

1 - INTRODUÇÃO

A palavra suicídio deriva do latim e significa: *sui* = si mesmo e *caedes* = acção de matar-se a si mesmo (4, 20, 48). O termo suicídio foi referido pela primeira vez num dicionário em Inglaterra em 1660, no Oxford English Dictionary. Um século mais tarde em 1775 a palavra suicídio não foi mencionada nos dicionários ingleses, provavelmente associada ao tabu e preconceito em torno do suicídio. O motivo pelo qual este assunto é abordado no presente trabalho deve-se ao facto de que o médico no exercício da sua profissão depara-se com o dilema de como abordar um paciente com comportamentos suicidas.

Estima-se que 60% a 75% dos pacientes que tentam suicidar-se recorrem a um médico, um a seis meses antes de pôr termo a vida (30, 53). Dentro da mitologia, o suicídio refere-se à ideia de que as tentativas de suicídio não são valorizadas, e as teorias do próprio acto servem apenas para atrair à atenção do universo sócio-familiar, devido ao facto destes actos não serem potencialmente fatais, tais teorias podem não estar correctas (19, 20, 57, 64).

Estes actos devem ser interpretados como um pedido de ajuda que carece de atenção e compreensão (19,20,36, 52), caso contrário um dia o suicídio será bem sucedido.

Material e Método para a realização do presente trabalho, incidiu na utilização de vários motores de busca disponíveis na Web. Como exemplo, o Altavista é bastante eficaz quanto a actualizações de informações, permite uma pesquisa fácil aos artigos portugueses: “<http://www.portugal-linha.pt/arteviver/suicidiojuvenil.htm>”.

O site disponibiliza milhões de páginas e documentos. A utilização de palavras-chaves como: Suicídio em Portugal, comportamentos para-suicidários e tentativas de suicídio permitem obter registos referentes a um grande número de informação www.suicideinfo.org/portuguese/suicidal.htm.

A utilização das palavras Suicídio+Portugal, permite um registo de resultado extenso. Com a utilização da palavra “Suicídio” obtem-se informação sobre o suicídio e depressão, o que indica uma diferença significativa entre ambos. Entre estes motores de busca referidos existem ainda o PubMed, o Google Académico e o Available: “http://www.medscape.com/viewarticle/510318_6 Accessed December 9, 2007”.

Com a utilização das seguintes palavras-chaves “ *suicídio, tentativas de suicídios comportamentos suicidários* ”, o motor de busca refere outras fontes de informação tais como: Artigos, jornais relacionados sobre a depressão e comportamentos suicidários.

A partir da revisão bibliográfica dos livros do Professor Doutor Carlos Braz Saraiva, com os títulos: “Estudos sobre o para-suicídio” e “Comportamentos Suicidários em Portugal”, 1ª edição Abril de 2006.

A segunda parte do trabalho, realizou-se a partir de pesquisas de processos clínicos de doentes observados no Centro Hospitalar Cova da Beira entre 2005 e 2008, por tentativas de suicídio. A amostra composta por um total de 47 doentes, sendo 23 do sexo feminino e 24 do sexo masculino, verificou-se que à semelhança do que refere a literatura, as mulheres utilizam métodos menos agressivos em relação aos homens tais como: Intoxicações medicamentosas associadas ao uso abusivo do álcool, e em relação aos homens verificou-se o recurso a intoxicação medicamentosa e pesticida associado a ingestão abusiva de álcool e drogas, acidente de automóvel.

Quanto ao para-suicídio o recurso à ingestão de doses elevadas de fármacos, verificados sobretudo entre as mulheres à semelhança do que refere a literatura.

2 – OBJECTIVOS

O objectivo principal do presente trabalho é o estudo a partir de revisão monográfica, abordando o comportamento suicidário e como forma de chamar a atenção quanto à adopção de medidas preventivas e eficazes, em caso de risco potencial de novos eventos, difundir a informação em relação a este problema de modo a dar respostas ao principal factor de risco e tentar perceber de forma global a situação de Portugal em relação aos comportamentos suicidários.

Com este estudo global irá ser feita uma breve caracterização em doentes seguidos nos serviços de psiquiatria do Centro Hospitalar Cova da Beira entre 2005 e 2008, sendo referida a população com maior risco de comportamentos suicidas de modo a se proporem medidas preventivas de acordo com as características dos indivíduos da população, bem como adaptá-las as suas necessidades.

3 – MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo, teve início em Outubro de 2009, com uma pesquisa bibliográfica. A primeira parte do estudo foi feita a partir de uma revisão monográfica referente aos temas: tentativas de suicídio e comportamentos para-suicidários. Realizaram-se pesquisas bibliográficas aos livros com o título: “Estudos sobre o para-suicídio” e “Comportamentos suicidários em Portugal” do autor Dr. Carlos Braz Saraiva 1ª edição de 2006 e outras fontes. Neste âmbito procedeu-se também a pesquisas em vários motores de busca disponíveis na Web.

A segunda parte do trabalho, trata-se de um estudo retrospectivo documental, feita a partir de análise casuística, obtidos da pesquisa de processos clínicos, durante o mês de Dezembro de 2009, com uma frequência de duas vezes por semana. Foram realizadas pesquisas aos processos clínicos e registos informatizados disponíveis no CHCB. Como material através de uma lista fornecida pelo CHCB, em que constavam os doentes referenciados aos serviços de psiquiatria do CHCB, por suspeita de tentativa de suicídio entre 2005 e 2008. A amostragem constituída por de cerca 455 (100%) pacientes, observados nos serviços de urgência por intoxicação.

Feita a recolha da informação procedeu-se ao tratamento dos dados estatísticos bem como à realização de gráficos ilustrativos pesquisa referida anteriormente.

As variáveis utilizadas nos estudos foram as seguintes: Sexo, Idade, estado civil, local de residência, número de tentativas de suicídio, patologias de bases, grau gravidade do acto, presença de ideação suicida e método utilizado.

Foram definidos critérios de exclusão e inclusão para amostra. Como critérios de inclusão, o facto de residência ser na Covilhã ou arredores, ser possível a pesquisa dos processos, dever constar no processo clínico o recurso ao Centro Hospitalar Cova da Beira por tentativas de suicídios referente aos anos de 2005 e 2008. Como critérios de exclusão, não ser possível a consulta do processo clínico, não constar o diagnóstico de tentativas de suicídio, não residir na Covilhã ou arredores entre 2005 e 2008. Excluídos do estudo cerca de 408 (90%) do total da amostragem. Sendo 175 (43%) por impossibilidade em consultar os processos clínicos (por falta de número de processo clínico). Cerca de 90 (22%) por abandono do tratamento ou saída contra parecer médico, cerca de 142 (34,8%) transferidos para outros hospitais ou outros serviços e apenas 1 (0,24%) falecido.

Após a selecção estimou-se que a amostra seria composta por um total de 47 doentes, sendo 23 do sexo feminino 49% e 24 do sexo masculino 51%. A utilização de variáveis como o sexo, idade, estado civil, diagnósticos de patologias psiquiátricas, presença de ideias suicidas, numera tentativas e métodos utilizados. A faixa etária entre 19 aos 70 anos de idade.

Verificou-se que os métodos mais utilizados pelas mulheres foram intoxicações medicamentosas associadas ao consumo de álcool e em relação aos homens, intoxicação medicamentosa e por organofosfarado potencializado pela ingestão de álcool e acidente de automóvel.

4 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

4.1. Definição

O suicídio surge como produto final ou consequência destes tipos de comportamento e neste âmbito o mais importante é saber como prevenir. Sendo assim o suicídio pode ser referido como a trágica e intempestiva perda de vida humana. O mais devastador e perplexo de tudo o que é representado por um acto da vontade do próprio.

Quando o tema é morte por suicídio, aumentam as dificuldades em se perceber o porquê, uma vez que nesta situação é acrescido o aspecto da vontade humana (4, 19,20, 44).

Suicídio é um acto que gera repercussões importantes em todos os contextos, desde o familiar até o amplo contexto social, incluindo os profissionais de saúde. O suicídio retrata uma situação na qual o sujeito decide acabar com a própria vida, tentando assim, livrar-se de uma situação de dor psíquica insuportável. Os números referentes ao suicídio têm aumentado consideravelmente (13, 55, 57).

O termo suicídio é aplicado a todos os casos de morte resultantes directa ou indirectamente de um acto positivo ou negativo da própria vítima com conhecimento de que um determinado acto produzirá tal resultado (19, 20, 44, 57). Estudos sobre a psicanálise estabelecem que a auto-aversão vista na depressão origina-se na raiva em direcção a um objecto de amor; raiva que a pessoa desvia para si mesma. Segundo Freud o suicídio seria a expressão máxima desse fenómeno e refere não haver suicídio sem desejo reprimido de matar alguém. Trabalho publicado em (1917) com o título *Luto e Melancolia* (24,44,55).

Segundo a literatura de KAPLAN (1997), este autor refere-se ao suicídio como sendo morte intencional auto-infringida, um acto aleatório sem finalidade, um escape a um problema ou crise que causa imenso sofrimento, associado à necessidade frustrada ou não satisfeita, sentimento de desesperança e desespero, conflito ambivalente entre a

sobrevivência e um stress insuportável, um estreitamento entre a opção percebida e a necessidade de fuga (19, 20, 57).

A literatura refere que o suicídio é mais comum entre os homens com idades entre 25 e 35 anos, ao passo que as tentativas de suicídio são mais usuais em mulheres com idade entre 18 e 30 anos. Há alguns indicadores de suicídio, embora novamente não se obtenha consenso entre os autores: o suicídio estaria altamente relacionado aos desempregados, brancos, com patologia psiquiátrica, associado ao uso abusivo de álcool e drogas, tal como com tentativa de suicídio anterior (19, 20, 44, 55,57).

O suicídio representa anualmente cerca de um milhão de mortes, prevendo-se que este número aumente para 1,5 milhões em 2020, segundo a OMS. Cerca de um quarto das mortes afectam jovens até aos 25 anos, representando aproximadamente 20 milhões de anos de vida potencialmente perdidos (44,55,57).

Actualmente o número de suicídios representa mais que os somatórios das mortes em guerras e homicídios (30, 44,53).

Na Europa as taxas de suicídio mais elevadas têm origem nos países de leste, variando as taxas entre 45 e 75 por 100.000 habitantes por ano. As taxas mais baixas registam-se em países da Europa Mediterrânica e em países islâmicos, onde a taxa é inferior. Na maioria dos países da América do Norte, Europa e Ásia as taxas oscilam entre 10 e 35 suicídios por 100.000 habitantes.

Por cada suicídio consumado estima-se que haja cerca de 20 a 30 comportamentos suicidários, em que só um quarto tem contacto com os serviços de saúde (4, 24, 44, 57).

De acordo alguns estudos estima-se que o número de suicídio bem como os comportamentos suicidas e o seu impacto na sociedade vem aumentando ao longo do tempo. Segundo a Organização Mundial da saúde, OMS, estima-se que em 2020 aproximadamente 1,53 milhões de pessoas no mundo irão cometer suicídio.

Estima-se que em 2003 o número de suicídio em termos globais foi de cerca de 900 mil pessoas (19,20, 30, 44, 57).

As taxas globais de suicídio são expressas em números de casos por 100.000 habitantes. Os coeficientes de mortalidade passaram de 35 por 100 mil habitantes por ano em países do Leste Europeu como (Lituânia, Estónia, e Rússia). Representa menos de 10 por 100 mil habitantes (Portugal, Itália, Espanha, Reino, Unido). Os números de suicídio no século XXI duplicaram em relação à década de 90 em Portugal. Estima-se anualmente, o registo nos Serviços de Urgência, de cerca de 20 a 30 mil casos de comportamentos suicidários (30, 53).

Segundo a (OMS) houve uma redução do número de suicídios em Portugal por volta dos anos 90. Segundo alguns estudos cerca de 3.000 pessoas por dia cometem suicídio no mundo, o que significa que de cada 30 segundos uma pessoa põe fim a própria vida. Estima-se que para cada pessoa que consegue suicidar-se houve 20 ou mais tentativas sem sucesso. Os comportamentos para-suicidas estão a aumentar de forma preocupante em alguns Países Ocidentais (12,15,19, 20, 57, 77,).

4.2 EPIDEMIOLOGIA

4.2.1 - INCIDÊNCIA

Segundo os dados do instituto de suicidologia portuguesa, Portugal passou de cerca de 500 suicídios por ano no final da década de 90 para cerca de 1200, em 2002 e de 1100 casos em 2003. Estima-se que Portugal registou um aumento de taxa de 500 suicídios por ano, no final do século XX e actualmente com cerca de 1200 por ano (19, 20). O que quer dizer que entre três a quatro anos houve um aumento da taxa de suicídio superior a 100%. O que deixa a comunidade médica apreensiva e na expectativa de se voltar aos anos obscuros das décadas de 30 e de 80, altura em que o número de suicídios foi sempre crescente. Procura-se saber o que ocorreu segundo o ponto de vista psiquiátrico e sociológico para este aumento (24,55,42,29).

4.2.2 - PREVALÊNCIA

Estima-se que em Portugal ocorram aproximadamente mil suicídios por ano. Portugal continua a colocar no cimo da tabela de estatísticas o Alentejo, o Algarve e a grande Lisboa. O Alentejo é considerada, zona critica por ocorrer um numero elevado de suicídios em relação as outras zonas (30, 53, 28). De acordo com a literatura existem factores associados a este problema no Alentejo como: a baixa densidade populacional; menor grau de integração; existência de um isolamento progressivo tanto no âmbito familiar como social; a população maioritariamente composta por idosos, havendo uma grande solidão no meio em que se vive, o que constitui um factor importante para o surgimento deste tipo de problemas, ao tornar as pessoas destas zonas, irritantes, tensas, insuportáveis, associado a sensação de inutilidade, neste âmbito recorre-se a utilização de recursos para pôr fim a vida como forma de resolução dos problemas como a ingestão de fármacos, venenos, produtos químicos, tóxicos, armas de fogo, afogamento, enforcamento (Carlos Braz Saraiva 2006).

Segundo dados divulgados da OMS, Portugal encontra-se entre o 30º lugar numa listagem que engloba 45 países: como leste europeu, Japão, Áustria, Alemanha, Suíça e países escandinavos: as taxas calculadas do seguinte modo 25/100.000 Habitantes. EUA: 12/100.000 habitantes. Irlanda, Holanda, Itália e Espanha: 10/100.000 habitantes. Países de industrialização tardia: 14/100.000 habitantes. Em Portugal taxa de suicídio aumentou 100% em dois anos - 2002 e 2003 o que causa preocupação na comunidade médica que aguarda os números relativos aos anos de 2004 e 2005 para confirmar se a tendência se mantém. Os últimos dados revelam que se registam 1100 suicídios por ano no país.

De acordo com os dados recentes do instituto nacional de estatística (INE) estima-se que em Portugal ocorrem em todos os anos cerca de 600 casos de suicídio e 2400 comportamentos para-suicidas (santos 2007).

De 2000 a 2002, o aumento das taxas de suicídio com um aumento de cerca de 5,1 (por 100 000 habitantes) e para 11,7 em 2002 chegando a atingir 1212 casos, dados que reflectem um aumento muito significativo de um total de 18,3% para 18,9% entre o sexo masculino e de 2% para 4,9% entre as mulheres. Apesar de se desconhecer os números relativos aos últimos dois anos, para que se confirme se, na verdade, este aumento vai persistir. Uma das causas para o aumento é a perda de alguns valores como a perda da crença em Deus, fé e de esperança. O suicídio nunca tem uma causa isolada, o risco de suicídio é muito elevado "quando as pessoas perdem a esperança e essa perda é persistente ao longo do tempo" (Carlos Braz Saraiva 2006).

4.3 - FACTORES DE RISCO PARA O SUICÍDIO

Existe uma ampla gama de situações envolvendo o risco de suicídio na clínica segundo os autores podem variar, desde ideações leves até o paciente que chega em coma por ingestão de medicamentos. A avaliação do risco de suicídio é um desafio e geralmente mais importante do que procura da causa imediata. Embora a conduta suicida tenha um espectro amplo, parece haver uma diferença no perfil dos pacientes que tentam suicídio e aqueles que realmente concretizam o acto. Os estudos referem existir factores que aumentam o risco de suicídio:

- Personalidade impulsiva, história de migração, ausência de convicção religiosa a literatura refere que os católicos suicidam-se menos e associam-se provavelmente ao perfil de punição ideológico. A crença de um destino controlado por um Deus onipotente e responsável pelos sucessos e frustrações da vida (19, 20, 42, 43).

- Sentimento persistente de desespero e pessimismo, perda de estatuto sócio-económico: fracasso profissional ou falência financeira. Acidentes que causem incapacidade física (paraplegia) ou impotência sexual. Acidentes que causam desfigurações, sobretudo no sexo feminino (5, 7, 8, 17, 19, 20).

- Ambivalência, factor desencadeante de stress persistente, transtornos de personalidade histriônico, borderline (70, 82, 84).

- Os principais factores de risco para os *comportamentos suicida não fatal* são: Depressão unipolar; doença bipolar; esquizofrenia e outras psicoses; As perturbações de ansiedade (pânico e fobia social); perturbações de personalidade (anti-social e *Borderline*); abuso de substâncias (alcoolismo e toxicoddependências).

É de referir que em relação aos comportamentos para-suicidários a DSM-IV considera apenas dois factores: O Episódio Depressivo *Major* e a Perturbação de Personalidade *Borderline* (48, 69, 70, 87).

4.3.1 - FACTORES DE RISCO SOCIOLÓGICOS

Suicídio é um acto individual, contudo ocorre no contexto de uma determinada sociedade associado aos factores sócio-demográficos.

Segundo a previsão da OMS em 2000, aproximadamente 1 milhão de pessoas estaria em risco de cometer o suicídio. O suicídio é visto como uma das 10 maiores causas de morte em todos os países, e uma das três maiores causas de morte na faixa etária de 15 a 35 anos (20, 22, 39, 60,65).

A nível psico-social o suicídio é imensurável a nível familiar e social. Em média, um único suicídio afecta pelo menos outras seis pessoas. Se um suicídio ocorrer em uma escola ou em algum local de trabalho, terá algum impacto em determinadas pessoas.

O suicídio tem custos estimado em termos de DALYs (*disability-adjustedlife-years*, ou anos de vida ajustados às limitações). Com base neste indicador, em 1998 o suicídio foi responsável por 1,8% do custo total de doenças em todo o mundo, variando entre 2,3% em países ricos a 1,7% em países pobres (13, 19, 20, 65).

Estudos referem que os custo se equivalem ao das guerras e homicídios, grosseiramente aproxima-se ao dobro do custo das doenças crónicas como a diabetes, do trauma e asfixia neonatal (4, 13, 78).

Émile Durkheim em França, foi o primeiro a realizar estudos sobre a morte violenta associada ao suicídio. Dividiu o suicídio em categorias:

- Teoria sociológica defendida por Durkheim há mais de 100 anos, referindo-se aos efeitos prejudiciais que a sociedade exerce sobre o indivíduo. O que quer dizer que os comportamentos suicidas e o suicídio representam um problema de toda a sociedade, sendo assim afirma não serem os indivíduos que se suicidam mais sim a sociedade, por meio deste, a incidência de suicídio de uma determinada sociedade depende do nível de integração social (30, 60, 65). A teoria sociológica pode enquadrar-se na seguinte situação. Segundo alguns autores, Portugal continua a colocar no cimo da tabela de estatísticas o Alentejo, Algarve e a grande Lisboa. Alentejo é considerada, zona crítica por ocorrer um número elevado de suicídios em relação as outras zonas (19, 20, 22, 65).

- Suicídio egoísta o que ocorre quando o individuo não está fortemente integrado num grupo da sociedade. Associação ao aumento de risco de suicídio, em solteiros e divorciados em relação aos casados. Os indivíduos com filhos estão protegidos contra o suicídio (19, 20, 48, 55, 59, 62).

Existe maior integração social nas comunidades rurais, o risco de suicídio é menor em relação às urbanas. Quanto à religião os protestantes têm taxas de suicídios maiores em relação aos católicos. Isso porque os protestantes apresentam menor grau de coesão e de integração social, o que condiciona a um elevado grau de suicídio egoísta (19, 20, 70, 84).

- Suicídio Altruísta ocorre em indivíduos com tendências ao suicídio provocado pela excessiva integração em um determinado grupo como: Militares, guerrilheiros, terroristas que sacrificam a vida em atentados suicidas (19, 20, 22, 60, 65).

- Suicídio anómico o que acontece quando a integração do individuo na sociedade é perturbada. Anomia associa-se a mudanças drásticas da condição socio-económica de um indivíduo, tornando o mais vulnerável ao suicídio em relação à condição anterior. É de salientar que por esta condição segundo Durkheim as sociedades modernas estariam doentes

por causa da rápida industrialização em que foram submetidos. Segundo a literatura nas sociedades modernas o tipo de suicídio mais caracterizado é o suicídio anómico que resulta de regulamentações morais insuficientes (5, 7, 8, 19, 20, 53, 69).

4.3.2 - FACTORES DE RISCOS PSICOLÓGICOS

O ser humano interage biopsicosocialmente e é único e individual a nível psicológico. Existem múltiplas causas que levam aos comportamentos suicidas e ao acto consumado a interacção destes factores pode determinar o fim do problema. Cada caso de suicídio é um evento único, idiossincrático e particular. Não importa o quanto se deseja agrupar o mundo psicológico dos suicidas porque qualquer luz que se obtém é indirecta e precária, a privacidade mental é uma barreira impenetrável (19, 20, 82). É impossível afirmar-se algo universal e absoluto sobre o suicídio. De acordo alguns autores Shneidman agrupou em dez características comuns no suicida.

- 1- O propósito é encontrar uma solução;
- 2- O objectivo é calar a consciência;
- 3- O estímulo é a dor intolerável;
- 4- As necessidades psicológicas frustradas são os factores stressantes;
- 5- Esperança e o desamparo são as emoções;
- 6- Ambivalência é a atitude interna;
- 7- Constrição é o estado cognitivo comum do suicida;
- 8- A acção é o escape;
- 9- Comunicação da intenção é o acto interpessoal;
- 10- Padrão de enfrentar a vida é a consciência.

Freud em *“Luto e Melancolia”*, afirma a crença de que o suicídio representa uma agressão voltada contra um objecto de amor introjectado numa relação ambivalente (24, 44, 55, 57).

Cataldo refere-se como coadjuvante psicossocial, o abandono a velhice, perda de um emprego que proporcionava segurança e satisfação, queda brusca do padrão socioeconómico ruptura conjugal, solidão que quem vive sozinho, dificuldade em integração, a precoce privação materna e paterna, presença de história de comportamento autodestrutivo, saúde física frágil, vivência de situações altamente tensas (19, 20, 53, 69).

4.3.3 - FACTORES DE RISCOS ASSOCIADOS AO GÉNERO

De acordo com a literatura na maioria dos países, existem mais indivíduos do sexo masculino que cometem suicídio, a razão masculino/feminino é três vezes mais frequente em relação as mulheres, no entanto varia de país para país. As mulheres tentam suicidar-se quatro vezes mais em relação aos homens. Estes resultados podem ser explicados pelo facto dos homens utilizarem métodos mais agressivos e potencialmente letais nas tentativas em relação as mulheres tais como: Armas de fogo e enforcamento (11, 19, 20).

A China é o único país no qual os suicídios de mulheres ultrapassam os suicídios dos homens, nas áreas rurais, e as taxas são aproximadamente iguais nas áreas urbanas (24, 57, 77, 78). Tal situação está associada a questões culturais.

4.3.4 - FACTORES DE RISCOS ASSOCIADOS À IDADE

O suicido encontra-se entre as cinco principais causas de morte entre os 15 a 19 anos de idade em todo mundo principalmente entre o sexo masculino (Santos 2007). Os mais idosos (mais que 65 anos) e os mais novos (15-30 anos) são grupos etários com aumento do

risco para suicídio. Dados recentes referem um aumento nas taxas de suicídio em homens de meia-idade (19, 20, 22).

Em alguns estudo publicados pelo (Centers for Disease Control and Prevention 1998) constatou-se de que o suicídio é mais frequente nos adolescentes.

As taxas de suicídio aumentam com a idade. Nos Estados Unidos as taxas são de 40 por 100.000 representadas entre os homens com ≥ 65 anos, os idosos obtêm sucesso em relação ao suicídio com maior frequência em relação aos jovens, e tentam suicidar-se com menos frequência, são responsáveis por 25 % dos suicídios, embora representem 10% da população americana (35, 40, 78).

As taxas de suicídio entre os jovens americanos estão a aumentar rapidamente representando a segunda principal causa de morte no grupo etário dos 15 a 24 anos de idade.

Na Dinamarca e Japão o suicídio é a principal causa de morte entre os 24 e 34 anos de idade. As maiores taxas de suicídio entre os jovens são observadas na Finlândia, Canadá, e Austrália. Segundo a literatura, nos idosos verificam-se maiores taxas de suicídio na Hungria, nos idosos é difícil prever o risco de suicídio (39, 40, 43, 61).

4.3.5 - FACTORES DE RISCO ASSOCIADOS À ETNIA

Nos Estados Unidos entre 1990 a 2000 grande parte dos suicídios foi observado em cerca de 73% em homens brancos, 18% em mulheres brancas, 6% homens negros, e 1% em mulheres negras. Estima-se taxas de suicídio duas vezes mais altas entre os hispânicos em relação às outras etnias. Não existem dados recentes em outros países que associem a raça e risco de suicídio (7, 19, 20, 17).

4.3.6 - FACTORES DE RISCOS ASSOCIADOS À RELIGIÃO

A literatura refere que a proteção contra o suicídio associa-se ao espiritismo, Durkheim referiu-se ao catolicismo como um factor de protecção contra o suicídio, provavelmente porque a integração na religião católica e grupos de convívio protege contra o suicídio. Constatou que em relação aos católicos, os protestantes têm maior tendência ao suicídio (19, 20, 22, 30).

4.3.7 - FACTORES DE RISCOS ASSOCIADOS AO ESTADO CIVIL

A literatura refere o casamento como factor de protecção contra o suicídio, conferindo um suporte emocional, social e funcional. Pode facilitar a integração com a comunidade, evitando o isolamento social. Podem condicionar um maior risco de suicídio aos solteiros, viúvos ou divorciados. O casamento confere maior protecção para o sexo masculino em termos de risco de suicídio, mas não tão significativamente para as mulheres. O divórcio e viver sozinho aumentam o risco de suicídio (19, 20, 29, 30, 62).

Os estudos referem que as patologias psiquiátricas constituem um dos factores de risco para o divórcio e condicionam um aumento do risco para o suicídio e comportamentos suicidários. A literatura refere altas taxas nos solteiros e divórcio em pacientes com patologias psiquiátricas. Diminui o risco de suicídio o casamento, reforçado pelos filhos. A protecção oferecida pelo casamento contra o suicídio é mais importante para os homens em relação as mulheres. Nos solteiros as taxas de suicídio é duas vezes maiores em relação aos casados. As mulheres divorciadas apresentam risco de suicídio mais elevado em relação aos viúvos (42, 53, 69, 70, 84).

4.3.8 - FACTORES DE RISCOS ASSOCIADOS ÀS DOENÇAS FÍSICAS

Em relação ao risco de suicídio associado a doenças físicas os estudos referem aumento do risco a medida que a idade aumenta. As doenças físicas representam até 75% de todas as vítimas de suicídio, estima-se que as doenças físicas correspondem a cerca de 51% dos suicídios (20, 59, 69). O risco de suicídio aumenta nas condições físicas crónicas (19, 20, 34). Existe um aumento das taxas de suicídios associados aos transtornos psiquiátricos em especial na depressão, em pessoas com doenças físicas. A existência de doenças crónicas e limitações físicas pode condicionar um mau prognóstico e aumento do risco para o suicídio (20, 51, 53, 83, 84).

Em relação às doenças neoplásicas, o risco de suicídio é mais alto no momento do diagnóstico e nos primeiros dois anos da doença terminal, com um aumento do risco em caso de tumores malignos progressivos. A dor é um factor que contribui significativamente para o suicídio (43, 53, 69).

A infecção pelo HIV e a AIDS representam um risco maior para suicídio em indivíduos jovens, com altas taxas de suicídio. O risco é maior no momento da confirmação do diagnóstico e nos estágios precoces da doença. Representam aumento do risco, os utilizadores de drogas endovenosas (69, 84, 85, 87).

4.3.9 - FACTORES DE RISCOS ASSOCIADOS ÀS DOENÇAS MENTAIS

O suicídio em si não é uma doença, nem necessariamente a manifestação de uma doença, mas sim, de transtornos mentais que constituem um importante factor associado ao suicídio (19, 20, 43, 53).

Os comportamentos suicidários em cerca de 10% dos casos não existe uma patologia psiquiátrica identificável, são habitualmente, uma complicação de doença psiquiátrica 90% (20, 42, 43, 70, 84).

Existe controvérsia em relação aos indivíduos com transtornos de personalidade e aos que passam por acontecimentos de vida trágicos e nem por isso tentam pôr termo a vida.

É função crucial do médico, referenciar o doente à colaboração do psiquiatra e oferecer ao doente um tratamento adequado à sua patologia.

Representa a categorias F.31 a F.34 da CID-10. Suicídio factor de risco significativo na depressão não reconhecida e não tratada (43, 53, 84).

Pacientes com depressão tem alta prevalência de suicídio em relação a população geral e não é reconhecida por muitos como uma doença. Estima-se que 30% dos pacientes que recorrem aos serviços de saúde sofrem de depressão (69, 85, 87). Aproximadamente 60% dos que procuram tratamento inicialmente procuram um clínico geral (59, 67, 77, 78). O que se revela um desafio especial para o médico no tratamento de doentes com doença física e transtornos psicológico associados.

Em muitos casos, a depressão é mascarada. A literatura refere haver 95% dos pacientes com comportamentos suicidas tem uma doença mental diagnosticada, 80% com transtornos do humor 10%, demências e 5% delírio. Nos transtornos mentais 25% têm dependência alcoólica como diagnósticos duplos. Nas depressões o risco de suicídio representa cerca de 15%, aumenta o risco de suicídio internamentos psiquiátricos anteriores (39, 74, 67, 82).

Estima-se que o risco de suicídio é de 2,5% para a população geral, 2% para os portadores de transtornos do humor não hospitalizados, 4% para os transtornos de humor hospitalizados, 6% para os hospitalizados por risco de suicídio (60, 67, 77, 78). Existe associação comum entre a maioria dos indivíduos com comportamentos suicidários e os que

cometem o suicídio relacionados com presença de perturbações dos impulsivos e impulsos agressivos (58, 74, 77, 78). O aumento da probabilidade está associado aos factores genéticos e predispõem aos comportamentos suicidas e ao suicídio, através do aumento das manifestações de transtornos de impulsivo e de impulsos agressivos. Nos casos graves com história de internamento o risco de suicídio é elevado em doentes com depressão associado ao transtorno bipolar.

Nas perturbações bipolares a fase com maior risco de suicídio é a depressiva com cerca de 75%. Nos comportamentos suicidas, após o tratamento com lítio o risco de suicídio aumenta em cerca de 73%. O suicídio é raro durante a fase maníaca.

Em relação aos jovens com ≥ 30 anos de idade com utilização abusiva de álcool e os toxicod dependentes, as taxas de suicídio têm um aumento extremamente alarmante, o que leva hipótese referidas na literatura de que o risco de suicídio aumenta com a utilização abusiva de álcool e drogas (9, 20, 59).

Pacientes com dependência ao álcool com comportamentos suicidas, durante o internamento são classificados como deprimidos, cerca de dois terços das avaliações há existência de sintomas de transtornos do humor, durante a fase que cometem suicídio.

Estudos recentes revelam que pacientes seguidos em psiquiatria e saúde mental, um anos antes do óbito foram diagnosticados transtorno depressivo maior entre 30 a 87% dos suicídios (60, 61, 69, 70, 85). Segundo os autores os transtornos psiquiátricos em que escolhe-se como melhor opção o recurso ao internamento referem-se aos que representam maior risco para o suicídio ao longo da vida, entre os quais destaca-se em cerca de 20% transtorno bipolar, 15% depressão unipolar, 10% esquizofrenia, e o alcoolismo entre 0,2 a 18% (69, 77, 78, 84).

4.4 - MARCADORES BIOLÓGICOS ASSOCIADOS AO RISCO DE SUICÍDIO

O principal metabolito da serotonina (5-HIAA), a diminuição dos níveis desta molécula indica diminuição da serotonina no sistema nervoso central (SNC) com consequente *turnover* e catabolismo da serotonina baixos (19, 20, 58).

Os níveis de 5-HIAA também se encontram diminuídos nos doentes que concretizaram o suicídio, não só na tentativa de suicídio como na forma mais grave de comportamento suicidário ou suicídio consumado. Níveis baixos de 5-HIAA são preditivos de futuras tentativas de suicídio quanto mais baixos forem maior a violência do acto suicida e do comportamento impulsivo.

4.4.1- Receptores e Metabolismo da Serotonina

Existe uma correlação positiva entre o número de receptores 5-HT₂ e a gravidade das sequelas físicas nas tentativas de suicídio. Os estudos referem que nas vítimas de suicídio ocorrem um aumento da ligação aos receptores 5-HT_{2a} em regiões do sistema límbico como a amígdala e o hipocampo.

4.4.2 - Moléculas de Sinalização Intra-Celular

A nível intra-celular as alterações, a assinalar no sistema PI, é dos sistemas mais importantes no funcionamento de qualquer célula, seja qual for a sua localização. Em relação à expressão de factores neurotróficos, ocorre aumento da fosforilação de (*cAMP-response element binding protein*) CREB em várias regiões como a amígdala e córtices pré-frontal e temporal de doentes que concretizaram o suicídio. O lítio diminui a fosforilação de CREB, em especial, na região basal acessória da amígdala. Em relação a outros factores neurotróficos, uma diminuição dos níveis de (*Brain-Derived- Neurotrophic-Factor*) BDNF e (*Neurotrophin-3*)NT-3 no hipocampo e de BDNF no córtex pré-frontal. A expressão da cascata intra-celular AMPc-(*Phosphokinase-A*)PKA-CREB está diminuída no córtex pré-frontal e hipocampo em vítimas de suicídio (9, 11, 19, 20, 62, 69) .

4.4.3 - Sistema Dopaminérgico

Doentes deprimidos com tentativas de suicídio apresentam diminuição do ácido homovanílico (HVA) na urina, o principal metabolito da dopamina. A resposta da hormona do crescimento à apomorfina (agonista dopaminérgico selectivo) é menor em doentes com depressão e história de tentativa de suicídio. Em relação à co-morbilidade entre depressão e alcoolismo, os doentes apresentam níveis mais baixos de HVA em relação aos deprimidos não alcoólicos. Os níveis de HVA no CSF encontram-se diminuídos no comportamento suicidário recorrente (11, 19, 20, 30, 39, 49).

4.4.4 - Sistema Noradrenérgico

As vítimas de suicídio apresentam diminuição do número de neurónios noradrenérgicos no *locus coeruleus* (11, 51, 53, 69, 86, 87).

Nos suicídios violentos, os doentes apresentam diminuição do número de receptores adrenérgicos beta no córtex frontal. Os doentes com doença bipolar que tentaram o suicídio apresentaram níveis de MHPG (principal metabolito de noradrenalina) significativamente mais baixos (11, 19, 20, 31, 65)

4.4.5 - Metabolismo Lipídico

Os níveis diminuídos de Omega-3 estão associados com tentativa de suicídio em doentes com depressão unipolar e bipolar. Nos suicídios violentos, o colesterol total sérico encontra-se em cerca de 30% mais baixo em relação aos suicídios não violentos (11, 19, 20, 72).

4.4.6- Genes Candidatos

Os estudos sugerem uma contribuição genética específica para o suicídio devido ao facto de existirem famílias com grande agregação de doenças afectivas e alta taxa de suicídio e outras famílias com agregação patológica semelhante, mas prevalência suicidária praticamente nula (11, 19, 20, 48).

4.5 - TENTATIVAS DE SUICÍDIO

Utilizou-se a definição adoptada pela OMS: *Comportamento suicida não fatal* para os actos que não resulte em morte. Caracteriza-se por gestos auto-destrutivos não fatais como auto mutilação ou auto-envenenamento mas, com intenção de morte.

Estes gestos surgem como estratégia para resolução de um problema, como a última alternativa após terem sido esgotadas todas as outras possibilidades para o indivíduo (20,45, 48, 72, 73).

As tentativas de suicídio ao contrário do para-suicídio caracteriza-se por acto levado a cabo por um indivíduo e que não resultam na própria morte, mas que por razões diversas não é alcançada este objectivo. Nas tentativas de suicídio o nível de intencionalidade suicida é superior em relação ao para-suicídio, o que constitui a principais diferenças entre estes actos (19, 20, 36, 45, 48, 52, 57, 63, 64, 72, 73).

Em relação aos acidentes provocados pelos doentes com intenção suicida como a precipitação propositada de um local bastante alto, considera-se como uma tentativa de suicídio caso não resulte na própria morte. É importante referir que é neste quadro que resultam a maior parte de incapacidades físicas (19, 20, 75, 76, 87, 89).

Estima-se que, para cada suicídio, existem pelo menos dez tentativas suficientemente sérias ao ponto de exigir atenção médica, mais ainda: Para cada tentativa de suicídio registada, existem quatro não conhecidas (Diekstra, 1993) segundo os dados da OMS a falta de dados pode estar associado aos erros no diagnóstico e registo dos mesmos. As tentativas de suicídio devem ser encaradas com seriedade, como um sinal de alerta revelando associação de fenómenos psicossociais complexos (19, 20, 48, 55, 62, 72, 73).

A literatura refere que o grau de intenção suicida deve ser considerado como um ponto num *continuum*: de um lado está a certeza absoluta de pôr fim à vida e do outro

extremo está a vontade de viver. A condição *sine qua non* do suicídio é uma morte em que o sujeito é ao mesmo tempo o agente passivo e activo da vítima, com desejo de morrer, desejo de ser morto o assassino e o desejo de matar (33, 39, 51, 53, 55, 57).

Estudos sobre o suicídio entre os jovens referem que os factores psico-patológicos secundários constituem um factor de risco para os comportamentos suicidas (Marttunen e tal;1991, professor Carlos Braz).

O estudo da problemática suicida através da abordagem psico-patológica e da autópsia psicológica constituem uma tentativa de compreensão do suicídio na adolescência (Lopes, Barreiro & Pires 2001).

Em relação às relações associadas entre idade, sexo e suicídio, assim como a frequência, os estudos referem que geralmente os factores de risco não funcionam como causa por si só, mais sim associados a patologias, (artigo de Santos & Sampaio 1997) onde descreveu um adolescente com comportamentos auto-destrutivo avaliado entre (1993 a 1995) e elaborou um perfil do adolescente que tenta o suicídio; como sendo maioritariamente raparigas com média de idade de 17 anos, estudantes, grande parte vive com a família nuclear e como base um acontecimento que potencializa o comportamento auto-destrutivo como: Conflitos familiares, ruptura afectiva, ou insucesso escolar. O método utilizado é de preferência, ingestão de fármacos (19, 20, 48, 72, 85, 87), como patologia psiquiátrica geralmente é diagnosticado uma síndrome depressiva. (Bouvard & Doyen, 1996; Gould et al 1996) e (Lopes, Barreira & Pires, 2001). Levando aos registos incorrectos, e subestimar os dados reais em relação a este problema, (Sampaio 1991) refere que as perturbações apesar de serem relevantes na compreensão do comportamento suicida, não são condições suficientes para explicar a razão do acto de tentativa de suicídio entre os adolescentes.

Os estudos feitos por (Lopes, Barreira & Pires 2001), (Beck e tal; 1990 e Reneson, 1998), referem que deve ser tomado como um factor que potencializa o comportamento para-suicida, o desespero ou falta de esperança, perturbações afectivas, ideias suicidas, história de abuso de álcool ou drogas e factores demográficos como idade, sexo, e raça.

A falta de esperança é um factor relevante entre a depressão e a intenção suicida nos para-suicidas. A literatura refere haver falta de esperança como uns dos principais factores para o comportamento para- suicida em relação a depressão constitui um forte indicador de intenção suicida(19, 20, 32, 33, 58, 59, 67).

Na intencionalidade do comportamento suicida deve-se levar em conta três aspectos extremamente importantes:

1. A possibilidade ou impossibilidade de reversão do método empregado para pôr fim a vida;
2. Os socorros possíveis por parte de terceiros;
3. Quando esta intervenção ocorre, pode-se inferir de que a intencionalidade de pôr fim a vida pode ser mínima.

Entre os jovens em caso de tentativas de suicídio, situações como abuso ou dependências de substâncias psicoativas são de alerta.

Associado à depressão inclui-se as tentativas de suicídios prévias, presenças de ideias suicidas, falta de esperança, desespero, abusos de substâncias, luto, fácil acesso ao método suicida e falta de apoio social.

Pode indicar comportamentos repetitivos de tentativas de suicídio, história prévia de hospitalização por auto-agressões, tratamento psiquiátricos anteriores, patologia mental, personalidade anti-social, alcoolismo, toxicoddependência e indivíduos que vivem fora do núcleo familiar (19, 20,34, 38, 48,51, 53, 63) .

Os principais factores precipitantes nas tentativas de suicídio, intoxicação alcoólica, o álcool utilizado como principal ansiolítico em Portugal, é barato, sempre disponível e acessível o que o torna como sendo um importante factor potencializador de comportamentos auto-destrutivos e um potente factor de risco no momento da morte (19, 20, 80, 87,88, 89).

Entre alcoolismo e depressões existem três características que marcam o acto suicida: A impulsividade da tentativa, o aumento do consumo de álcool na véspera, intoxicação alcoólica que precede a tentativa(9, 19, 20).

Alguns autores consideram meio poderoso e precipitante entre os adolescentes em relação aos comportamentos suicidas a presenças de uma arma de fogo em casa. Nos comportamentos suicidas é necessário conhecer os factores de risco que promovam a destruição de ideias erradas ou mitos, o suicídio pode ser um acto aleatório ou resultar unicamente de um sofrimento ou ambas (19, 20, 43, 44, 45, 50, 56).

Em relação ao apoio as vítimas de suicídio podem ser necessárias intervenções a nível hospitalar nos serviços de emergências clínicas ou cirúrgicas, com o propósito de assegurar o bem-estar. Recomendam-se intervenções a nível da prevenção de complicações médicas. Os cuidados de saúde são prestados por equipas multidisciplinares. Os profissionais de saúde dos serviços de urgência e emergência avaliam a necessidade de transferir aos serviços mais especializados. Após exame clínico habitual no atendimento aos pacientes a equipa de assistentes sociais avalia os recursos do paciente como: Avaliação da capacidade laboral, capacidade de resolução de problemas, recursos materiais (habitação, alimentação), suporte familiar relação com a família, proximidade e confiança entre os membros da família ou conflitos(19, 20, 29, 62, 74, 77, 78). Avaliação a nível social a vida profissional, instituições e eventos precipitantes como: investigar todas as circunstâncias, motivações e ou situações que deflagraram o acto.

Alguns estudos referem que em 50% das precipitações de tentativas de suicídio frequentemente associa-se a variados factores stressantes ou problemas psico-sociais crónicos como as questões jurídicas, perda de entre queridos luto, doenças físicas crónicas, desemprego, eventos de vida adversa, nas presenças de perturbações depressivas. Os conflitos interpessoais como agressões físicas desentendimento e divórcios(19, 20, 22, 30, 60, 65).

4.6 - PARA-SUICÍDIO

Acto não fatal, através do qual o indivíduo protagoniza um comportamento invulgar, sem intervenção de outrem, causando lesões a si próprio ou ingerindo uma substância em excesso, além da dose prescrita, reconhecida geralmente como terapêutica, com vista a conseguir modificações imediatas com o seu comportamento ou a partir de eventuais lesões físicas consequentes (19,20, 36, 45).

Comportamento arriscado ou procura de perigo sem intenção de morrer, que arrisca a própria vida, como condução perigosa.

A bibliografia refere haver maior incidência, nas mulheres, mais frequente durante a juventude, este tipo de comportamento em geral, associado a um conjunto de perturbações emocionais, caracterizando-se pela prática de actos que simulam a vontade de terminar a vida, mas com a peculiaridade de deixar pistas para que o acto não resulte na própria morte (36,45, 52).

Nos comportamentos para-suicídios estima-se haver um aumento de 25%, desde o início dos anos 90, sobretudo entre jovens, do sexo feminino. Frequente entre os 15 e os 24 anos, associado a conflitos do quotidiano aos olhos de terceiros, enveredam por comportamento de auto-destruição, designadamente intoxicações medicamentosas ou corte de pulsos. O que tem uma dimensão cada vez maior, não só em Portugal, mas em toda a Europa, fazendo com que a comunidade médica questione uma série de pressupostos (57, 63, 64). Defende a necessidade de implementação de estratégias de prevenção a nível de toda a sociedade, uma vez que se trata de doentes com dificuldades em lidar com situações de stress precisam de ser amparados e compreendidos, aspectos desvalorizados por médicos e pela sociedade em geral. Infelizmente, este tipo de comportamentos e situações nem sempre é descoberto a tempo de evitar uma morte (19.20, 63, 64).

A ingestão de um "cocktail" de medicamentos, para simular e fazer sentir a sua dor, o seu desespero, contando que um familiar chegue a casa a tempo de a poder transportar ao hospital, mas que, por razões diversas tal não acontece e o que não pretendia passar de um grito de ajuda, transforma-se num suicídio, embora não fosse essa a verdadeira intenção (19,20, 63, 64).

Auto-mutilação trata-se de uma auto-lesão deliberada, em que a manifestação mais frequente consiste no corte superficial do pulso ou do antebraço com uma lâmina de vidro ou outro objecto cortante seguido por queimadura de cigarro (19,20, 63).

4.7 - IDEIAS SUICIDAS

São pensamentos e cognições sobre a intenção de acabar com a própria vida que pode ser visto como um precursor de outro comportamento suicida mais grave (19,29).

Os indivíduos com ideias suicidas geralmente tem planos e desejos de cometer suicídio mais pode não ocorrer tentativas abertas de suicídios recentes (31,62).

A noção de ideias suicidas podem ser reconhecidas desde ideias não específicas de inutilidade como a "vida não vale a pena ou eu queria estar morto" (19,20,32,33).

Ideias específicas podem ser acompanhadas de intenção de morrer e ou de um plano suicida bem elaborado pelo próprio (31, 39,51).

A intenção suicida é genuína e com frequência ambivalente em relação a morte e a certeza do propósito da morte pode ser variável. Geralmente ocorre em pacientes com humor disfórico, com sentimentos de inutilidade, falta de esperança, perda da auto-estima, e desejo de morrer, neste sentido geralmente há um sentimento de (tês I) intolerável (não vou suportar), inevitável (não tenho outra alternativa a não ser esta), interminável (este sofrimento será para sempre não terá fim).

A identificação de intenção suicida em alguns casos passa despercebida, podendo não haver pistas ou ser negligenciada. É necessário ter em conta que o problema não escolhe raça, condição, estatuto, sexo, entre outros. Podendo acontecer em qualquer família, devendo ter-se sempre em consideração a existência de uma comunicação prévia de que iria ou vai matar-se que podem ser de várias formas dependendo da criatividade do autor. Podendo ser em forma de menagem ou carta de despedida, podem haver ou não situações em que o acto é planeado ao detalhe e com precaução em especial o local em que a ausência de pessoas será importante para que o socorro não ocorra ou não ser descoberto a tempo (19,20,39,51,52).

Pode indicar potencial suicida no caso de não procurar ajuda após a tentativa fracassada, utilização de métodos violentos ou uso de drogas mais perigosas, crenças de que o acto seria irreversível e letal, a precaução de tomar providências finais como: Conta bancária, escrituras de imóveis, seguro de vida antes do acto até uma afirmação clara expressando a vontade de morrer e arrependimento por ter sobrevivido (33, 53,62).

4.8 – TRATAMENTO

4.8.1. Hospitalização

A hospitalização é indicada quando se pretende afastar o indivíduo do local de conflito e depende do grau de risco potencial de suicídio principalmente nas situações em que o paciente não colabora, não possui uma rede de suporte familiar e principalmente em famílias maioritariamente composta por deficientes mentais graves ou idosos incapacitados. No transtorno mental grave com prejuízo de raciocínio crítico em relação a situação psicológica (19, 20, 72,73,77,78).

A literatura refere que uma hospitalização precipitada pode ser prejudicial ao paciente face a uma avaliação errada do risco de suicídio. Após a escolha do ambiente terapêutico hospital, ambulatório, domicílio (19,20, 34, 55, 65).

Tratamento farmacológico, a literatura refere que a medicação adequada deve ser indicada e manuseada por profissionais habilitados tendo em atenção a dosagem, efeitos colaterais e interações medicamentosas, bem como as condições físicas, idade e peso do paciente (19. 20, 59, 60, 61).

Estudos referem a necessidade de aumentar a vigilância no início do tratamento com anti-depressivos, por estes demoram dias a semanas para alcançarem os efeitos terapêuticos (58,59,60,61).

Outros tratamentos, como eletroconvulsoterapia (ECT) deve ser considerado nos casos graves, com forte potencial para o suicídio. Esse tipo de terapêutica não deve ser visto com preconceito, pois é um tratamento eficaz e seguro para diversos quadros psiquiátricos com risco de suicídio. O benefício relaciona-se directamente com indicação oportuna e adequada (19, 20, 40, 41, 58, 59, 60).

Caso mais leve referencia-se para a psicoterapia. A família e o paciente devem ser orientados e esclarecidos quanto às opções terapêuticas. Alguns autores referem que o tratamento domiciliar pode ser uma alternativa razoável (74, 78, 79). Considera-se a possibilidade quando o risco de suicídio for baixo. E referem a necessidade de supervisão e suporte adequado no domicílio durante o internamento. Referem ainda a importância do envolvimento de familiares e amigos nas tarefas de vigilância. Os estudos referem ser comum entre os familiares os sentimentos e comportamentos de choque, confusão, negação, inquietação, regressão, desesperança. É importante nestas situações manter-se um bom estado de alerta, bem como o apoio dos profissionais na resolução destes problemas prestados de modo a ajudar a ultrapassar as dificuldades (19, 20, 67, 77, 78).

A vigilância é prestada com objectivo principal de garantir a segurança do paciente: com o emprego de atitudes simples como retirar de casa medicamentos potencialmente letais, armas brancas e armas de fogo; incentivar a manter abstinência de álcool e drogas por que desencadeiam efeitos desinibidores; evitar locais em altitude e sem protecção, pelo risco de precipitarem; evitar que o paciente fique sozinho, ou em recinto fechado.

Pode ser realizado uma negociação entre o médico e o paciente do tipo "não ao suicídio" (verbal ou escrito), pretende-se com isso que o paciente assuma o acordo de não suicidar-se não recorrer ao acto auto-agressão e relatar ao médico ou a um familiar caso tenha desejos de o fazer.

4.8.2. - Prevenção

As reduções dos índices de suicídio e de tentativas de suicídio são dois dos objectivos estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde no documento: "Saúde para todos no ano 2000" (WHO, 1992).

Neste âmbito, as medidas preventivas devem ser implementadas a vários níveis com o objectivo de melhorar a assistência clínica ao indivíduo, que luta contra ideias suicidas ou ao indivíduo que necessite de atendimento médico por tentativa de suicídio; em primeiro lugar o reconhecimento deste assunto como um problema de todos, em segundo a difusão da informação e esclarecimento da situação a discutir, a criação de protocolos e ou adaptação dos mesmos de acordo as características da população envolvida, a utilização de abordagens que possam reduzir a probabilidade do suicídio antes que indivíduos vulneráveis se coloquem em situação de perigo. "Prevenir é melhor que remediar"(15, 26, 37,63, 68,83).

Existem associações de prevenção do suicídio e comportamentos suicidários como: Associação Internacional para a Prevenção do Suicídio (IASP) a Associação Americana de Suicidologia (AAS) a Rede Australiana de Intervenção Precoce para a Saúde Mental nos Jovens e a Academia Internacional para a Investigação do Suicídio (IASR) e outros (12, 19, 20,37, 68, 83).

4.8.2.1. - Abordagem de Doentes com Tentativas de Suicídios

O primeira passo no atendimento a um paciente com tentativa de suicídio deve ser centrado sobre a correcção das complicações médicas secundárias ao acto tais como: Feridas, fracturas e intoxicações. A implementação dos suportes avançados de vida, faz a diferença entre salvar uma vítima e não salvar.

Em relação ao recurso a ingestão de medicamentos, em primeiro lugar, avalia-se o nível do estado de consciência. A seguir procuraram-se informações acerca do tipo, quantidade, tempo decorrido e velocidade de consumo da medicação, bem como em relação à associação a outras drogas e álcool (46). Nas situações em que os pacientes se encontrem em coma é fundamental o diálogo com acompanhantes ou familiares.

Considera-se benéfico a aplicação de medidas que diminuam a absorção dos fármacos, tais como: Indução do vómitos ou lavagem gástrica, utilização de substâncias antagonistas como Flumazenil, nos casos de intoxicação por benzodiazepínicos e o recurso ao tratamento cirúrgico em caso de tentativas de suicídio associadas a trauma suturas, imobilizações gessadas, cirurgia de correcção (47).

O segundo passo consiste na avaliação de risco de uma nova tentativa. O médico deve levar sempre em consideração os itens discutidos, no que se refere aos factores de risco. Porém, muitas vezes, esta tarefa torna-se difícil por diversos factores tais como: A seriedade do que está em questão: a vida ou a morte do paciente. Deve-se definir o diagnóstico e o prognóstico.

O paciente observado geralmente nos serviços de urgência, a auto avaliação do risco de suicídio pode ser o motivo da procura dos serviços de saúde. A decisão de internamento pode significar a sobrevivência do paciente (87).

A avaliação do risco geralmente faz-se por meio de uma entrevista detalhada, realizada após a estabilização das complicações médica pós-tentativa e caso o paciente esteja em condições de o fazer. Durante a entrevista o paciente deve ser inquerido sobre a existência ou não de intenção suicida, sobre a existência ou não de planos, se conseguiria controlar-se. Muitas vezes o desabafo do paciente é o suficiente para tirá-lo da situação de angústia e sofrimento pessoal (47,67,82).

A terceira fase, mais delicada, permite avaliar a decisão de internar ou não o paciente. O internamento inadequado pode trazer prejuízos para o sistema e para o paciente, do mesmo modo que a decisão de não internar pode significar uma nova tentativa de suicídio (19, 20, 55).

Existem determinados critérios que devem ser seguidos com rigor e que permitem evitar erros na avaliação do risco de suicídio. Considera-se o internamento como melhor opção nas seguintes situações: Paciente psicótico com delírios, existência de ideias suicidas e alucinações. A existência de factor que interfere com o nível de consciência, impossibilitando a avaliação na emergência (intoxicação). Quando não existe modificação da ideação suicida, após intervenção junto ao paciente e a família. Pouca ou ausência de suporte familiar. Tentativas frequentes ou em escalada e em caso de dúvidas por parte do médico (19,20).

Após descartar todas as hipóteses acima citadas, e o paciente sentir que os impulsos estão sob controle pode negociar-se com o doente e a família, numa espécie de "pacto anti-suicida" respeitando alguns princípios: incentivar a que, recorrer ao médico, só em caso de

pioria do quadro em relação à ideação suicida. O doente deve mostrar-se disponível a realizar consultas frequentes (19,20,34).

Os profissionais de saúde e médico disponibilizam-se a atender o doente a qualquer momento que os solicite por telefone. É importante a identificação e redução dos factores de stress ou que possam desencadear comportamentos suicidas. Devem ser garantidos os apoios incondicionais aos familiares e amigos, com possibilidade de se construir um apoio realista no qual o paciente possa reconhecer um motivo legítimo para o suicídio. Oferecer alternativas para o suicídio. Manter o paciente sob vigia e afastar todos os meios que possam representar perigo para a vida do paciente como: armas e medicamentos (27, 38,59).

Facilitar a autonomia do paciente tendo em atenção as decisões importantes, em caso de pacientes desequilibrados uma decisão mal tomada pode desencadear uma nova tentativa de suicídio. Evitar comentários que transformem o acto em algo como fraqueza pessoal, cobardia e outros. A decisão de não internar, representa um tratamento menos traumático para o paciente perante os familiares, a sociedade e aumentando consideravelmente a esperança em se recuperar. Tem crucial valor na recuperação do paciente e após um estado de depressão (19, 20,71,87).

Pacientes apresentam um aumento do risco de auto-aniquilação nas situações em que há uma melhoria clínica aparente; quando o atraso psicomotor começa a responder ao tratamento, mas o núcleo de depressão vital (humor e pensamento) ainda domina o psiquismo do paciente. Este facto pode levar a confundir erradamente a observação de que os anti-depressivos podem levar a induzir o paciente ao suicídio (19,20, 27, 65, 84, 87).

O início da recuperação do paciente com depressão com factores de risco importantes para uma nova tentativa, pode requerer cuidados redobrados. A sociedade portuguesa de suicidiologia presidida pelo Dr. Carlos Braz Saraiva, médico dos Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC), fundador da consulta de prevenção do suicídio no mesmo hospital, tem

feito muitos esforços na prevenção e divulgação do problema através de realizações de Jornadas Sobre Comportamentos Suicidários, simpósios, palestras jornadas, lançou em 2006 o livro: "Estudos sobre o para-suicídio o que leva os jovens a espreitar a morte", uma obra baseada nos 15 anos de funcionamento da referida consulta (19,20, 43, 70).

5- RESULTADOS ESTATÍSTICOS

Gráfico I

Total de Doentes da Amostra

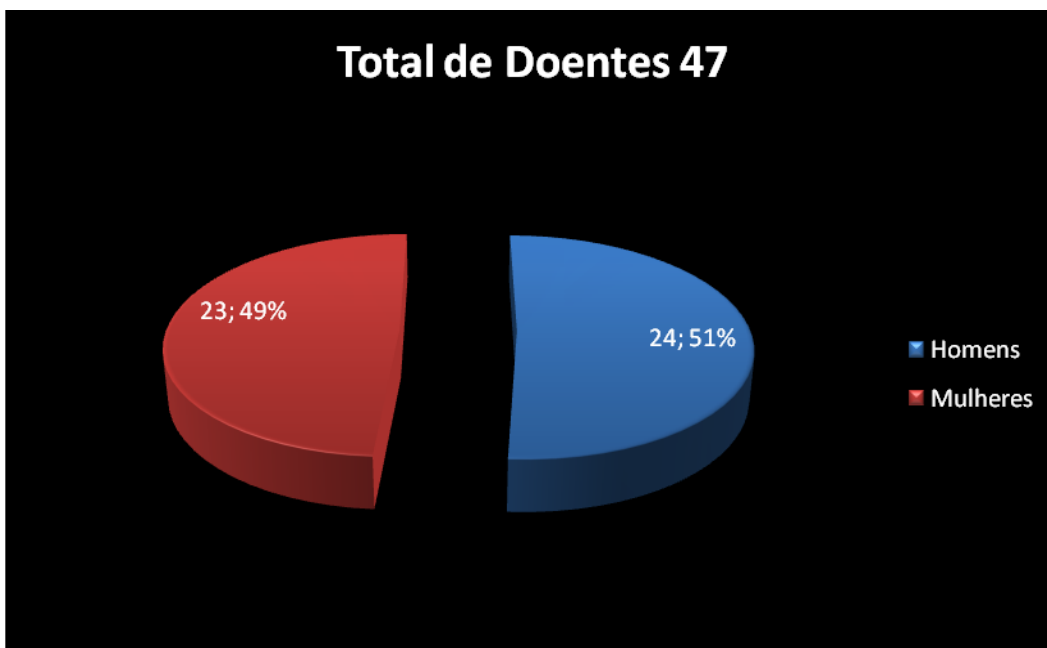


Figura 1 - A amostra deste estudo constituído por 47 doentes dos quais 23 (49%) do sexo feminino e 24 (51%) do sexo masculino. Referenciados ao serviço de psiquiatria do CHCB de 2005 a 2008 por tentativas de Suicídio. Como se pode verificar o sexo masculino representado maioritariamente em relação ao sexo feminino.

Gráfico II

- Local de Residência

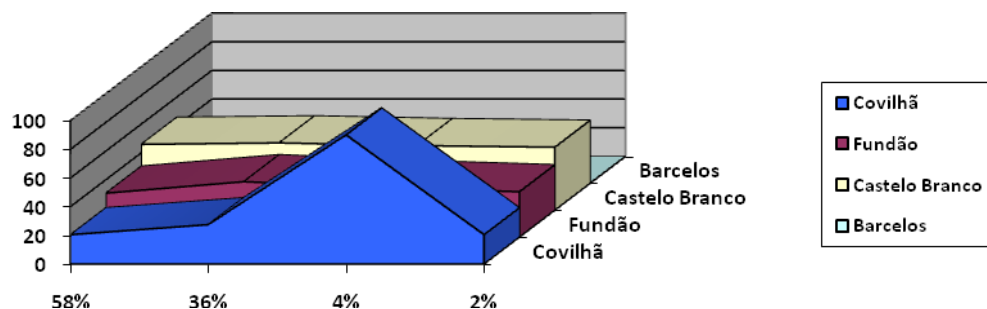


Gráfico II - No que diz respeito à residência, a maioria dos doentes é oriunda da região da Beira Interior, em especial da Covilhã com (58%) , residentes no Fundão cerca de (36%), no que diz respeito ao Castelo Branco (4%) e em último Barcelos (2%).

Gráfico III

- Distribuição Por Faixa Etária

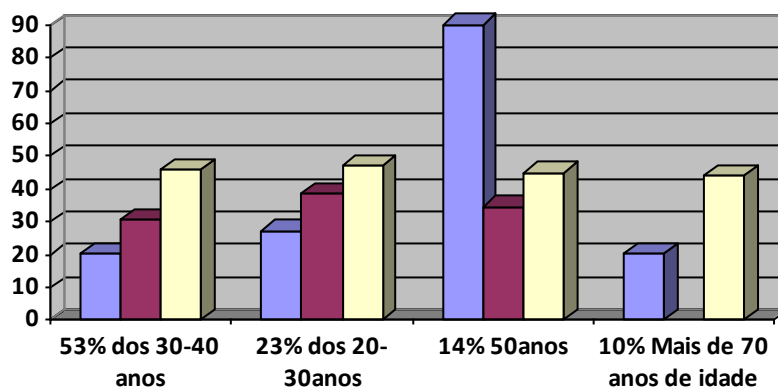


Gráfico III – Em Relação a distribuição por faixa etária, a amostra é composta por indivíduos com idade compreendida entre os 20 e os 70 anos. Observa-se um pico de casos de tentativa de suicídio nas idades compreendidas entre os 30 e os 40 anos de idade com cerca de 53%.

Como se pode confirmar pelo gráfico.

O segundo pico verificou-se entre a faixa etária dos 20 aos 30 com cerca de 23%. É de referir nesta amostra uma redução muito significativa entre os indivíduos, com apenas 14% para faixa dos 50 anos e 10% para os de 70 anos.

Gráfico IV

- Estado Civil

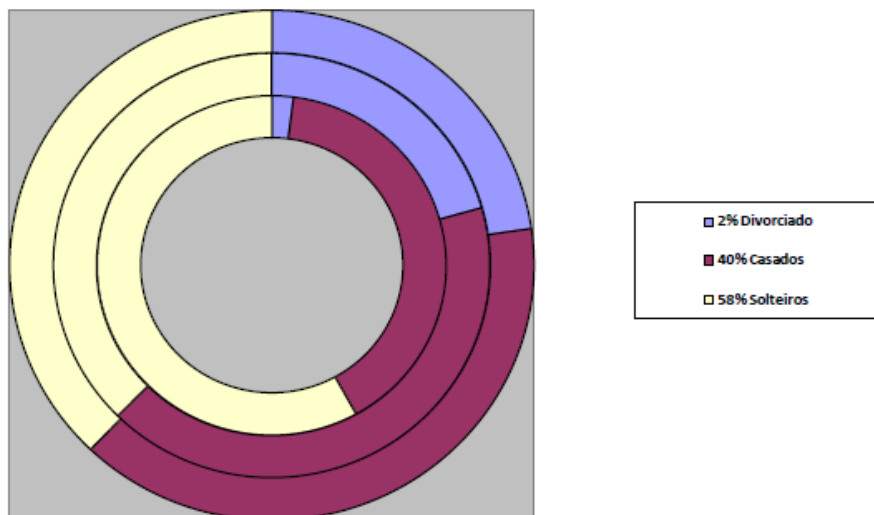


Gráfico IV - Nesta amostra constatou-se que em relação ao estado civil, como se pode verificar as tentativa de suicídio ocorreram, na sua maioria entre os solteiros com uma percentagem de cerca de 58%.

Verificou-se o segundo pico entre os casados com cerca de 40%, ao contrário do que refere a literatura.

Pacientes divorciados corresponde aos 2% com uma redução significativa em relação aos solteiros e casados.

Gráfico V

- Diagnósticos Prévios

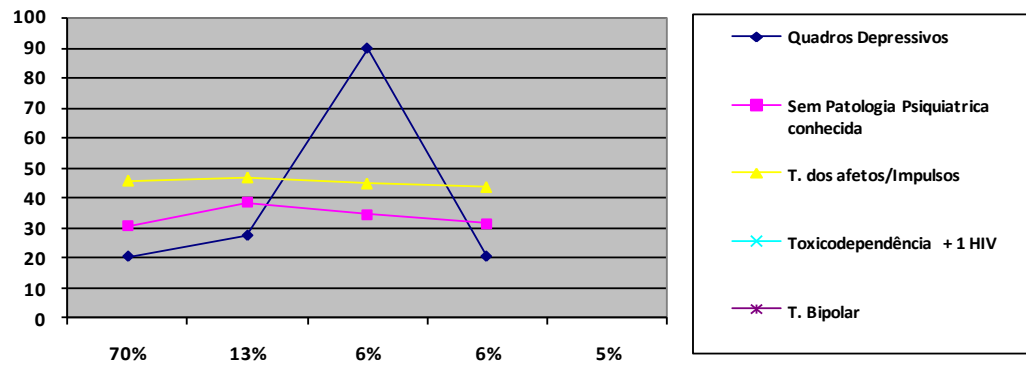


Gráfico V – Patologias diagnosticadas, em grande parte dos casos cerca 70% dos pacientes associa-se a quadros depressivos.

Verificou-se em doentes sem patologias psiquiátrica conhecida em cerca de 13%. O que chama atenção a este grupo apesar de não existirem patologia psiquiátrica diagnosticados, os *Comportamento suicida não fatais potencializados* pela ingestão abusiva de álcool.

Verificou-se em relação aos transtornos dos impulsos com cerca de 6%, Transtornos bipolares 5% e 6% toxicodependência.

Gráfico VI

- Distribuição consoante a Gravidade do Acto

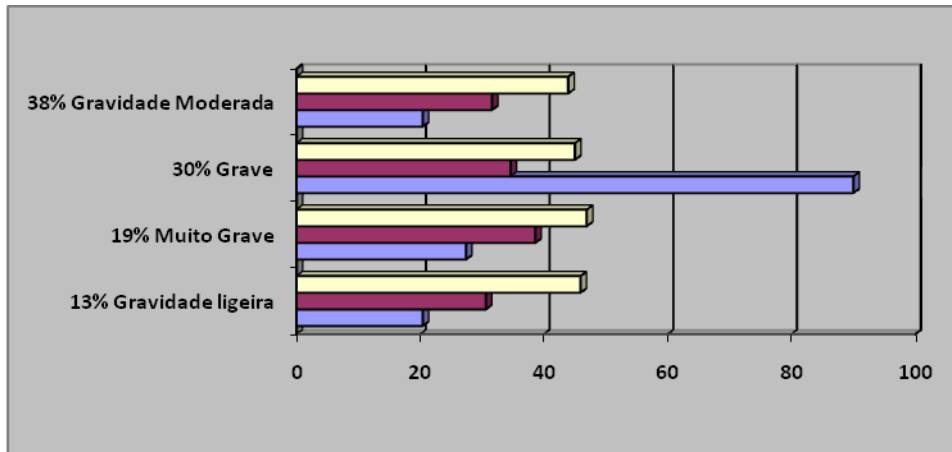


Gráfico VI - No que se refere à caracterização dos casos segundo a gravidade, em relação a amostra estudada, é de referir que em relação aos casos ligeiros, apenas alguns receberam tratamento ambulatorial e/ou orientação médica e alta para o domicílio.

Verificou-se ainda que a grande maioria dos casos foi de gravidade moderada com cerca de (38%) mantiveram-se em observação nos serviços de urgência e referência para a consulta externa de psiquiatria após a alta.

Constatou-se uma proporção significativa de casos graves com cerca de (30%) com recurso ao internamento nos serviços de psiquiatria. Em relação aos casos muito graves observou-se em cerca de (19%) da amostra, com recurso ao internamento na (UCI) Unidade de Cuidados Intensivos, devido ao potencial risco de vida em que se encontravam, como está ilustrado no gráfico.

Gráfico VII

- Factores de Riscos Associados

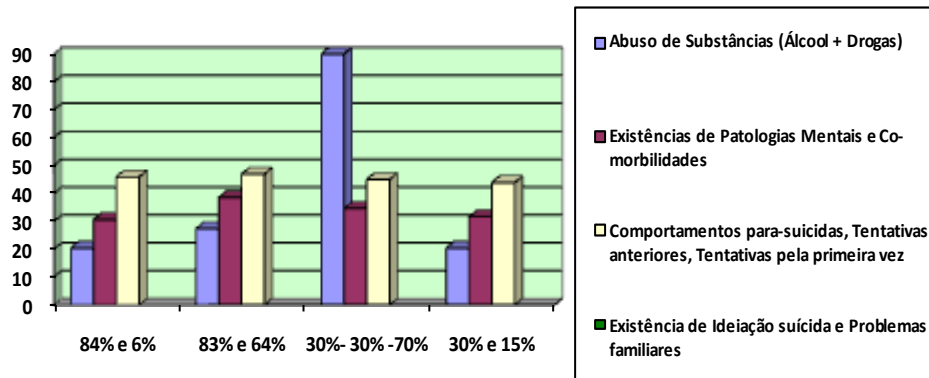


Gráfico VII - Nesta amostra estão representados os factores de riscos associados ao *Comportamento suicida não fatal*. O abuso de álcool, com 85% é utilizado como principal ansiolítico; deve-se provavelmente ao facto deste se encontrar sempre disponível e barato.

Toxicodependência, com 6% representa apenas uma pequena fracção mas é de referir que muitos dos que consomem drogas muitas das vezes associam-na com o álcool.

Diagnostico prévio de patologias mentais, com 83% correspondem em grande parte da amostra.

Primeira tentativa de suicídio em 70% o que representa um aumento significativo no número de novos casos.

Co-morbilidade, com 64%) representa um número significativo de casos.

≥ 2 Tentativas anteriores verificadas em 30% dos casos, ideias suicidas existentes em cerca de 30%, comportamentos para-suícida 30% e os problemas familiares observados em cerca de 15%.

Gráfico VIII

- Métodos Utilizados

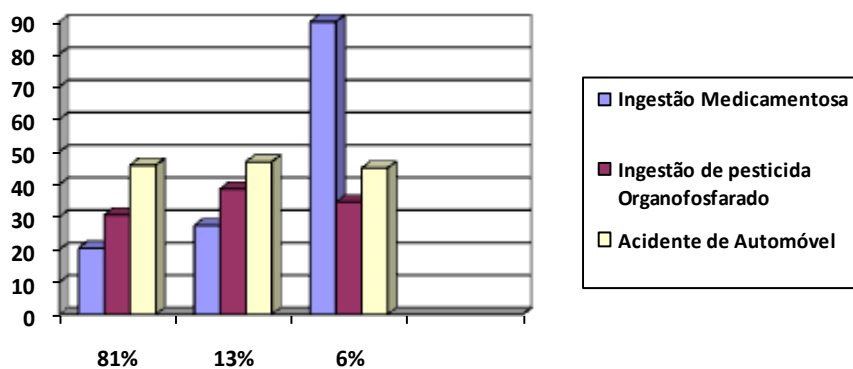


Gráfico VIII - Em relação aos métodos utilizados, a amostra destaca-se na elevada proporção de recurso à ingestão medicamentosa para ambos os sexos, correspondente a 38 casos, ou seja cerca de 81% dos doentes.

O recurso aos métodos é mais agressivo, com potencial risco de vida da amostra correspondente a 13% com intoxicação por organofosfarado e 6 % acidente de automóvel. Estes pacientes permaneceram internados na unidade de cuidados intensivos.

Gráfico IX

- Total da Amostragem (455 = 100%)

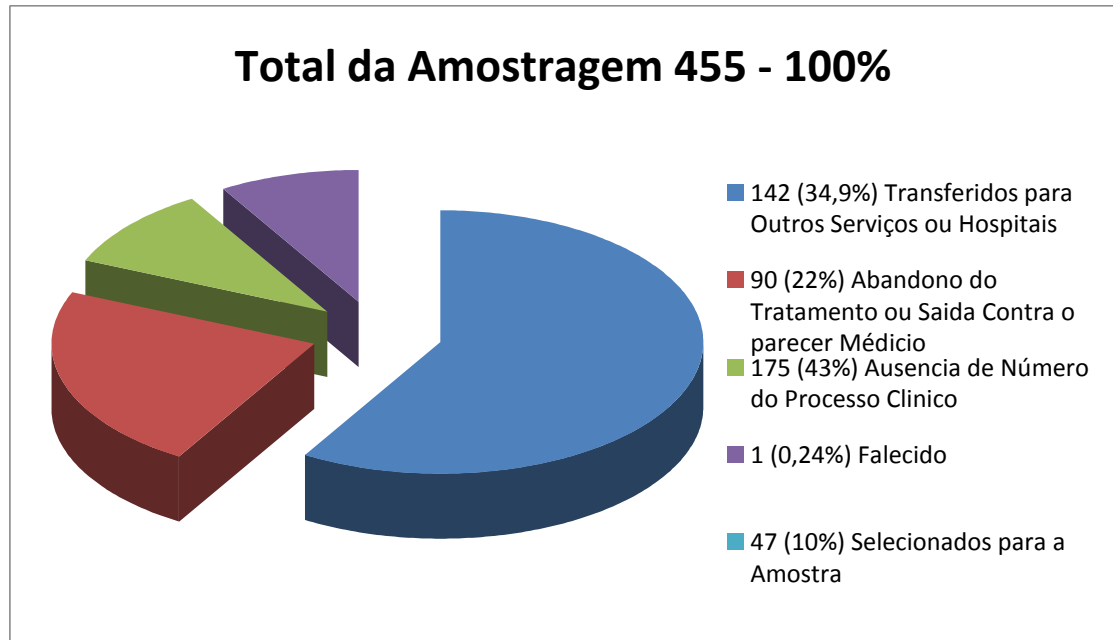


Gráfico IX - O gráfico representado acima refere-se ao total da amostragem (100%) os critérios de exclusão e inclusão da amostra.

- Em primeiro lugar aproximadamente metade da amostragem cerca de 43% como se pode verificar constitui a grande maioria dos excluídos por falta de número de processo, pelo que inviabiliza a pesquisa.

- Em segundo lugar verifica-se ainda um número elevado cerca de 34,8% excluídos por terem sido transferidos para outros hospitais ou outras especialidades por um lado por falta de processos clínicos.

- Em terceiro lugar com cerca de 22% Excluídos por abandono da medicação ou saída contra parecer médico deve-se a impossibilidade de consultar o processo clínico e além disso os processos sem registo muito incompletos, letras pouco legíveis.

- Por ultimo cerca de 0,24% falecido, excluído por não fazer parte dos objectivos do presente estudo.

- Como se pode verificar a penas 10% da amostragem seleccionada e constitui a amostra para o presente estudo. Levanta-se dúvidas em relação a ingestão de fármacos acidental ou efeitos adversos de determinados fármacos ou ainda erros nos registos de tentativas de suicídio ou, para-suicídio.

6 - DISCUSSÃO

Quanto a epidemiologia, incidência e prevalência de acordo com os dados da OMS e alguns autores, o número de suicídios é subestimado. A extensão deste viés varia dependendo do país e principalmente da forma de como são registados. Referem que a razões para a subestimação inclui os estigmas de cada sociedade, os factores políticos, sociais e as regulações das agências de seguro. O que pressupõe que alguns comportamentos suicidas e suicídios podem ser registados como acidentes ou mortes por causa indeterminada. Pensa-se que o suicídio é subestimado numa taxa de 20-25% no idoso e de 6-12% em outras faixas etárias.

Quanto as tentativas de suicídio não existem registos mundiais oficiais de comportamentos suicidas não fatais, principalmente devido ao facto de que somente cerca de 25% dos que tentam o suicídio recorrem aos cuidados médicos. A maioria das tentativas de suicídio permanece não relatada e não registada ou até registada de maneira errada.

Quanto as pesquisas sobre os comportamentos suicidários é consensual a recomendação a prudência por parte dos autores em relação a frequência. Estudos de comparações a partir de dados de diferentes países, alertam sobre a necessidade de se ter sempre em consideração os possíveis erros nos procedimentos de registo de dados de mortalidade que se revelam variáveis de país para país, comprometendo seriamente qualquer comparação directa entre populações distintas.

Um dos aspectos que facilmente pode induzir a erros são os associados os taxas de suicídio, geralmente expressas com o número de mortes por 100 mil habitantes no período de um ano. Quando estas taxas referem-se a populações pequenas cidades pequenas ou países, a interpretação recomenda-se cautela extra, uma vez que poucas mortes podem influenciar

radicalmente no quadro. Neste âmbito recomenda-se a utilização de números absolutos para populações inferiores a 250 mil habitantes.

Erros possíveis em relação as taxas mostradas de forma ponderada por idade, pode excluir os suicídios em indivíduos com menos de 15 anos de idade, devido baixa frequência nestas idades. Os métodos utilizados para o estudo, podem variar e depender de alguns factores como cultura, idade, sexo, estado mental, sobretudo o acesso ao método. No presente estudo constatou-se a existência de consenso entre os autores em relação aos homens terem tendência a utilizar métodos mais agressivos em relação as mulheres como: Armas de fogo, a força. As mulheres tendem a utilizar métodos menos agressivos como ingerir doses excessivas de fármacos ou venenos.

A bibliografia refere haver um aumento alarmante de suicídio e comportamentos suicidários em muitos países no grupo etário dos 15 anos de idade, associado ao consumo abusivo de álcool e drogas a semelhança de Portugal.

Quanto ao alcoolismo existem consenso entre os autores (tanto o abuso de álcool quanto a dependência ao álcool e drogar) é um diagnóstico frequente nos doentes que tentam o suicídio, particularmente em indivíduos jovens. Existem explicações sociais, psicológicas e biológicas para a correlação entre suicídio e alcoolismo.

Existem controvérsia em relação aos indivíduos com transtornos de personalidade e aos que passam por acontecimento de vida trágicos e nem por isso tentam pôr termo a vida.

Em relação a segunda parte do presente trabalho acontece o mesmo à semelhança do que refere a literatura. As pesquisas de informações nos processos clínicos dos doentes, entre 2005 a 2008 observados no CHCB. Não foi possível obter informações referentes à ocupação, formação, grau de escolaridade e profissão em mas de 95% dos casos, por tais dados não se encontrarem disponíveis nos processos, o que levou a descartar tais variáveis.

Verificou-se na amostra ao contrário do que refere a literatura os comportamentos paras-suicidários são representados maioritariamente por indivíduos do sexo masculino. Grande parte dos casos ocorre em adultos de meia-idade. Em relação ao estado civil, como se pode verificar as tentativas de suicídio ocorreram, maioritariamente entre os solteiros a semelhança do que refere a literatura. O segundo pico verificado entre os casados ao contrário do que refere a literatura.

Em relação as patologias diagnosticadas a semelhança do que refere a literatura grande parte dos casos verificados associa-se a quadros depressivos.

Observaram casos de tentativas de suicídio em doentes sem patologia psiquiátrica conhecida. O que chama atenção a este grupo, os *Comportamento suicida não fatal*, foram potencializados pela ingestão abusiva de álcool segundo a literatura são classificados como deprimidos.

Em relação a gravidade foram observados maioritariamente doentes com gravidade moderada.

Os métodos mais utilizados pelos homens intoxicação medicamentosa e por organofosfarado associado a ingestão de álcool, acidente de automóvel a semelhança do que refere a literatura nesta amostra os homens recorrem a meios mais agressivos do que as mulheres.

No que se refere ao consumo de álcool, 85% da amostra utilizaram o álcool como principal ansiolítico potencializador do acto. Em relação a ingestão de doses elevadas de fármacos, métodos utilizados principalmente por mulheres. A semelhança do que refere a literatura mas de 83% da amostra com patologia mental diagnosticada.

Quanto as limitações no presente estudo é de salientar a amostra é muito pequena logo não pode ser representativa da população o que limita a conclusão. E como se pode constatar serão necessários mais estudos em relação a este tema.

Estes problemas chamam a atenção a realidade em relação aos níveis de perigo associados intenção suicida e a identificação de comportamentos de risco com o objectivo de adoptar medidas preventivas em caso de novos eventos. Estudos recentes com discussão sobre a importância de avaliar a intencionalidade do suicida, propondo uma melhor definição e distinção entre *tentativa de suicídio* e *comportamentos suicidários* como proposta de adopção de medidas de prevenção de suicídios. Diversos autores recomendam a selecção de metodológica para melhorar a pesquisa sobre o assunto, e deste modo, facilitar um melhor planeamento das acções de prevenção.

7 - CONCLUSÃO

“Suicídio” é um assunto actual conhecido em todo o mundo. Não foi fácil encontrar fontes de informação. A existência de livros relativos ao tema foi muito importante em relação a informação sobre as tentativas de um suicídio frustrado.

Durante as pesquisas sobre o tema, houve dificuldades em relação a selecção dos artigos, um outro aspecto verificado foi a existência de diversos artigos escritos pelos mesmos autores em épocas diferentes abordando o mesmo assunto e sem acrescentar algo de novo, o que dificulta a selecção dos artigos.

Outra das dificuldades, refere-se à interpretação, mas a elaboração deste trabalho, permitiu-me reter mais informação que serão úteis para a formação pessoal.

Em relação as recomendações para o futuro, pressupõe-se que seria de interesse geral, a criação de formas de registos de informa automáticos de forma a permitir uma pesquisa de dados com acesso a todas as variáveis de modo rápido, simples, completo, actualizado e prático.

Propõe-se ainda a criação na Covilhã de associações de prevenção de comportamento suicidário e suicídio, com objectivo de divulgar o problema, debater sobre o assunto, avaliar a necessidade de elaboração de novas medidas de prevenção ajustada à população desta localidade: Criação de grupos de ajuda mútua, em que os mesmos possam dar o seu testemunho e discutir o assunto de forma a encontrar formas de ultrapassar os seus problemas. Incentivar e intervir junto as autarquias juntas de freguesias e câmaras municipais a criação de espaços ou centros de apoio, onde os mesmos possam ocupar o seu tempo livre em actividades lúdicas e de recriação e lazer. Criação de equipas multidisciplinar de profissionais habilitados a intervir nas diversas áreas de modo a facilitar a integração dos indivíduos na sociedade, bem como os desenvolvimentos e funcionamento integral dos grupos de apoio.

Como forma de dar respostas a sensação de inutilidade referidas pelos pacientes, sobretudo os desempregados, propõe-se a criação de um espaço, onde estes possam desenvolver activares como:

- Agricultura e jardinagem adaptadas a programas psicoterapêutico, de forma que o mesmo, reconheça o prazer pela vida. O objectivo não é suprimir-lhes os problemas mas sim, ajudar a encontrar estratégias de combate ao stress.

- Criação de animas e incentivar a relação interpessoal entre os membros da família, como forma de combater a solidão, estimular a auto valorização, ajudar a reconhecer que não estamos sozinhos no mundo e que os problemas podem ser partilhados com os outros.

- Arte (musica, dança, actividade desportiva, filmes, diversos jogos, arte plástica e outras) como forma de reconhecimento de que a matéria nas mãos dos homens podem ser transformadas em algo belo, útil, assim como a vida de cada um, e desta forma encararem a vida positivamente apesar dos problemas que os afligem.

8 -REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - Oquendo, MA. Currier, D. Posner, K. Rev Psiquiatr Salud Ment. 2009. 2(2): 63-5
- 2 - O quendo, MA. Baca-García, E. Mann, JJ. Giner, J. Issues for DSM-V: suicidal behaviour as a separate diagnosis on a separate axis. Am J Psychiatry. 2008 165(11): 1383-1384
- 3 - Rastros virtuais de uma morte (a)enunciada: uma análise dos discursos do suicídio pelas páginas brasileiras do Orkut. Dissertação de mestrado de Mônica Vasconcellos Cruvinel, Instituto de Estudos da Linguagem, Unicamp, 17/3/2008.
- 4 - Stefanello S, Cais CF, Mauro ML, Freitas GV, Botega NJ (2008). Gender differences in suicide attempts: preliminary results of the multisite intervention study on suicidal behavior (SUPRE-MISS) from Campinas, Brazil. Rev Bras Psiquiatr 30(2):139-143.
- 5 - Freitas GV, Cais CF, Stefanello S, Botega NJ (2008). Psychosocial conditions and suicidal behavior in pregnant teenagers: A case-control study in Brazil. Euro Child Adolesc Psychiatry (no prelo).
- 6 - Fleischmann, A., Bertolote, J.M., Wasserman, D., De Leo, D., Bolhari, J., Botega, N.J., et al. (2008). Brief intervention and ongoing contact for suicide attempters decreases subsequent deaths from suicide: a randomized controlled trial in Brazil, China, India, The Islamic Republic of Iran, and Sri Lanka. Bulletin of The World Health Organization (no prelo).
- 7 - Dalgarrondo P, Marín-León L, Botega NJ, Barros MBA, Oliveira HB (2008). Religious affiliation and psychiatric morbidity in Brazil: Higher rates among Evangelicals and Spiritists. Int J Social Psychiatry (no prelo).

- 8 - Cais CFS, Stefanello S, Mauro MLF, Freitas GVS, Botega NJ (2008). Factors associated to repeated suicide attempts: preliminary results of the W.H.O. Multisite Intervention Study on Suicidal Behavior (SUPRE-MISS) from Campinas, Brazil. *Crisis* (em avaliação).
- 9 - SHAH, A.; PADAYATCHI, M.; DAS, K. The relationship between elderly suicide rates and elderly dependency ratios: a cross-national study using data from the WHO data bank. *International Psychogeriatrics*, v. 20, n.3, p.596–604, 2008.
- 10- SHAH, A. Is there a relationship between elderly suicide rates and smoking? A cross-national study. *Int J Geriatr Psychiatry*, v. 23, p. 308-313, 2008.
- 11 - Arantes-Gonçalves, F. Coelho, R. Á procura de marcadores biológicos no comportamento suicidário. *Acta Médica Portuguesa*. 2008. 21: 89-98
- 12 - Werlang BSG, Botega NJ (2007). Entrevista Semi-estruturada para Autópsia Psicológica (ESAP) em casos de suicídio. In: Humberto Corrêa; Sérgio Perez Barreto. (Org.). *Suicídio: uma morte evitável*. Atheneu, São Paulo, pp. 187-196.
- 13 - Ferreira MH, Colombo ES, Guimarães PS, Soeiro RE, Dalgalarondo P, Botega NJ (2007). Suicide risk among inpatients at a university general hospital. *Rev Bras Psiquiatr* 29(1):51-4.
- 14 - Simon GE, Hunkeler E, Fireman B, Lee JY, Savarino J. Risk of suicide attempt and suicide death in patients treated for bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2007; 9:526-530. Abstract.
- 15 - Botega NJ (2007).[Suicide: moving away umbrage towards a National Prevention Plan]. *Rev Bras Psiquiatr* 29 (1): 7-8.

- 16 - Marín-León L, Oliveira HB, Barros MB, Dalgalarondo P, Botega NJ (2007). Social inequality and common mental disorders. *Rev Bras Psiquiatr* 29(3):250-3.
- 17 - Marín-León L, de Oliveira HB, Barros MB, Dalgalarondo P, Botega NJ (2007). Perception of community problems: the influence of socio-demographic and mental health factors]. *Cad Saúde Pública* 23(5):1089-97.
- 18 - Sadock, BJ. Sadock, VA. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry. Behavioural Sciences/Clinical Psychiatry. 10 th edition. 2007. Lippincott Williams and Wilkins.
- 19 - Comportamentos Suicidários em Portugal' 1ª edição Abril de 2006 Professor Dr. Carlos Braz Saraiva.
- 20 - Estudos Sobre o Para-Suicídio o que leva os jovens a espreitar a morte 1ª edição de Setembro de 2006, Dr. Carlos Braz Saraiva.
- 21 - Baldessarini RJ, Pompili M, Tondo L. Suicide in bipolar disorder: risks and management. *CNS Spectr*. 2006;11:465-471. Abstract
- 22 - Silva VF, Oliveira HB, Botega NJ, Marin-Leon L, Barros MB, Dalgalarondo P (2006). Factors associated with suicidal ideation in the community: a case-control study]. *Cad Saude Publica* 22(9):1835-43.
- 23 - Trape AZ, Botega NJ (2006). Inquérito de morbilidade auto-referida e exposição a agrotóxicos. In: Virgínia Elisabeta Etges; Marcos A. Fishborn Ferreira. (Org.).
- 24 - Rapeli CB, Botega NJ (2005). Severe suicide attempts in young adults: suicide intent is correlated to the medical lethality. *São Paulo Medical Journal* 123(1):43.

- 25 - Fawcett JA. Suicide and bipolar disorder. *Medscape Psychiatry & Mental Health*. 2005;
- 26 - GOLDNEY, Robert. Suicide Prevention: a pragmatic review of recent studies. *Crisis*. XXVI(3): 128-140, 2005.
- 27 - GROSS, Bruce. Death Throes: Professional Liability after client suicide. *Issues Therapy*. 3435, 2005.
- 28 - PRESTON, EMMA (et al). A systematic review of suicide rating Scales in Schizophrenia. *Crisis*. XXVI (4): 170-180, 2005.
- 29 - BAPTISTA, Makilim Nunes. Desenvolvimento do Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF): estudos psicométricos preliminares. *Psico – USF*. 10(1): 11-19, jan-jun/2005.
- 30 - Botega NJ, Barros MBA, Oliveira HB, Dalgalarondo P, Marin-León L (2005). Suicidal Behavior in the community: prevalence and factors associated to suicidal ideation: *Revista Brasileira de Psiquiatria* 27(1):45-53.
- 31 - Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D, Wasserman D, Bolhari J, Botega NJ, De Silva D, Tuong N, Phillips M, Schlesch L, Värnik A.
- 32 - Vijayakumar L (2005). Suicide attempts, plans, and ideation in culturally diverse sites: the WHO SUPRE-MISS community survey. *Psychological Medicine* 35(10):1457-65.
- 33 - Fleischmann A, Bertolote JM, Wasserman D, De Leo D, Botega NJ, Phillips M, Värnik A, Vijayakumar L, Bolhari J, Schlebusch L, De Silva D, Tuong N (2005).
- 34 - Characteristics of attempted suicides treated in emergency rooms of general hospitals in eight developing countries. *Psychological Medicine* 35(10):1467-74.

- 35 - Oxford Textbook on Suicide, Oxford University Press, Oxford (no prelo). Werlang BSG, Botega NJ [org.]. Comportamento Suicida. Artmed, Porto Alegre, 2004.
- 36 - Werlang BSG, Botega NJ (2004). Introdução. Em Werlang BSG, Botega NJ (org.) Comportamento Suicida. Artmed, Porto Alegre, pp.17 -18.
- 37 - MOSCICKI, Eve. Opportunities of Life Preventing Suicide in Elderly Patients. *Archives of Internal Medicine*. CLXIV(14): 1171-1172, jun/2004.
- 38 - JUURLINK, David (et al). Medical Illness and the Risk of suicide in the Elderly. *Arch Intern Méd*. CLXIV(14): 1179-1184, jun/2004.
- 39 - SUOMINEN, K.; ISOMETSA, E.; LONNQVIST,J. Elderly suicide attempters with depression areoften diagnosed only after the attempt. *Int JGeriatr Psychiatry*, v. 19, p. 35-40, 2004.
- 40 - SCHERMAN, Hansson. Drug compliance and identity. Reasons for non compliance: Experiences of medication from persons with asthma/allergy. *Patient Education and Counseling*. 54: 3-9, 2004.
- 41 - MINTZER, Jacobo (et al). Psychosis in Elderly Patients: Classification and Pharmacotherapy. *Journal of Geriatric Psychiatry Neurology*. XVI(4): 199-206, 2003.
- 42 - OMS. *Classificação de transtornos mentais e do comportamento da Cid-10*. Porto Alegre: ARTMED, 2003.
- 43 - AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual de diagnóstico e estatística de trasntornos mentais*. Porto Alegre: Artmed, 2003.

- 44 - COLLETT, Brent (et al). Ten-Year Review of Rating Scales. VI: Scales Assessing Externalizing Behaviors. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. USA. 42(10): 1143-1170, oct/2003.
- 45 - DURKHEIM, Emile. *O suicídio*. São Paulo: Martin Claret, 2003.
- 46 - ENDLER, Norman (et al). *Coping Inventory for Stressful Situations*. 2. ed. New York: Multi-Health Systems, 2003.
- 47 - KNESPER, David. *Guide to Suicide Assessment*. 2003
- 48 - Rapeli CB, Botega NJ (2003). Tentativas de suicídio graves: um estudo de análise de agrupamento. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 52(1): 5-11.42 - Werlang BSG, Botega (2003a). A semi-structured interview for psychological autopsy in suicide cases. *Rev Bras Psiquiatr* 25(4): 212-219.
- 49 - RAMOS, Pedro e SANTOS, Pedro (2003), “Depressão entre os estudantes: um outro lado da vida universitária”. *A CABRA*, 25 de Março, pp. 14-15.
- 50 - ESTELLITA-LINS, Carlos Eduardo. A diáspora dos métodos de pesquisa em saúde da criança e da mulher. In: MINAYO, M.C.
- 51 - DESLANDES, S. *Caminhos do pensamento: epistemologia e método*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.
- 52 - Fauman, MA. *Guia de Estudo para o DSM-IV-TR*. 2002. Climepsi Editores.
- 53 - Freitas GVS e Botega (2002). Prevalência de depressão, de ansiedade e de ideação suicida em adolescentes grávidas. *Revista da Associação Brasileira de Medicina* 48(3): 245-249.

- 54 - A comparison of suicidal thinking and reasons for living among younger and older adults. *University of Colorado at Colorado Springs*. Colorado: 25(4): 357–365, jun/2001.
- 55 - SCHMITT, Ricardo (et al). Risco de suicídio: avaliação e manejo. In: SCHMITT, Ricardo (et al). *Emergências psiquiátricas*. Porto Alegre: Artmed, 2001. vol I.
- 56 - LOPES, Paula (et al). Tentativa de suicídio na adolescência: avaliação de efeito de gênero na depressão e personalidade. *Psicologia, Saúde & Doenças*. Lisboa: 2(1): 47-57,2001.
- 57 - KAPLAN, H.; ADANEK, M.; MARTIN, J. Confidence of primary care physicians in assessing the suicidality of geriatric patients. *Int J Geriatr Psychiatry*, v. 16, p. 728-734, 2001.
- 58 - ESTELLITA-LINS, Carlos Eduardo (et al). Acompanhamento terapêutico centrado em urgências. *1º Encontro Nacional de Acompanhantes terapêuticos*. São Paulo: PUC, 2001a.
- 59 - ESTELLITA-LINS, Carlos Eduardo (et al). Acompanhamento terapêutico: intervenção sobre a depressão e o suicídio. *1º Encontro Nacional de Acompanhantes Terapêuticos*. São Paulo: PUC, 2001b.
- 60 - BAYLE, F. (et al). Factor analysis of French translation of the Barratt Impulsivity Scale (BIS-10). *Can J. Psychiatry*. Paris. 45(2): 156-65, mar/2000.
- 61 - CABRAL, Karol Veiga. *Acompanhamento terapêutico: uma ampliação possível para a clínica das psicoses*. Tese (Doutorado). Instituto de Psicologia, Unisinos. São Leopoldo, 2000.
- 62 - BOTEGA, N. J. Suicídio e Tentativa de Suicídio. In: Lafer, B. et alli. *Depressão no Ciclo da Vida*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

- 63 - OMS. *Prevenção do suicídio: um manual para médicos clínicos gerais*. Genebra. 2000.
- 64 - Para-Suicídio”(1999) e “Janela d’Almas” (2000), Professor Doutor Carlos Braz Saraiva.
- 65 - Botega NJ, Rapeli CB, Meleiro MAM (2000) O paciente com risco de suicídio no contexto médico. Em Fráguas Jr.R et al.(ed) *Depressões secundárias*. Atheneu, São Paulo, pp. 523-538. MILLER, Jill (et al).
- 66 - ANDRADE, Laura (et al). Inventário de Depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. In: GORENSTEIN, Clarice; ANDRADE, Laura; WALDO, Antonio.
- 67 - *Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia*. 2. ed. São Paulo: Lemos, 2000.
- 68 - CANTOR, Christopher (et al). Suicide prevention: a public health approach. *Australian and New Zeland Journal of Mental Health Nursig*. VIII: 45-50, 1999.
- 69 - Angst J, Angst F, Stossen HM. Suicide risk in patients with major depressive disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1999, 60, Suppl. 2: 57-62.
- 70 - Simpson SG, Jamison KR. The risk of suicide in patients with bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1999, 60, Suppl. 2: 53-56.
- 71 - HENDIN, Herbert (et al). Problems in Psychotherapy with Suicidal Patients. *Psychiatry*. CLXIII: 67-72, 1999.
- 72 - DESVIAT, Manuel. *A reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.
- 73 - Rapeli CB, Botega NJ (1998). Tentativas de suicídio envolvendo risco de vida: internações em um hospital geral. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 47(4): 157-162.

74 - BARBOZA, Rui Fernando. Uma alternativa para o manicômio. *Viver Psicologia*. LXIII (6): 13, 1998.

75 - Schou M. The effect of prophylactic lithium treatment on mortality and suicidal behaviour. *Journal of Affective Disorders*, 1998, 50: 253-259.

76 - Gupta S, et al. Factor associated with suicide attempts among patients with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 1998, 10: 1353-1355.

77 - ROTHSCHILD, Anthony. J. Suicide Risk Assessment. In: ROTHSCHILD, Anthony. *Acute care psychiatry: Diagnosis and Treatment*. Baltimore: Williams and Wilkins, 1997.

78 - SEDERER, Loyd (et al). *Acute care psychiatry*. Diagnosis and Treatment. Baltimore: Williams and Wilkins, 1997. vol I.

79 - BARRETTO, Kleber Barreto (et al). O *setting* e as funções no acompanhamento terapêutico. In: EQUIPE DE AT'S DO INSTITUTO "A CASA". s/d: São Paulo.

80 - OFEK, H (et al). The child suicide potential scale: inter-rater reliability and validity in Israeli inpatient adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*. Israel. 24(6): 735-747, dez/1996.

81 - MERCADANTE, M. (et al). *K-SADS, entrevista semi-estruturada para diagnóstico em psiquiatria da infância: versão epidemiológica*. São Paulo: PROTOC/Hospital das Clínicas da FMUSP, 1995.

- 82 - FARAH, Itamar. A clínica do acompanhamento terapêutico, uma alternativa que pode dar certo: atendimento de pessoas portadoras de síndrome de Down, parte 2. *Temas Sobre Desenvolvimento*. XVII(4): 25-32, mar-abr/1994.
- 83 - MARTIN, Elisabete Villalobos (et al). Acompanhamento terapêutico: uma modalidade de intervenção psicoterápica. *Insight Psicoterapia*. p.14, 1993.
- 84 - WHO. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision. Vol. 1. Geneva, World Health Organization, 1992.
- 85 - Rutz W, von Knorring L, Walinder, J. Long-term effects of an education programme for general practitioners given by the Swedish Committee for Prevention and Treatment of Depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1992, 85: 83-88.
- 86 - GILEWSKI, Michael (et al). Interaction of Depression and Bereavement on Mental Health in the Elderly. *Psychology & Aging*. VI(1): 67-75, 1991.
- 87 - HACKBERGER, R. (et al). Assessment of suicide Pontencial by nonpsychiatrists using the sad persons score. *J.Emerg med*. 6(2): 99-107 mar-abr/1988.
- 88 - HILLARD, James. Emergency management of the suicidal patient. In: WALKER, Ingram. *Psychiatric Emergencies*. Philadelphia: Lippincott Company, 1983.
- 89 - WALKER, Ingram. *Psychiatric Emergencies*. Philadelphia: Lippincott Company, 1983. vol. I.
- 90 - HELSINGER, Luiz Alberto. Estudo para uma proposta de tratamento alternativo com pacientes psicóticos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. XXXI(4), jul-ago/1982.

Sites

www.suicideinfo.org/portuguese/suicidal.htm

<http://www.who.int/ina-ngo/ngo/ngo027.htm>

<http://www.suicidology.org/>

<http://www.auseinet.flinders.edu.au/>

<http://www.pubmed.com>

<http://www.medscape.com/home>

<http://www.portugal-linha.pt/arteviver/suicidio.htm>

<http://www.pubmed.com>

<http://scholar.google.pt/>

<http://www.medscape.com/home>

<http://www.uni-wuerzburg.de/IASR/>

www.spsuicidologia.pt/index.php

<http://suicidiojuvenil.blogs.sapo.pt/5897.html>

<http://www.portugal-linha.pt/arteviver/suicidiojuvenil.htm>

<http://www.spsuicidologia.pt>

Email: botega@fcm.unicamp.br

Email: geral@spsuicidologia.pt