintomas cognitivos	

Necessidade de tratamento	
Alucinações	Sem aumento do risco
Perturbações do pensamento	
Percepção geral de doença mental	

Relativamente ao juízo crítico dos doentes para a sua doença, este pode aumentar a taxa de condutas suicidárias como referido antes, mas este facto por si só não constitui uma razão para não se investir no desenvolvimento de consciência da doença por parte do doente. De forma a estruturar uma adequada abordagem terapêutica e preventiva do suicídio, é necessário um maior trabalho de pesquisa no sentido de clarificar se o reconhecimento da doença Esquizofrénica por parte dos doentes pode constituir um factor de risco para o suicídio ou se é uma característica positiva associada a melhores resultados terapêuticos.

2.8 Alta hospitalar recente e múltiplos internamentos

Pompili *et al.* (2004) alertam para o facto de até metade dos suicídios entre doentes com Esquizofrenia, ocorrem durante o tratamento hospitalar, sendo que para Mamo (2005) o risco de suicídio consumado atinge o seu máximo durante ou logo após a hospitalização. Também a alta hospitalar recente e os internamentos de curta duração e repetidos recentemente (Siris, 2001; Tandon, 2005) têm mostrado aumentar o risco de suicídio, sendo uma das causas prováveis o inadequado tempo para avaliação do risco, para a resolução da crise e à ausência de um planeamento de alta e tratamento posterior adequados (Meltzer,

2002). Montross *et al.* (2005) referem ainda que esta relação temporal pode ter como base o desenvolvimento de Depressão pós-psicótica, no doente com Esquizofrenia, após o alívio dos sintomas de fase aguda.

Palmer *et al.* (1999) mostram um maior risco de suicídio durante o primeiro mês após a alta hospitalar, embora outros autores (Pinikahana *et al.*, 2003) apresentem estudo em que o risco de suicídio é mais elevado durante os primeiros seis meses após a alta do primeiro internamento por Esquizofrenia. Os mesmos investigadores referem ainda que cerca de 60% dos doentes que cometem suicídio o fazem nos seis anos seguintes ao seu primeiro internamento, o que vem ao encontro das fases iniciais de doença como tendo maior probabilidade de suicídio, como discutido em seguida.

Estes dados mostram a importância de uma avaliação imediata do risco de suicídio durante o internamento e logo após a alta hospitalar, assim como o acompanhamento em ambulatório com elevada frequência.

2.9 Fases iniciais da doença Esquizofrénica

O intervalo de tempo que decorre entre o início dos sintomas psicóticos do primeiro episódio de Esquizofrenia e o início de tratamento, pode ser tão longo como um a dois anos, o que se torna preocupante, tendo em conta que é nesse período que os doentes estão mais vulneráveis ao suicídio (Auquier *et al.*, 2007). Pompili *et al.* (2007) referem que os doentes com Esquizofrenia em idade jovem têm um risco cerca de três vezes superior de suicídio, quando comparados com os doentes adultos.

De acordo com Carlborg *et al.* (2010), o período onde se verifica maior risco de suicídio nos doentes com esquizofrenia é durante o primeiro ano após o diagnóstico,

particularmente nos jovens do sexo masculino. As doentes do sexo feminino que cometem suicídio são habitualmente mais velhas que os homens, o que pode estar relacionado com o início geralmente mais tardio da doença no caso das mulheres. Após o primeiro ano da doença, e durante cerca de três anos, o risco de suicídio desce um pouco, mas continua elevado ao longo do tempo. Para alguns autores este facto relaciona-se com a natureza debilitante e crónica da doença, bem como a eficácia incompleta das opções terapêuticas (Auquier *et al.*, 2007).

Outros autores alargam o período de maior risco de comportamentos suicidas para a primeira década após o início da psicose, alertando que o risco se verifica ao longo de toda a vida do doente (Palmer *et al.*, 1999; Meltzer, 2002). De facto, suicídios também ocorrem em fases avançadas da doença, provavelmente de uma forma mais premeditada e apontando para o factor depressão/desesperança como prováveis factores implicados (Siris, 2001). Assim, embora o risco de suicídio seja maior nas fases iniciais do curso da doença Esquizofrénica, estes doentes apresentam um maior risco de comportamentos suicidas relativamente à população geral durante toda a sua vida.

2.10 Sintomatologia psicótica

Ao contrário do discutido a respeito dos sintomas afectivos em que há consenso na relação com o risco de suicídio, dados controversos têm sido encontrados sobre a possível influência dos sintomas psicóticos dos doentes com Esquizofrenia sobre as suas condutas suicidárias, originando heterogeneidade entre as conclusões de vários autores. Na sintomatologia psicótica, são as alucinações auditivo-verbais que mais têm sido alvo de estudo nomeadamente as de conteúdo imperativo ou “de comando” (Afonso, 2010), sendo

também típicas na Esquizofrenia as que tratam o doente na terceira pessoa ou comentam a sua actividade (Pio-Abreu, 2009). Na maioria das vezes a experiência alucinatória é descrita como desagradável pelos doentes.

Por um lado, e citando por exemplo Tandon (2005), a severidade da sintomatologia positiva é considerada um factor de risco importante para as condutas suicidas dos doentes com Esquizofrenia, nomeadamente a presença de delírios persecutórios, de controlo de pensamento e alucinações auditivas, particularmente as de comando, o que enfatiza a importância de controlar efectivamente a sintomatologia psicótica reduzindo assim esse risco. Também Siris (2001) refere que as fases psicóticas graves têm sido associadas a maior percentagem de condutas suicidas e que doentes com o diagnóstico de Esquizofrenia do tipo Paranóide, dando ênfase aos sintomas positivos, apresentam um risco oito vezes superior de suicídio comparativamente com doentes com outros tipos de Esquizofrenia. Na prática diária, nomeadamente em contexto de internamento hospitalar, os profissionais de saúde devem manter uma constante e cuidadosa vigilância dos comportamentos do doente enquanto está em fase psicótica aguda, especialmente durante a primeira semana de internamento, como forma de prevenção de suicídio intra-hospitalar, infelizmente descrito em alguns relatos de casos clínicos.

De acordo com Siris (2001), várias razões possíveis podem ser apontadas como explicativas da relação entre sintomatologia psicótica e condutas suicidas nos doentes com Esquizofrenia. Primeiro existe uma tendência para a perda da lógica coerente do pensamento, por dificuldades no pensamento abstracto ou outras formas de perturbação do pensamento. Segundo, embora a morte seja o resultado, pode não ter sido o objectivo do doente cujo comportamento foi influenciado por sintomas psicóticos, como por exemplo no caso da desorganização psicótica que conduz o doente a condutas perigosas em que não consegue antecipar os riscos ou em que as suas crenças delirantes o fazem acreditar que está

magicamente protegido. Neste caso pode-se colocar a questão se se deve conotar de suicídio esses actos ou, pelo contrário, de “acidentes”, dada a não intencionalidade suicida de tais condutas. Na prática clínica diária, e para o profissional de saúde, pode ser muito difícil distinguir tais comportamentos de “verdadeiros” actos suicidas. Karl Menninger (1938) apresenta a perspectiva de que qualquer comportamento autolesivo é uma forma de suicídio. Dessa forma, e ao contrário do referido antes, mesmo em contexto de um quadro psicótico, poder-se-á conotar de suicídio. Terceiro, o doente pode suicidar-se por razões psicóticas, como seja em resposta a alucinações de comando que lhe digam para se matar ou para o fazer a fim de escapar de perseguidores imaginários, ou ainda como a única opção viável perante crenças delirantes aterradoras.

Por outro lado, outros autores negam a existência de tal associação. Por exemplo, Nyman e Jonsson (1986) identificaram a desesperança e a consciência da deterioração progressiva das suas capacidades, e não a experiência psicótica, como as principais causas do suicídio na amostra de doentes com Esquizofrenia que estudaram. Também um outro grupo de autores encontrou variáveis que diferenciaram os doentes com Esquizofrenia que tentam o suicídio e aqueles que o consumam, não encontrando relação de risco com a sintomatologia psicótica. O primeiro grupo de doentes tinha sintomatologia psicótica mais exuberante, menor juízo crítico para a sua doença e menores expectativas comparativamente ao grupo que consumou o suicídio, o que provavelmente os protegeu do desenvolvimento de desesperança sobre a sua doença e o seu futuro (Pompili *et al.*, 2004). Também outros autores, como Hellerstein *et al.* (1987), mostram não haver diferenças significativas no que respeita a ideação ou condutas suicidas, entre doentes com e sem alucinações auditivas de comando. Curiosamente, outros investigadores chamam a atenção dos clínicos que as taxas de suicídio destes doentes são maiores quando os sintomas psicóticos estão em fase de remissão (Hewitt e Edwards, 2006). Uma razão que pode contribuir para a explicação deste “efeito protector da

psicose” é que pode conduzir a um pior funcionamento executivo não permitindo ao doente elaborar planos e efectivar condutas auto-lesivas (Pompili *et al.*, 2004).

Portanto, são raros os casos descritos de suicídio como resultado de alucinações auditivas nomeadamente de comando, embora alguns casos tenham sido descritos na literatura (Zisook *et al.*, 1995). Como concluem Harkavy-Friedman *et al* (2003), indivíduos já previamente em risco de condutas suicidárias (por ex. com tentativas de suicídio anteriores) podem ter esse risco aumentado quando experienciam alucinações de comando.

Assim, é prudente pensar na sintomatologia psicótica como um possível factor de risco para as condutas suicidas, ou para comportamentos que podem conduzir à morte, no doente com Esquizofrenia sendo importante, ao avaliar o doente, explorar cuidadosamente o seu exame mental, nomeadamente as alucinações auditivo-verbais e as alterações de conteúdo do pensamento.

3 Neurobiologia e genética

Embora não seja objectivo deste trabalho uma descrição no tema da neurobiologia e genética, é importante referir que há hoje vários estudos sobre os comportamentos suicidários envolvendo famílias, gémeos e indivíduos adoptados, e que demonstram uma marcada influência hereditária. Estes dados podem ser explicados não apenas por factores genéticos, mas também por mecanismos mediados, por exemplo, pela aprendizagem por observação e imitação de padrões de funcionamento ou a exposição a ambientes familiares hostis. De facto,

evidências mostram que as condutas suicidárias, sejam tentativas de suicídio ou suicídios, são encontradas com maior frequência em indivíduos cujos familiares também apresentaram comportamentos suicidários, constituindo um factor de risco previamente mencionado. Também nos familiares de doentes psiquiátricos internados foi descrito um risco de suicídio oito vezes superior ao encontrado nos familiares dos controlos (Macedo *et al.*, 2002). De acordo com Brent e Mann (2005), esta relação mantém-se quando são corrigidos os resultados tendo em consideração a presença de perturbações psiquiátricas nos familiares, mostrando que os comportamentos suicidários são transmitidos independentemente da patologia psiquiátrica.

Roy *et al.* (2009) estimam que os factores genéticos representem cerca de 30-40% da variação nas condutas suicidárias. Alguns autores já mostraram que a taxa de concordância para as condutas suicidárias é maior gémeos monozigóticos que nos dizigóticos. Outro dado é o facto de que a taxa de suicídio é mais elevada nos familiares biológicos dos doentes adoptados que cometeram suicídio, comparativamente aos familiares biológicos dos adoptados de controlo (Macedo *et al.*, 2002). Na verdade, as bases genéticas sobre as condutas suicidárias têm sido alvo de interesse por vários investigadores a nível mundial e mais evidências são necessárias, de forma a consolidar resultados e a conhecer os processos e mecanismos envolvidos nesta relação.

Apenas alguns resultados são conclusivos e, na grande maioria das investigações, não são estudadas apenas populações de doentes com diagnóstico de Esquizofrenia, contudo, e citando Tandon (2005), embora o padrão neurobiológico dos comportamentos suicidários nestes doentes não seja conhecido, parecem existir vários achados comuns a outras perturbações, particularmente à Depressão Major. Estas semelhanças sugerem um substrato comum, que medeia as condutas suicidas, independentemente de outros factores responsáveis pela hereditariedade de perturbações psiquiátricas específicas.

No que respeita ao sistema serotoninérgico, tem sido sugerido que múltiplas alterações estejam implicadas no risco de suicídio, independentemente da perturbação psiquiátrica individual, através de fenótipos como a impulsividade, a agressividade (auto e heterodirigida) e o humor deprimido. A disfunção deste sistema tem sido também sugerida como factor preditivo de novas tentativas de suicídio, nomeadamente com elevada letalidade (Courtet *et al.*, 2005). Como exemplo, alguns estudos têm mostrado uma associação entre níveis reduzidos de ácido 5-hidroxiindolacético (5-HIAA), metabolito principal da serotonina, no líquido céfalo-raquídeo, e agressividade, impulsividade e comportamentos suicidários em indivíduos com diversas condições psiquiátricas, como a Depressão ou Esquizofrenia (Mann, 1998; Pompili *et al.*, 2004). Foram também encontrados níveis inferiores do metabolito no líquido céfalo-raquídeo de doentes com Esquizofrenia que fizeram tentativa de suicídio, relativamente aos doentes sem condutas suicidas (Macedo *et al.*, 2002), embora estes dados não tenham sido concluídos em outros estudos (Siris, 2001; Carlborg *et al.*, 2009). Na causa desses níveis inferiores de 5-HIAA estão, por exemplo, alterações no gene que codifica a enzima triptofano hidroxilase (TPH), fundamental na síntese de serotonina. Ainda em relação ao sistema serotoninérgico, Caspi *et al.* (2003) mostraram que existem alterações no gene promotor do transportador de serotonina, que tem o papel fundamental na regulação da concentração deste neurotransmissor na fenda sináptica actuando no complexo processo de regulação emocional, que estão associadas a modificação funcional do transportador e condicionam aumento nas taxas de depressão e condutas suicidárias, perante acontecimentos de vida adversos. Esta é uma evidência da interacção genética-ambiente, na qual a resposta do indivíduo a condições ambientais adversas é moderada pelo seu padrão genético.

Algumas publicações sugerem que a enzima monoamina oxidase A, responsável pela degradação da serotonina, está envolvida na vulnerabilidade a condutas impulsivas, agressivas e suicidárias (Courtet *et al.*, 2005), embora não tenham sido aplicados especificamente em

doentes com diagnóstico de Esquizofrenia. Outros dados têm sido apresentados, por vezes com resultados diferentes, sendo necessário o desenvolvimento de mais estudos para a obtenção de dados mais consistentes.

Embora a maioria dos dados existentes seja acerca do sistema serotoninérgico, existem alguns estudos acerca da importância dos neurotransmissores noradrenalina, dopamina e glutamato nas condutas suicidárias, ainda com resultados pouco conclusivos. Como exemplo é o gene da enzima catecol-o-metiltransferase (COMT), que degrada a dopamina, adrenalina e noradrenalina, sendo encontradas alterações com maior frequência nos indivíduos com tentativas de suicídio por métodos violentos, embora, mais uma vez, não sejam estudos conduzidos apenas em doentes portadores de Esquizofrenia.

Uma outra hipótese que foi confirmada por Marcinko *et al.* (2005) refere-se à associação entre tentativas de suicídio violentas em doentes com Esquizofrenia e marcadores biológicos periféricos como sejam altos níveis de cortisol e níveis menores de colesterol sérico, comparativamente a doentes com Esquizofrenia sem condutas suicidárias e a populações controlo.

Outros dados, embora ainda bastante limitados, apontam na direcção de diferenças estruturais em áreas cerebrais encontradas em doentes com Esquizofrenia que cometeram tentativa de suicídio. Nestes doentes, os resultados mostram uma redução significativa na densidade no lobo temporal superior esquerdo, assim como no córtex orbitofrontal esquerdo, área com importante papel na inibição de respostas inapropriadas, tomada de decisões e impulsividade (Aguilar *et al.*, 2008). Um dado interessante a propósito do giro temporal superior esquerdo, menor nos doentes com condutas suicidárias, é que tem sido associado à presença e severidade de alucinações auditivas e à resposta emocional a estes estímulos,

podendo como hipótese estar implicado no suicídio mediado por sintomas psicóticos (embora raro, como mencionado previamente).

4 Prevenção e tratamento do risco de suicídio na Esquizofrenia

Um eficaz plano de prevenção e tratamento do risco de condutas suicidárias é o grande objectivo de todos os profissionais que procuram saber um pouco mais acerca do complexo tema do suicídio. É de facto neste sentido que caminham todos os esforços de compreender os múltiplos factores envolvidos que levam o doente ao suicídio, sendo que, sem dúvida, o pronto reconhecimento de indivíduos com risco de suicídio é condição essencial para qualquer estratégia que vise prevenir tais condutas.

De acordo com Auquier *et al.* (2006) sendo o suicídio uma das mais importantes causas de morte prematura nos doentes com Esquizofrenia, representa uma área cuja avaliação do seu risco pode ser potencial na redução das taxas de mortalidade nestes doentes. De facto, vários estudos recentes mostram que os programas de detecção e intervenção precoce podem reduzir as taxas de comportamentos suicidários, aliviando os sintomas da doença e atrasando a sua progressão. Guias de prática clínica e alguns manuais têm procurado a sistematizar recomendações para avaliar e orientar sob o ponto de vista terapêutico os doentes com condutas suicidárias, embora na sua maioria não especificamente nos doentes com Esquizofrenia.

CONDUTAS SUICIDAS NO DOENTE COM ESQUIZOFRENIA

Burgess *et al.* (2000), concluíram no seu estudo que 20% dos suicídios dos doentes com Esquizofrenia eram evitáveis, sugerindo que uma melhor avaliação, tratamento efectivo da depressão e melhoria na continuidade de cuidados poderiam reduzir substancialmente a taxa de suicídio dos doentes.

De forma sucinta, pode-se afirmar que uma adequada estratégia preventiva, passa por potenciar os factores protectores (esquematizados na tabela IV), de evitar/minimizar os factores de risco já descritos, quando modificáveis, assim como actuar prontamente quando situações de maior urgência são detectadas. O clínico não pode negligenciar o seguimento posterior do doente após a crise suicidária, nem focar-se apenas no alívio sintomático agudo, continuando a avaliar todo o seu contexto bio-psico-social durante todo o curso do tratamento. Deve-se realizar sempre uma avaliação psicossocial pormenorizada, bem como um exame do estado mental o mais completo possível e, se necessário e/ou quando possível, procurar informações junto de pessoas significativas que mantenham contacto com o doente. Na prática, o contexto socio-familiar tem um peso significativo, não apenas na elaboração do tratamento envolvendo estratégias psicossociais, mas também aquando da decisão da necessidade de internamento perante a fase imediata após a crise suicidária. Desta forma, perante uma tentativa de suicídio, é importante avaliar o nível de risco de suicídio, a intencionalidade e motivações do doente e o contexto psicopatológico em que tal acto ocorreu. Só assim é possível compreender a tentativa de suicídio e orientar todo o plano terapêutico para determinado doente.

Várias evidências sugerem que a melhor abordagem terapêutica abrange a combinação de tratamento farmacológico com intervenções psicoterapêuticas, sendo que em conjunto têm mostrado eficácia superior no tratamento de várias perturbações psiquiátricas,

comparativamente a cada método utilizado isoladamente. De seguida apresentam-se algumas abordagens que têm mostrado resultados favoráveis.

4.1 Psicofarmacologia

Reduzir a sintomatologia psicótica e afectiva, melhorar a qualidade de vida através de melhor funcionamento social e cognitivo, contribuir para a esperança do doente e orientar o tratamento para comorbilidades como o abuso de substâncias, assim como investir na adesão ao tratamento são os principais objectivos na abordagem terapêutica dos doentes com Esquizofrenia e com risco de condutas suicidárias.

A gravidade dos sintomas psicóticos e a sua relação com as condutas suicidárias do doente com Esquizofrenia, como previamente abordado, tem sido um tema pouco consensual entre vários investigadores. Contudo, sabe-se que a não adesão à terapêutica se associa a piores resultados na evolução da doença, com manutenção de sintomatologia positiva e negativa, originando com maior probabilidade maior número de internamentos e, no geral, a pior qualidade de vida, nomeadamente na integração socio-familiar e ocupacional dos doentes. De acordo com estas questões é consensual a importância de controlar efectivamente a sintomatologia destes doentes.

Por um lado, e citando Auquier *et al.* (2007), evidências recentes têm demonstrado que o uso de antipsicóticos atípicos no tratamento da Esquizofrenia, previne tentativas de suicídio, o que não tem sido mostrado com a utilização de neurolépticos convencionais (Meltzer, 2002). Por outro lado, autores referem que não existem diferenças significativas confirmadas entre os agentes típicos e atípicos na redução das condutas suicidas nestes doentes, embora os

mesmos defendam também a maior utilidade nos doentes com Esquizofrenia de antipsicóticos atípicos dada a maior eficácia antidepressiva e a sua menor probabilidade de causar acatísia (Tandon, 2005) ou outros efeitos extrapiramidais indesejáveis. Relativamente à acatísia é importante referir que tem sido associada a disforia e a condutas suicidas por parte dos doentes medicados com antipsicóticos de alta potência (Meltzer, 2002; Kohler e Lallart, 2004; Tandon, 2005). Além do referido, a classe dos antipsicóticos atípicos apresenta outra vantagem pelo facto de ter sido associada a uma melhoria das funções cognitivas e à redução da desesperança dos doentes. Contudo não se deve esquecer que os neurolépticos típicos, em formulações de libertação prolongada como o haloperidol ou a flufenazina, têm um papel importante nomeadamente em casos de má adesão à terapêutica, sendo recomendado pela “*American Psychiatric Association’s practice guidelines*” que o seu uso deve ser reservado para esses casos, perante doentes com condutas suicidárias.

Várias moléculas antipsicóticas têm sido estudadas no doente com Esquizofrenia e condutas suicidárias, como sejam olanzapina, risperidona, quetiapina, requerendo-se mais estudos para clarificar os seus potenciais papéis como fármacos com acção anti-suicidária. Contudo, é sobre a clozapina que mais evidências têm sido publicadas, mostrando que pode reduzir o risco de suicídio, no que respeita ao número de tentativas de suicídio, bem como à potencial letalidade das mesmas. De acordo com vários autores, tem sido estimada uma redução potencial de 85% na mortalidade por suicídio nos doentes com Esquizofrenia (Pompili *et al.*, 2004). A clozapina, com sucesso nos doentes resistentes a outros fármacos, foi associada a melhoria da desesperança e da sintomatologia depressiva, assim como a redução da impulsividade e agressividade em estudos comparativos com outros fármacos como a clorpromazina ou a olanzapina. Por estes motivos, é sugerido que seja considerado o uso da clozapina em casos de alto risco de suicídio nos doentes com Esquizofrenia (Meltzer, 2002),

estando aprovado pela “*Food and Drug Administration*” (FDA) a sua indicação nesses casos assim como na Perturbação Esquizoafectiva (Wagstaff e Perry, 2003).

Possíveis factores envolvidos nesta vantagem da clozapina em relação às condutas suicidas, incluem uma acção directa antidepressiva, melhoria da função cognitiva e do juízo crítico para a sua doença (Pompili *et al.*, 2004), diminuição da sintomatologia negativa, redução no abuso de substâncias e também pela melhoria na adesão à terapêutica por parte dos doentes com Esquizofrenia (Meltzer, 2002). Na verdade a clozapina associa-se a uma menor taxa de efeitos adversos extrapiramidais, permitindo uma melhor qualidade de vida e, conseqüentemente, maior adesão à terapêutica. Uma questão interessante sobre o tratamento com clozapina é o facto deste fármaco implicar um contacto mais regular, com intervalos menores entre cada encontro com um profissional de saúde, dada a necessidade dos doentes realizarem controlo analítico em virtude do risco de agranulocitose. Provavelmente estes contactos mais frequentes contribuem também para a redução das condutas suicidárias dos doentes. De facto, além de lhes permitirem interacção social, propiciam aos profissionais uma oportunidade de detecção de alguma alteração adversa, condicionando aumento do risco de suicídio, podendo actuar atempadamente.

A escolha pela administração de clozapina deve ter em conta possíveis interacções medicamentosas, como ocorre com a prescrição de qualquer outro fármaco. Neste caso, por exemplo a fluvoxamina ou a fluoxetina (antidepressivos inibidores da recaptação de serotonina), os quais podem ser utilizados em depressões de doentes com Esquizofrenia, tendem a aumentar os níveis sanguíneos de clozapina.

Quando a clozapina se mostra ineficaz no tratamento destes doentes, investigadores defendem que se deve adicionar outro antipsicótico atípico em baixas doses e, não sendo eficaz, mudar gradualmente para outro atípico.

CONDUTAS SUICIDAS NO DOENTE COM ESQUIZOFRENIA

É fundamental ter em consideração o facto de vários efeitos adversos dos psicofármacos estarem associados a um maior risco de condutas suicidas por parte dos doentes com doença Esquizofrénica, como a acatísia já referida. Neste contexto, é necessário que os clínicos estejam atentos para o desenvolvimento de efeitos colaterais que perturbem o doente, no sentido de ajustar o melhor possível os esquemas terapêuticos propostos.

Outro efeito da medicação antipsicótica para o doente é o desenvolvimento de juízo crítico para a sua doença, podendo contribuir para um maior risco de condutas suicidas nos doentes com Esquizofrenia, como desenvolvido anteriormente. Desta forma, o tratamento da doença Esquizofrénica está geralmente associado a uma diminuição do risco de suicídio, mas é necessário que os profissionais estejam em alerta para o juízo crítico que surge repentinamente nos doentes com adesão à terapêutica, mantendo um acompanhamento regular.

A utilização de antidepressivos e estabilizadores do humor nos doentes com Esquizofrenia é uma prática comum, atingindo 50% para um ou ambos os fármacos em algumas séries. Contudo, dados de estudos clínicos controlados que suportem esta prática são limitados e para alguns autores não parece que altere a taxa de suicídio nestes doentes (Meltzer, 2002). Apesar desses dados, os antidepressivos têm sido associados com uma redução da taxa de mortalidade geral quando usados em combinação com os antipsicóticos (Carlborg *et al.*, 2010). Outros investigadores referem que a utilização de antidepressivos parece útil nos doentes com Esquizofrenia que não têm um quadro clínico psicótico muito florido e que apresentem uma síndrome depressiva aquando da instituição da terapêutica ou ainda doentes com história de depressão (Siris, 2001). Também no contexto de Depressão pós-psicótica, os resultados positivos têm mostrado a utilidade em adicionar antidepressivo ao esquema terapêutico do doente. Tendo em conta os dados apresentados no tópico da

neurobiologia e genética, antidepressivos com efeitos serotoninérgicos poderão ter um papel importante.

O lítio, estabilizador do humor, tem sido utilizado em doentes com Perturbação Afectiva Bipolar tendo sido provada a sua acção preventiva de suicídio nestes doentes. O seu efeito em doentes com Esquizofrenia é menos claro e actualmente desconhecem-se ainda os seus efeitos anti-suicidários nestes doentes (Carlborg, 2010).

É importante ter em conta ainda, caso necessário, a importância de direccionar o esquema terapêutico para o abuso de substâncias no sentido da abstinência e prevenção de recaídas.

Embora não seja uma terapêutica farmacológica, pode-se fazer uma breve referência à electroconvulsivoterapia (ECT), eficaz nas depressões severas resistentes, sendo o elevado risco de suicídio nestes doentes, uma das suas indicações. Contudo, não existem ainda estudos sobre doentes com Esquizofrenia submetidos a ECT para a prevenção de condutas suicidárias (Carlborg *et al.*, 2010). Poderá mostrar-se um método eficaz na redução das condutas suicidárias, tendo em conta a elevada taxa de depressão nos doentes com diagnóstico de Esquizofrenia.

4.2 Intervenções psicossociais

Várias intervenções psicossociais são descritas na literatura para doentes com Esquizofrenia e, sem dúvida, contribuem para a melhoria da qualidade de vida dos doentes. Contudo, o impacto de tais estratégias no suicídio destes doentes ainda carece de validação científica. Jacobs e Brewer (2004), abordando as condutas suicidárias no geral, e não apenas

CONDUTAS SUICIDAS NO DOENTE COM ESQUIZOFRENIA

em doentes com Esquizofrenia, referem que poucos estudos têm avaliado directamente a eficácias das abordagens psicoterapêuticas na redução da morbilidade ou mortalidade. Apesar disso, o consenso clínico sugere que essas intervenções, psicossociais ou psicoterapêuticas específicas, são benéficas na redução do risco de suicídio dos doentes. Independentemente da base teórica ou do tipo de abordagem, o objectivo é aumentar o bem-estar psicológico e o elemento chave neste tipo de terapias é uma relação positiva e sustentada.

Abrangendo também abordagens psicoterapêuticas e de reabilitação, as intervenções psicossociais podem ser apresentadas de forma resumida, como na tabela VI.

Tabela VI: Intervenções psicossociais para doentes com Esquizofrenia que podem reduzir o risco de suicídio (adaptado e modificado de Pompili *et al.*, 2004)

Contactos regulares e psicoterapia
<ul style="list-style-type: none">• Individual, suporte• grupo• familiar• cognitivo-comportamental• psicoeducação
Estratégias de resolução de problemas
<ul style="list-style-type: none">• Treino de competências sociais• reabilitação vocacional• actividade/emprego protegido
Outros
<ul style="list-style-type: none">• Internamento/Hospital de Dia

CONDUTAS SUICIDAS NO DOENTE COM ESQUIZOFRENIA

Os contactos do doente com o seu terapeuta, nomeadamente em contexto de consulta e após a fase aguda de sintomatologia psicótica, são momentos de crucial importância para estratégias preventivas se tivermos em conta que muitos dos doentes que cometem suicídio contactaram os seus médicos dias ou semanas antes de o fazerem.

Vários investigadores alertam para o papel importante que os Médicos de Família têm pela posição estratégica que ocupam junto destes doentes e das suas famílias, podendo contribuir para a modificação de alguns factores de risco e uma intervenção atempada, defendendo a importância de acções de formação sobre o tema da suicidologia. Na verdade, tem sido sugerido que simples encontros do doente com um profissional de saúde têm um efeito positivo no seu isolamento social uma vez que promovem as relações inter-pessoais (Pompili *et al.*, 2004) sendo que, como referido antes, a falta de redes de apoio e contacto sociais já foram mostrados como sendo importantes factores de risco para as condutas suicidárias. Além disso, tais encontros regulares permitem ainda a monitorização de sintomas não apenas psicóticos, mas também de sintomas depressivos e/ou desesperança por parte do doente, podendo actuar-se atempadamente no alívio do sofrimento, nomeadamente ainda na fase de ideação suicida, o primeiro passo na caminhada que leva ao suicídio. Nesse contexto, a inspiração de esperança é fundamental para o tratamento efectivo dos doentes com Esquizofrenia e é transmitida através de uma relação terapêutica empática (Hewitt e Edwards, 2006). Como em outros contextos é de fundamental importância a relação médico/profissional de saúde – doente, tendo em conta que sem uma relação de cumplicidade e confiança, é improvável que o doente partilhe os seus pensamentos, as dúvidas, as angústias, que discuta as suas perdas e as dificuldades diárias e que se consigam estabelecer objectivos terapêuticos acessíveis e adequados a cada doente. O doente deve assim ser encorajado a expor as suas preocupações nomeadamente acerca da medicação e efeitos colaterais, bem como económicas, sobre o isolamento social, o estigma, etc.

Uma questão importante refere-se às abordagens que visam o aumento do juízo crítico dos doentes para a sua doença Esquizofrénica, as quais devem ser cuidadosas e bem estruturadas, constituindo muitas vezes um dilema terapêutico. Assim, como referem Amador *et al.* (1996), intervenções com o objectivo de aumentar o juízo crítico dos doentes para a sua doença, devem ser orientadas específicas para aspectos como os relacionados com a aliança e a importância da adesão terapêutica, por exemplo, e deixar com fraca crítica os aspectos mais associados ao risco de comportamentos suicidários, como sejam o prognóstico reservado da doença. Como é amplamente conhecido, o tratamento em ambulatório é frequentemente prejudicado pelo abandono das consultas de seguimento por parte dos doentes com Esquizofrenia. Neste sentido, a adesão à terapêutica é um aspecto de crucial importância, devendo ser promovida desde o início da relação médico-doente. De acordo com alguns autores, um tratamento estruturado baseado em princípios cognitivos e na adesão terapêutica, aumentou significativamente mais o juízo crítico dos doentes com Esquizofrenia do que um aconselhamento não específico nos doentes em fase psicótica aguda.

Também a terapia cognitivo-comportamental breve se mostrou eficaz em reduzir a depressão, assim como em reduzir a ideação suicida e as tentativas de suicídio em doentes no primeiro episódio psicótico, através de efeitos significativos no sentimento de desesperança. Estudos com esta abordagem psicoterapêutica têm mostrado resultados promissores na redução da sintomatologia e na ideação suicida, podendo contribuir para um desenvolvimento da auto-eficácia (“*empowerment*”) dos doentes com Esquizofrenia. Trower *et al.* (2004) mostraram também que a terapia cognitiva reduz o grau de convicção no poder e superioridade das alucinações de comando dos doentes, reduzindo ainda os níveis de depressão.

CONDUTAS SUICIDAS NO DOENTE COM ESQUIZOFRENIA

As intervenções junto das famílias têm contribuído para a melhoria dos sintomas dos doentes com Esquizofrenia, para a redução do número e duração das hospitalizações, bem como aumentam a adesão à terapêutica e o funcionamento individual. Estes tratamentos são baseados na importância de envolver pessoas significativas para o doente e no facto de que ambientes familiares com elevada expressão emocional (crítica e de rejeição ou super-protectoras com sobreenvolvimento emocional) estarem associados a maior taxa de recidivas nestes doentes (Schultz *et al.*, 2007). Chama-se a atenção ainda para a importância de intervenções junto de familiares e amigos de doentes que cometeram suicídio, no sentido de prevenir eventuais ideias e tendências suicidas na população geral.

Uma importante medida preventiva que deve ser tida em conta por todos os profissionais de saúde inclui a psicoeducação quer de familiares, de cuidadores e a toda a comunidade em geral. Neste âmbito, também os meios de comunicação social podem ter um papel importante, veiculando informação dirigida à prevenção do suicídio. De facto, pode-se não apenas contribuir para a compreensão da doença mental, diminuindo a estigmatização dos doentes e das suas famílias na sociedade, mas também chamar a atenção para determinados sinais de alarme que estes doentes possam manifestar e que podem condicionar aumento do risco de suicídio. Como referem Pompili *et al.* (2004), os cuidadores devem dar atenção particular quando surgem:

- Alterações significativas (de terapeuta, de estrutura familiar, de interrelações, de residência)
- Perdas significantes (familiares, profissionais de saúde)
- Discriminação e abuso (sexual, social, emocional)

É ainda importante referir que reduzindo a acessibilidade a possíveis meios de suicídio também se pode contribuir para a redução das taxas de condutas suicidárias. Neste ponto, inclui-se a restrição ao uso de pesticidas, ao acesso a armas de fogo, a proximidade de locais de precipício ou ferrovias, entre outros.

Existem ainda várias intervenções de reabilitação psicossocial que têm mostrado eficácia na melhoria da qualidade de vida dos doentes com Esquizofrenia. Entre elas está a importância de melhorar as competências sociais dos doentes, através de programas de treino de competências, reabilitação vocacional e reintegração na sociedade, nomeadamente através de actividades ocupacionais, contribuindo para a protecção e suporte dos doentes enquanto reconstruem as suas expectativas de vida e auto-estima. Neste âmbito os Hospitais de Dia podem desempenhar um papel importante permitindo o acompanhamento e apoio por parte de equipas multidisciplinares, nomeadamente após o internamento em unidade de doentes agudos, período de elevado risco de suicídio.

Outros níveis de intervenção que podem conduzir à melhoria dos cuidados de saúde e, conseqüentemente, à redução das taxas de suicídio não apenas nos doentes com Esquizofrenia, mas na população geral, incluem a formação em condutas suicidárias quer de todos os profissionais de saúde em geral, mas especificamente junto dos Médicos de Medicina Geral e Familiar, como referido antes, mas também como parte da formação dos Médicos Internos de Psiquiatria. É importante também haver uma maior sensibilização para a importância de desenvolver estratégias de apoio e partilha direccionadas aos profissionais de saúde que lidam com o suicídio dos seus doentes. Na verdade, como referem Lafayette e Stern (2004), até um terço dos internos de Psiquiatria experienciam o suicídio de um doente

CONDUTAS SUICIDAS NO DOENTE COM ESQUIZOFRENIA

durante o seu internato, independentemente do seu diagnóstico e, mais cedo ou mais tarde, quase todos os médicos irão vivenciar a perda de um doente.

CONCLUSÕES

Os doentes com Esquizofrenia apresentam taxas de mortalidade duas a três vezes superiores às da população geral. Podemos considerar vários factores responsáveis como sejam a maior frequência de comorbilidades orgânicas, efeitos adversos relacionados com a medicação, factores socioeconómicos, relacionados com o estilo de vida dos doentes, menor utilização dos cuidados de saúde gerais e ainda a maior prevalência de suicídio nestes doentes.

Apesar de múltiplos e importantes estudos realizados acerca das condutas suicidárias nos doentes com Esquizofrenia, este permanece um importante problema de saúde. De facto, estes doentes apresentam uma taxa de suicídio de cerca de 10%, valor muito superior ao encontrado na população geral, sendo a principal causa de morte prematura nestes doentes. A avaliação clínica do risco de suicídio é contudo uma das tarefas mais delicadas da prática médica diária, mas também o melhor meio de que dispõem actualmente os profissionais de forma a poderem actuar atempadamente. Tal complexidade deve-se a questões que têm em conta múltiplos factores envolvidos em todo o processo suicida, a pouca especificidade dos factores de risco identificados e, julgo, toda a carga emocional que os comportamentos suicidas acarretam aos profissionais que lidam com estes doentes.

Enquanto a previsão precisa de condutas suicidas por parte dos doentes com Esquizofrenia não for possível, nem se conhecerem as bases neurobiológicas e genéticas subjacentes aos comportamentos suicidários nestes doentes, resta a todos os profissionais conhecerem para que estejam atentos aos múltiplos factores de risco que têm sido descritos. Assim, e a par com o tratamento efectivo da sintomatologia dos doentes, poderão ser tomadas medidas com o objectivo de diminuir o risco desde tipo de comportamentos.

CONDUTAS SUICIDAS NO DOENTE COM ESQUIZOFRENIA

Os factores de risco associados aos comportamentos suicidários nos doentes com Esquizofrenia, que por si só já têm associado um maior risco de suicídio, são a existência de tentativa de suicídio prévia, presença de perturbações afectivas comórbidas e/ou o sentimento de desesperança, acontecimentos de vida adversos, o sexo masculino, fraca rede de suporte social e familiar, a existência de história familiar de suicídio, abuso de substâncias (álcool ou outras drogas), elevado funcionamento pré-mórbido, fraca adesão à terapêutica, antecedentes de múltiplos internamentos, alta hospitalar recente sem um adequado planeamento terapêutico e também durante os primeiros anos de doença. Questões controversas têm-se verificado sobre a influência da sintomatologia psicótica positiva, bem como da presença de juízo crítico.

Ao contrário do consenso acerca da influência dos sintomas depressivos nestes doentes, tem-se encontrado uma relação incerta relativamente à associação entre sintomatologia psicótica positiva e comportamentos suicidários nos doentes com Esquizofrenia. Contudo, apesar da ausência de evidências estatísticas, existem casos descritos de suicídios resultantes de alucinações de comando e alterações delirantes do conteúdo do pensamento nestes doentes. Neste contexto, podemos estar perante um caso em que, na verdade, não houve uma intenção suicida que motivou o comportamento do doente, mas antes um movimento (do qual resultou a sua morte) em resposta a alterações psicopatológicas numa fase de descompensação da sua doença. Apesar de se compreender que condutas decorrentes de alucinações auditivo-verbais de comando possam resultar na própria morte do doente, na prática são raros estes casos, embora seja importante avaliar esta dimensão psicopatológica uma vez que pode contribuir, nomeadamente em doentes com outros factores de risco, para o aumento da probabilidade de condutas suicidárias.

Relativamente à presença de juízo crítico para a doença, parece haver uma relação bidireccional em relação à influência sobre o risco de suicídio. A presença de crítica para a

existência de delírios, embotamento afectivo, anedonia, perda de relações sociais, sintomas cognitivos em consequência da sua doença, assim como da necessidade de tratamento, ou seja, como que um quadro pintado nos tons mais cinzentos possíveis, podem conduzir ao aumento do risco de condutas suicidárias, nomeadamente através de sintomas depressivos e desesperança. Contudo, o desenvolvimento de juízo crítico para a presença de um problema de saúde mental no geral, pode favorecer que o doente adira à terapêutica, atingindo melhores resultados nas dimensões clínica, familiar e socio-ocupacional, assim como uma evolução mais favorável da sua doença, permitindo assim uma redução do risco de suicídio. Desta forma é necessário que os profissionais estejam atentos aos possíveis efeitos nefastos do desenvolvimento de juízo crítico destes doentes.

O avanço da ciência tem permitido verificar relações entre as condutas suicidárias e aspectos neurobiológicos. Desta forma, os factores de risco constituem-se de influências quer ambientais quer genéticas, que se inter-relacionam entre si. No contexto de estudos neurobiológicos, genéticos e estruturais, aguardam-se resultados de novos projectos científicos para que se possam desenvolver novos fármacos e estratégias de tratamento e prevenção mais específicas e eficazes.

No sentido de reduzir as taxas de suicídio nos doentes com Esquizofrenia, torna-se fundamental alertar todos os que contactam com os doentes, para o importante papel que podem desempenhar. É necessário tentar reduzir os factores de risco passíveis de serem modificados, controlar a sintomatologia psicótica e negativa, limitar o abuso de substâncias, prevenir ou reverter a deterioração cognitiva, tratar eficazmente outras comorbilidades e promover contactos regulares do doente com profissionais de saúde de forma à optimização das estratégias terapêuticas e preventivas. Na verdade, os contactos regulares dos doentes com os serviços de cuidados de saúde, permitem monitorizar a evolução da doença e alertar para

CONDUTAS SUICIDAS NO DOENTE COM ESQUIZOFRENIA

eventuais factores de risco suicidários, além de estabelecer uma relação de aliança e ajudar o doente a desenvolver as suas relações interpessoais. Permitir ao doente com Esquizofrenia sentir que tem um lugar seguro, por onde possa passar quando sinta necessidade, com profissionais que o conhecem e lhe abram sempre a porta, parece ser uma medida simples mas talvez de suma importância nomeadamente em momentos de crise do doente.

As estratégias que se têm mostrado mais eficazes na redução das condutas suicidárias requerem a integração de medidas psicofarmacológicas assim como intervenções psicossociais. A experiência mostra que para a prevenção eficaz do suicídio, o tratamento médico adequado do doente é apenas um dos componentes. Factores culturais, sociais e do meio-ambiente envolvente, embora mais difíceis de abordar de forma objectiva, devem ser tidos em grande consideração para a abordagem terapêutica completa, bio-psico-social, do doente.

Na psicofarmacologia é a clozapina, antipsicótico atípico, que tem mostrado maiores evidências científicas na redução das condutas suicidárias, embora a terapêutica combinada com antidepressivos e, por vezes, estabilizadores do humor, tenha também um papel importante nestes doentes. No âmbito das abordagens terapêuticas psicossociais, embora careçam de validação científica mais consistente, a terapia cognitivo-comportamental tem-se mostrado eficaz em reduzir as condutas suicidas nos doentes com Esquizofrenia, assim como sessões de terapia familiar.

Torna-se necessário desenvolver estudos científicos (no campo da psicofarmacologia, genética, abordagens psicossociais), para que se possam aplicar estratégias baseadas em evidências científicas, eficazes e mais específicas com vista ao tratamento e prevenção das condutas suicidárias nos doentes com diagnóstico de Esquizofrenia. Dado o desenvolvimento de novas tecnologias, o futuro poderá ser promissor.

CONDUTAS SUICIDAS NO DOENTE COM ESQUIZOFRENIA

Dada a complexidade que envolve o comportamento suicida, todos os cidadãos se devem unir no sentido de estabelecer medidas estruturadas e específicas com o objectivo de pôr em prática um plano de avaliação, intervenção e prevenção do suicídio.

Em anexo apresenta-se uma Sugestão de um Guia de Apoio, com a esperança que possa ser útil aos clínicos que lidam na sua prática profissional com doentes com diagnóstico de Esquizofrenia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Afonso, P (2010). Esquizofrenia – Para além dos mitos, descobrir a doença. Cascais: Principia. P. 33.

Aguilar EJ, García-Martí G, Martí-Bonmatí L, Lull JJ, Moratal D, Escartí MJ, Robles M, González JC, Guillamón MI, Sanjuán J (2008). Left orbitofrontal and superior temporal gyrus structural changes associated to suicidal behavior in patients with schizophrenia. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 32: 1673-1676.

Amador XF, Friedman JH, Kasapis C, Yale SA, Flaum M, Gorman JM (1996). Suicidal behavior in schizophrenia and its relationship to awareness of illness. *Am J Psychiatry* 153: 1185–1188.

American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. 4ª Ed Texto Revisto. Lisboa: Climepsi.

American Psychiatric Association (2003). *Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients with Suicidal Behaviors. Part A: Assessment, Treatment and Risk Management Recommendations*. *Am J Psychiatry* 160 (supplement): 1-60.

Auquier P, Lançon C, Rouillon F, Lader M (2007). Mortality in schizophrenia. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 16 (12): 1308-12.

Auquier P, Lançon C, Rouillon F, Lader M, Holmes C (2006). Mortality in schizophrenia. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 15 (12): 873-9.

CONDUTAS SUICIDAS NO DOENTE COM ESQUIZOFRENIA

Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D, Wasserman D (2004). Psychiatric diagnoses and suicide: revisiting the evidence. *Crisis* 25 (4): 147-55.

Bolton C, Gooding P, Kapur N, Barrowclough C, Tarrier N (2007). Developing psychological perspectives of suicidal behavior and risk in people with a diagnosis of schizophrenia: we know they kill themselves but do we understand why? *Clin Psychol Rev* 27 (4): 511-36.

Brent DA, Mann JJ (2005). Family genetic studies, suicide and suicidal behavior. *Am J Med Genet* 133C (1): 13-24.

Burgess P, Pirkis J, Morton J, Croke E (2000). Lessons from a comprehensive clinical audit of users of psychiatric services who committed suicide. *Psychiatr Serv* 51: 1555-1560.

Caldwell CB, Gottesman II (1990). Schizophrenics kill themselves too: A review of risk factors for suicide. *Schizophr Bull* 16: 571-589.

Carlborg A, Jokinen J, Nordström AL, Jönsson EG, Nordström P (2009). CSF 5-HIAA, attempted suicide and suicide risk in schizophrenia spectrum psychosis. *Schizophr Res* 112: 80-85.

Carlborg A, Winnerbäck K, Jönsson EG, Jokinen J, Nordström P (2010). Suicide in schizophrenia. *Expert Rev Neurother* 10 (7): 1153-64.

Caspi A, Sugde K, Moffitt TE, Taylor A, Craig IW, Harrington H, McClay J, Mill J, Martin J, Martin J, Braithwaite A, Poulton R (2003). Influence of life stress on depression: Moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science* 301: 386-389.

Cooper J, Kapur N, Webb R, Lawor M, Guthrie E, Mackway-Jones K, Appleby L (2005). Suicide after deliberate self-harm: a 4-year cohort study. *Am J Psychiatry* 162: 297-303.

Correa H, De Marco L, Boson W, Nicolato R, Teixeira AL, Campo VR, Romano-Silva MA (2007). Association study of T102C 5-HT(2A) polymorphism in schizophrenic patients: diagnosis, psychopathology, and suicidal behavior. *Dialogues Clin Neurosci* 9 (1): 97-101.

Courtet P, Jollant F, Castelnaud D, Buresi C, Malafosse A (2005). Suicidal behavior: Relationship between phenotype and serotonergic genotype. *Am J Med Genet C Semin Med Genet* 133C (1): 25-33.

Dam J (2006). Insight in schizophrenia: a review. *Nord J Psychiatry* 60 (2): 114-20.

Durkheim E (1897). *Le suicide*. Paris: Alcan. Tradução portuguesa – O suicídio. Lisboa: Editorial Presença, 2001.

Ernest CL, Goldberg JF (2004). Antisuicide properties of psychotropic drugs: a critical review. *Harv Rev Psychiatry* 12 (1): 14-41.

Fenton WS, McGlashan TH, Victor BJ, Blyler CR (1997). Symptoms, subtype and suicidality in patients with schizophrenia spectrum disorders. *Am J Psychiatry* 154: 199-204.

Gil NP (2006). Abordagem Psicofarmacológica da Ideação Suicida. In: *Comportamentos Suicidários em Portugal (Capítulo 18, pp 377-407)*. Coimbra: Sociedade Portuguesa de Suicidologia.

Goldston DB, Daniel SS, Reboussin DM, Reboussin BA, Frazier PH, Kelley AE (1999). Suicide attempts among formerly hospitalized adolescents: A prospective naturalistic study of risk during the first 5 years after discharge. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 38 (6): 660-71.

Harkavy-Friedman JM, Kimhy D, Nelson EA, Venarde DF, Malaspina D, Mann JJ (2003). Suicide attempts in Schizophrenia: The role of command auditory hallucinations for suicide. *J Clin Psychiatry* 64: 871-874.

Haw C, Hawton K, Sutton L, Sinclair J, Deeks J (2005). Schizophrenia and deliberate self-harm: A systematic review of risk factors. *Suicide Life Threat Behav* 35 (1): 50-62.

Hawton K, Sutton L, Haw C, Sinclair J, Deeks JJ (2005). Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors. *Br J Psychiatry* 187: 9-20.

Heilä H, Isometsä ET, Henriksson MM, Heikkinen ME, Marttunen MJ, Lönnqvist JK (1997). Suicide and schizophrenia: a nationwide psychological autopsy study on age- and sex-specific clinical characteristics of 92 suicide victims with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 154: 1235-1242.

Hellerstein D, Frosch W, Koenigsberg HW (1987). The clinical significance of command hallucinations. *Am J Psychiatry* 144: 219-221.

Hewitt JL, Edwards SD (2006). Moral perspectives on the prevention of suicide in mental health settings. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 13 (6): 665-72.

Hor K, Taylor M (2010). Suicide and schizophrenia: A systematic review of rates and risk factors. *J Psychopharmacol* 24 (4 Suppl): 81-90.

Jacobs D, Brewer M (2004). APA Practice Guideline Provides Recommendations for Assessing and Treating Patients With Suicidal Behaviors. *Psychiatr Ann* 34:5.

Kendler KS, Tsuang MT (1981). Nosology of paranoid schizophrenia and other paranoid psychoses. *Schizophr Bull* 7 (4): 594-610.

Kerwin RW, Bolonna AA (2004). Is clozapine antisuicidal? *Expert Rev Neurother* 4 (2): 187-90.

Kohler CG, Lallart EA (2002). Postpsychotic depression in schizophrenia patients. *Curr Psychiatry Rep* 4 (4): 273-8.

Kutcher S, Chechil S (2007). *Gestão do risco de suicídio: um manual para profissionais de saúde*. Portugal: Lundbeck Institute.

Lafayette JM, Stern TA (2004). The impact of a patient's suicide on psychiatric trainees: a case study and review of the literature. *Harv Rev Psychiatry* 12 (1): 49-55.

Lester D (1989). A test from Durkheim's theory of suicide using data from modern nations. *Int J Comp Sociol* 30: 235-238.

Li D, Duan Y, He L (2006). Association study of serotonin 2A receptor (5-HT_{2A}) gene with schizophrenia and suicidal behavior using systematic metaanalysis. *Biochem Biophys Res Commun* 17; 340(3): 1006-15.

Lysaker PH, Buck KD, Salvatore G, Popolo R, Dimaggio G (2009). Lack of awareness of illness in schizophrenia: conceptualizations, correlates and treatment approaches. *Expert Rev Neurother* 9 (7): 1035-43.

Macedo AF, Dourado A, Valente J, Coelho I, Soares MJ, Santos V, Azevedo MHP (2002). Comportamento suicida: Alguns aspectos neurobiológicos. *Psiquiatria Clínica* 23: 29-41.

Maguire GA (2002). Comprehensive understanding of schizophrenia and its treatment. *Am J Health Syst Pharm* 59: S4-11.

Mamo DC (2007). Managing suicidality in schizophrenia. *Can J Psychiatry* 52(6 Suppl 1): 59S-70S.

Mann JJ (1998). The neurobiology of suicide. *Nat Med* 4: 25-30.

Marcinko D, Martinac M, Karlović D, Filipčić I, Loncar C, Pivac N, Jakovljević M (2005). Are there differences in serum cholesterol and cortisol concentrations between violent and non-violent schizophrenic male suicide attempters? *Coll Antropol* 29 (1): 153-7.

Meltzer HY (2001). Treatment of suicidality in schizophrenia. *Ann N Y Acad Sci* 932: 44-58; discussion 58-60.

Meltzer HY (2002). Suicidality in schizophrenia: a review of the evidence for risk factors and treatment options. *Curr Psychiatry Rep* 4 (4): 279-83.

Meltzer, HY (2005). Suicide and Schizophrenia, Clozapine, and Adoption of Evidence-Based Medicine. *J Clin Psychiatry* 66 (4): 530-3.

Mohr S, Huguelet P (2004). The relationship between schizophrenia and religion and its implications for care. *Swiss Med Wkly* 134 (25-26): 369-76.

Möller HJ (2005). Occurrence and treatment of depressive comorbidity/cosyndromality in schizophrenic psychoses: conceptual and treatment issues. *World J Biol Psychiatry* 6 (4): 247-63.

Montross LP, Zisook S, Kasckow J (2005). Suicide among patients with schizophrenia: a consideration of risk and protective factors. *Ann Clin Psychiatry* 17(3): 173-182.

Palmer DD, Henter ID, Wyatt RJ (1999). Do antipsychotic medications decrease the risk of suicide in patients with schizophrenia? *J Clin Psychiatry* 60 (suppl 2): 100-3.

Pescosolido BA (1990). The social context of religious integration and suicide: Pursuing the network explanation. *Sociol Q* 31: 337-357.

CONDUTAS SUICIDAS NO DOENTE COM ESQUIZOFRENIA

Pinikahana J, Happell B, Keks NA (2003). Suicide and schizophrenia: a review of literature for the decade (1990-1999) and implications for mental health nursing. *Issues Ment Health Nurs* 24 (1): 27-43.

Pio-Abreu JL (2005). *Introdução à Psicopatologia compreensiva*. 5ª Ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. P. 256.

Pompili M, Girardi P, Ruberto A, Tatarelli R (2004). Toward a new prevention of suicide in schizophrenia. *World J Biol Psychiatry* 5 (4): 201–210.

Pompili M, Ruberto A, Girardi P, Tatarelli R (2004). Suicide in schizophrenia. What are we going to do about it? *Ann Ist Super Sanita* 40 (4): 463-473.

Pompili M, Ruberto A, Kotzalidis GD, Girardi P, Tatarelli R (2004). Suicide and awareness of illness in schizophrenia: an overview. *Bull Menninger Clin* 68 (4): 297-318.

Pompili M, Amador XF, Girardi P, Harkavy-Friedman J, Harrow M, Kaplan K, Krausz M, Lester D, Meltzer HY, Modestin J, Montross LP, Mortensen PB, Munk-Jorgensen P, Nielsen J, Nordentoft M, Saarinen PI, Zisook S, Wilson ST, Tatarelli R (2007). Suicide risk in schizophrenia: learning from the past to change the future. *Ann Gen Psychiatry* 16: 6-10.

Reid WH (2010). Preventing Suicide. *J Psychiatr Pract* 16: 120-124.

Roy A (1985). Suicide and psychiatric patients. *Psychiatric Clinics of North America* 8: 227-241.

Roy A, Sarchiopone M, Vladimir C (2009). Gene-environment interaction and suicidal behavior. *J Psychiatr Pract* 15: 282-288.

Ruiloba JV (2006). *Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría*. 6ª Ed. Espanha: Masson.

CONDUTAS SUICIDAS NO DOENTE COM ESQUIZOFRENIA

Saha S, Chant D, McGrath J (2007). A systematic review of mortality in schizophrenia: is the differential mortality gap worsening over time? *Arch Gen Psychiatry* 64 (10): 1123-31.

Saraiva CB (2006). Estudos sobre o para-suicídio: O que leva os jovens a espreitar a morte. Coimbra: Redhorse. P. 233.

Saraiva CB (2010). Suicídio: de Durkheim a Shneidman, do determinismo social à dor psicológica individual. *Psiquiatria Clínica* 31 (3): 185-205.

Schultz SH, North SW, Shields CG (2007). Schizophrenia: a review. *Am Fam Physician* 75 (12): 1821-9.

Seeman MV (2007). An outcome measure in schizophrenia: mortality. *Can J Psychiatry* 52 (1): 55-60.

Shneidman ES (1984). Aphorisms of suicide and some implications for psychotherapy. *Am J Psychother* 38: 319-328.

Siris SG (2001). Suicide and schizophrenia. *J Psychopharmacol* 15 (2): 127-35.

Tandon R (2005). Suicidal behavior in schizophrenia. *Expert Rev Neurother* 5 (1): 95-9.

Trower P, Birchwood M, Meaden A; Byrne S, Nelson A, Ross K (2004). Cognitive therapy for command hallucinations: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 184: 312-320.

Vicente C, Veiga FA, Craveiro A, Saraiva CB (2001). Comportamentos suicidários em esquizofrénicos: Um estudo retrospectivo de doentes internados nos HUC (1995-1999). *Psiquiatria Clínica* 22: 77-83.

CONDUTAS SUICIDAS NO DOENTE COM ESQUIZOFRENIA

Wagstaff A, Perry C (2003). Clozapine: in prevention of suicide in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder. *CNS Drugs* 17 (4): 273-80.

World Health Organization (1992). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas*. Brasil: Artmed.

Yoon JH, Carter CS (2006). Schizophrenia. In: *Textbook of Suicide Assessment and Management* (Chapter 14, pp 301-311). Arlington: American Psychiatric Publishing.

Zisook S, Byrd D, Kuck J, Jeste DV (1995). Command hallucinations in outpatients with schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 56: 462-465.

Sítios na Internet:

American Psychiatry Association: www.psych.org

Sociedade Portuguesa de Suicidologia: www.spsuicidologia.pt

World Health Organization: www.who.org

ANEXO

SUGESTÃO DE GUIA PARA APOIO CLÍNICO NA AVALIAÇÃO DO RISCO DE CONDUTAS SUICIDÁRIAS NO DOENTE COM DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA

FACTOR DE RISCO	Sim	Não
Sexo masculino		
Desemprego		
Fraca rede de apoio social/familiar		
Depressão, humor deprimido e/ou desesperança		
Tentativa de suicídio prévia		
História familiar de suicídio		
Acontecimentos de vida adversos (perda recente, instabilidade ou stress familiar, etc.)		
Abuso de substâncias		
Alto nível de funcionamento pré-mórbido		
Primeira década após o início da doença (embora o risco de suicídio esteja elevado ao longo de toda a vida do doente)		
Múltiplos internamentos		
Alta hospitalar recente		
Fraca adesão à terapêutica		
Juízo crítico/"insight": delírios, embotamento afectivo, anedonia, perda de relações sociais, sintomas cognitivos, necessidade de tratamento		
Sintomatologia positiva (alucinações auditivo-verbais de comando, delírios persecutórios ou de controlo – tipo Paranóide)		

CONDUTAS SUICIDAS NO DOENTE COM ESQUIZOFRENIA

Deve ser utilizado apenas como um guia de apoio durante a avaliação do doente com Esquizofrenia, nomeadamente do risco de condutas suicidárias. Pode contribuir para a decisão acerca das melhores estratégias de tratamento e prevenção a adoptar para cada doente.