

Síndrome da Crise Suicida: Uma Tentativa de Prever o Suicídio

Suicide Crisis Syndrome: An Attempt to Predict Suicide

Mariana Maia Marques, Inês Grenha, Leonor Lopes, Juliana Lima Freixo

Autor correspondente/Corresponding Author:

Mariana Maia Marques [marianaa2m@gmail.com]

ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-8263-1684>

Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Unidade Local de Saúde do Alto Minho, Viana do Castelo, Portugal.

Estrada de Santa Luzia, 4904-858 Viana do Castelo

DOI: <https://doi.org/10.29315/gm.1117>

PALAVRAS-CHAVE: Fatores de Risco; Ideação Suicida; Suicídio; Tentativa de Suicídio.

KEYWORDS: Risk Factors; Suicidal Ideation; Suicide, Suicide, Attempted.

Pelo menos 727 000 pessoas morreram por suicídio em 2021, a nível mundial.¹ Nesse ano, estima-se que o suicídio tenha sido responsável por 1,1% de todas as mortes.¹

Um dos fatores que parece contribuir para a elevada prevalência desta taxa, reside na dificuldade em prever “Quem” se encontra em risco e ainda mais “Quando” esse risco se torna iminente.² Apesar da comprovada importância da avaliação dos fatores de risco suicidário, da presença de ideação suicida (IS) e da sua egosintonia, antecipar um comportamento suicida mantém-se desafiante.²

Tem sido demonstrada a baixa fiabilidade da autodeclaração da IS como pedra angular na avaliação de risco, estimando-se que até cerca de 78% das pessoas que morreram por suicídio a tenham negado aos próprios profissionais de saúde, quando diretamente questionadas.²

Com o intuito de melhorar esta previsibilidade, Igor Galynker, em 2017, concebeu a síndrome da crise suicida (SCS), descrevendo um estado afetivo agudo que antecede uma tentativa de suicídio, e pode durar apenas minutos.³

Atualmente, a SCS é definida por 5 critérios: A – Aprisionamento, o sintoma central – urgência em escapar de uma situação insuportável, da qual não há fuga possível; B1 – Perturbação afetiva – dor emocional, episódios curtos e intensos de emoções negativas, ansiedade extrema e anedonia; B2 – Perda de controlo cognitivo – ruminações persistentes, rigidez cognitiva, falha na supressão de pensamentos negativos; B3 – Hiperativação – agitação psicomotora, hipervigilância, irritabilidade e insónia; B4 – Isolamento social.³ Para auxiliar no diagnóstico desta síndrome, foi desenvolvido o questionário de autopreenchimento *Suicide Crisis Inventory-2* (SCI-2).³

Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Unidade Local de Saúde do Alto Minho, Viana do Castelo, Portugal.

Recebido/Received: 2025-09-30. Aceite/Accepted: 2025-12-12. Publicado online/Published online: 2026-01-20. Publicado/Published: 2026-03-27.

© Gazeta Médica 2026. Re-use permitted under CC BY-NC 4.0. No commercial re-use.

© Gazeta Médica 2026. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC 4.0. Nenhuma reutilização comercial.

Adicionalmente, Galynker considerou a SCS como estágio final de um modelo de progressão para o suicídio – o Modelo Narrativo da Crise Suicida.³ Este modelo descreve um processo em 3 níveis: 1) Traços de vulnerabilidade, que descrevem a propensão à suicidalidade (tais como perfeccionismo, impulsividade e desesperança)³; 2) Narrativa suicida, que surge como reação cognitiva a eventos de vida stressores e se assemelha a um guião de uma história de vida “falhada” – envolvendo sete fases sequenciais, baseadas em distorções da percepção do indivíduo de si e do mundo: objetivos de vida irrealistas; sentimento de “direito” à felicidade; incapacidade de redirecionamento a objetivos mais realistas; experiência de “derrota” pessoal/social humilhante; percepção de “ser um fardo” para os outros; ausência de sentimento de pertença; percepção de ausência de futuro³; 3) SCS, desencadeada pela ativação da narrativa suicida.³

Investigação recente evidenciou que a presença de SCS implica um risco de tentativa de suicídio sete vezes superior,⁴ e que a combinação de SCS e IS está associada a taxas de comportamento suicida mais elevadas (22,2%), comparando com IS isoladamente (6,0%).⁵

Apesar da utilidade clínica destes modelos ser extensível a vários contextos, sugere-se a aplicação do SCI-2 (ou da sua versão reduzida) em Serviço de Urgência – pelo carácter agudo e asseverante da sintomatologia – perante episódios de crise emocional, com hiperativação psicomotora e sensação de aprisionamento, entre outras características da SCS. O diagnóstico desta síndrome reforça a urgência de estratégias que aliviem o sofrimento agudo, contenham o risco iminente autolésivo e evitem a evolução para comportamentos suicidas.

Como limitações a este conceito, de referir o facto do SCI-2 requerer um autopreenchimento num momento de sofrimento atroz, e a necessidade de ser conduzida mais investigação que avalie a significância e a validade clínica destes construtos.

Concluindo, destaca-se a importância de uma maior consciencialização, tanto dos profissionais de saúde como da sociedade civil, para a narrativa suicida e para a SCS como sinais de alarme para risco suicidário a curto prazo.³ A identificação atempada da SCS poderá contribuir para uma prevenção do suicídio mais eficaz. Importa, porém, salvaguardar-se que a elevada complexidade do fenómeno suicidário dificilmente permitirá, alguma vez, uma previsão precisa do comportamento suicida.

DECLARAÇÃO DE CONTRIBUIÇÃO /CONTRIBUTORSHIP STATEMENT

MMA: Desenho e conceção do artigo, pesquisa e análise de dados, redação e revisão crítica do manuscrito.

IG, LL, JLF: Desenho e conceção do artigo, revisão crítica do manuscrito.

Todos autores aprovaram a versão final a ser publicada.

MMA: Article design and conception, data research and analysis, manuscript writing and critical review.

IG, LL, JLF: Article design and conception, manuscript critical review.

All authors approved the final version to be published.

RESPONSABILIDADES ÉTICAS

CONFLITOS DE INTERESSE: Os autores declaram não possuir conflitos de interesse.

SUORTE FINANCEIRO: O presente trabalho não foi suportado por nenhum subsídio ou bolsa.

PROVENIÊNCIA E REVISÃO POR PARES: Não comissionado; revisão externa por pares.

ETHICAL DISCLOSURES

CONFLICTS OF INTEREST: The authors have no conflicts of interest to declare.

FINANCIAL SUPPORT: This work has not received any contribution grant or scholarship.

PROVENANCE AND PEER REVIEW: Not commissioned; externally peer reviewed.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Suicide worldwide in 2021: global health estimates. Geneva: World Health Organization; 2025 [accessed 2025 Jun 15]. Available: <https://iris.who.int/handle/10665/381495>.
2. Rogers ML, Bloch-Elkouby S, Galynker I. Differential disclosure of suicidal intent to clinicians versus researchers: Associations with concurrent suicide crisis syndrome and prospective suicidal ideation and attempts. *Psychiatry Res.* 2022;312:114522. doi: 10.1016/j.psychres.2022.114522.
3. Melzer L, Forkmann T, Teismann T. Suicide Crisis Syndrome: A systematic review. *Suicide Life Threat Behav.* 2024;54:556-74. doi: 10.1111/sltb.13065.
4. Yaseen ZS, Hawes M, Barzilay S, Galynker I. Predictive Validity of Proposed Diagnostic Criteria for the Suicide Crisis Syndrome: An Acute Presuicidal State. *Suicide Life Threat Behav.* 2019;49:1124-35. doi: 10.1111/sltb.12495.
5. Rogers ML, Bafna A, Galynker I. Comparative clinical utility of screening for Suicide Crisis Syndrome versus suicidal ideation in relation to suicidal ideation and attempts at one-month follow-up. *Suicide Life Threat Behav.* 2022;52:866-75. doi: 10.1111/sltb.12870.