



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR

Ciências da Saúde

**Comportamentos suicidários em doentes com  
Perturbação Bipolar: a realidade do  
Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da  
Unidade Local de Saúde da Guarda**

**Cláudia Vanessa Rodrigues Alves**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em  
**Medicina**  
(ciclo de estudos integrado)

Orientador: Mestre Juliana da Silva Nunes

**Covilhã, abril de 2018**



# Dedicatória

Ao meu avô...



# Agradecimentos

À minha orientadora, Dra. Juliana Nunes, pela disponibilidade e gentileza em acompanhar-me neste trabalho.

Aos meus pais, os meus grandes pilares, por me ensinarem que nunca devemos desistir dos nossos sonhos, por acreditarem sempre em mim e por todo o seu amor, carinho e acima de tudo paciência.

Ao meu irmão, o meu companheiro de todas as horas, o meu eterno pequenino que tão depressa cresceu e agora tantos conselhos me dá. Que possamos sempre contar um com o outro.

A todos os meus familiares, que sempre acreditaram em mim e me acompanharam da melhor forma possível ao longo de todo este percurso.

Aos meus amigos da Covilhã, uma família longe de casa, por tornarem estes seis anos memoráveis.

Aos amigos de Fafe, por todo o apoio, carinho e grande amizade, não podia pedir melhor. Amizades com mais de sete anos, são amizades para a vida toda.

A todos eles, muito obrigado.



## Resumo

**Introdução:** O suicídio representa um grave problema de saúde pública. O seu principal fator de risco são as perturbações mentais, associando-se em mais de 90% dos casos. Dentro destas, a Perturbação Bipolar é um dos diagnósticos mais relatado, estimando-se que cerca de 30 a 40% apresentem ideação suicida, 25 a 50% façam pelo menos uma tentativa de suicídio ao longo das suas vidas e cerca de 19% morram por suicídio. A Perturbação Bipolar é definida por dois ou mais episódios em que o humor e os níveis de atividade do doente estão significativamente perturbados, alternando entre episódios de hipomania/mania e depressão.

**Objetivos:** Analisar descritivamente esta população quanto aos seus comportamentos suicidários.

**Métodos:** Este estudo, de natureza retrospectiva e descritiva, baseia-se na observação de processos clínicos de 96 doentes com Perturbação Bipolar seguidos no serviço de consulta externa do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da ULS da Guarda entre 1 de janeiro de 2013 e 31 de dezembro de 2015.

**Resultados:** Dos 96 doentes, 62,5% eram do sexo feminino, 50,0% tinham entre 45 e 65 anos, 49,0% eram casados, 40,6% estavam reformados e 70,8% tinham excesso de peso e obesidade. Apenas 29,2% apresentaram comportamentos suicidários, 27,1% demonstraram registo de ideação suicida e 16,7% tentaram o suicídio.

Dos 28 doentes com perturbação bipolar que apresentaram comportamentos suicidários, 64,3% eram do sexo feminino com 61,1% das mulheres abaixo dos 45 anos e 60% dos homens acima dos 55 anos. 50,0% eram casados, 42,9% estavam desempregados e 78,6% tinham excesso de peso e obesidade. Cerca de 62,6% tentou o suicídio mais do que uma vez.

Totalizaram-se 49 tentativas de suicídio, praticadas por 16 indivíduos, sendo o método mais utilizado a ingestão medicamentosa (51,0%).

**Conclusão:** O perfil do doente bipolar com comportamentos suicidários desta unidade de saúde corresponde a uma mulher com menos de 45 anos, casada, desempregada e com peso acima do normal. A grande maioria tentou o suicídio mais do que uma vez sendo a ingestão medicamentosa o método mais utilizado para esse efeito.



# Palavras-chave

Perturbação bipolar; Comportamentos suicidários; Suicídio; Tentativa de suicídio; Fatores de risco



## Abstract

**Introduction:** Suicide is a serious public health problem. Its main risk factor is mental disorders, which is associated with more than 90% of cases. Among these, Bipolar Disorder is one of the most commonly reported diagnoses, with 30 to 40% of patients presenting with suicidal ideation, 25 to 50% having at least one suicide attempts during their lives and about 19% dying of suicide. Bipolar Disorder is defined by two or more episodes in which mood and activity levels of the patient are significantly disturbed, alternating between episodes of hypomania / mania and depression.

**Goals:** To describe this population about their suicidal behavior.

**Methods:** This retrospective and descriptive study is based on the observation of clinical processes of 96 patients with Bipolar Disorder treated at the outpatient service of the Department of Psychiatry and Mental Health of the ULS of Guarda between January 2013 and December 2015.

**Results:** Of the 96 patients, 62.5% were female, 50.0% were between 45 and 65 years of age, 49.0% were married, 40.6% were retired and 70.8% were overweight and obese. Only 29.2% presented suicidal behavior, 27.1% showed suicidal ideation and 16.7% attempted suicide.

Of the 28 patients with bipolar disorder who presented suicidal behavior, 64.3% were female, 61.1% were women under 45 years of age and 60% were men over 55 years. 50.0% were married, 42.9% were unemployed and 78.6% were overweight and obese. About 62.6% tried suicide more than once.

There were 49 suicide attempts performed by 16 individuals, the most commonly used method being medication ingestion (51.0%).

**Discussion:** The profile of the bipolar patient with suicidal behaviors of this health unit corresponds to a woman under 45 years of age, married, unemployed and overweight. The vast majority tried suicide more than once being the drug intake the most used method for this purpose.



## Keywords

Bipolar disorder; Suicidal behaviors; Suicide; Suicide attempt; Risk factors



# Índice

Dedicatória .....	iii
Agradecimentos .....	v
Resumo.....	vii
Palavras-chave.....	ix
Abstract.....	xi
Keywords .....	xiii
Índice.....	xv
Lista de Gráficos .....	xvii
Lista de Tabelas .....	xix
Lista de Siglas/Acrónimos .....	xxi
1 Introdução .....	1
2 Materiais e Métodos .....	3
3 Resultados.....	5
3.1) População de doentes com PB .....	5
3.2) População de doentes com PB que tiveram comportamentos suicidários.....	10
3.3) Análise dos comportamentos suicidários .....	14
4 Discussão .....	19
5 Conclusão .....	25
6 Bibliografia.....	27



## Lista de Gráficos

Gráfico 1 - Doentes com PB por sexo	5
Gráfico 2 - Doentes com PB por idade	6
Gráfico 3 - Doentes com PB por idade e por sexo	7
Gráfico 4 - Doentes com PB por estado civil	7
Gráfico 5 - Doentes com PB por situação profissional	8
Gráfico 6 - Doentes com PB por IMC	9
Gráfico 7 - Doentes com PB por comportamentos suicidários	9
Gráfico 8 - Doentes com PB por IS	10
Gráfico 9 - Doentes com PB por TS	10
Gráfico 10 - Comportamentos suicidários por sexo	10
Gráfico 11 - Comportamentos suicidários por idade	11
Gráfico 12 - Comportamentos suicidários por idade e por sexo	12
Gráfico 13 - Comportamentos suicidários por estado civil	13
Gráfico 14 - Comportamentos suicidários por situação profissional	13
Gráfico 15 - Comportamentos suicidários por IMC	14
Gráfico 16 - Presença de TS nos doentes com IS	15
Gráfico 17 - Presença de IS nos doentes com TS	15
Gráfico 18 - Número de TS por indivíduo	15
Gráfico 19 - TS por método	16
Gráfico 20 - TS por método e por sexo	17



## Lista de Tabelas

Tabela 1 - Doentes com PB por idade	5
Tabela 2 - Doentes com PB por idade e por sexo	6
Tabela 3 - Doentes com PB por estado civil	7
Tabela 4 - Doentes com PB por situação profissional	8
Tabela 5 - Doentes com PB por IMC	9
Tabela 6 - Comportamentos suicidários por sexo	11
Tabela 7 - Comportamentos suicidários por idade e por sexo	12
Tabela 8 - Comportamentos suicidários por estado civil	12
Tabela 9 - Comportamentos suicidários por situação profissional	13
Tabela 10 - Comportamentos suicidários por IMC	14
Tabela 11 - TS por método e por sexo	16



## Lista de Siglas/Acrónimos

OMS	Organização Mundial de Saúde
PB	Perturbação Bipolar
ICD-10	Internacional Classification of Diseases 10th revision
ULS	Unidade Local de Saúde
IMC	Índice de Massa Corporal
IS	Ideação suicida
TS	Tentativa de suicídio
SC	Suicídio consumado



# 1 Introdução

O suicídio é um fenómeno universal e complexo, atinge todas as culturas, classes sociais e idades, e possui uma etiologia multifatorial que engloba fatores biológicos, psicológicos, sociais, culturais e ambientais.(1)

Antes de mais, é necessário o esclarecimento de alguns conceitos, nomeadamente:

- Ideação suicida (IS): pensamentos e cognições sobre cometer suicídio, que podem levar a comportamentos autolesivos ou atos suicidas, sem que haja necessariamente passagem ao ato.(2-4)
- Comportamentos autolesivos (CAL): comportamento sem intencionalidade suicida mas que envolve atos autolesivos intencionais.(2-4)
- Tentativa de suicídio (TS): ato levado a cabo por um indivíduo e que visa a sua morte, mas que, por várias razões, resulta frustrado.(2,3)
- Suicídio consumado (SC): morte provocada por um ato executado pelo indivíduo com intenção de acabar com a própria vida.(2-4)
- Comportamentos suicidários: abrange todo e qualquer ato através do qual um indivíduo causa uma lesão a si próprio, que pode ir desde a ideação suicida até ao suicídio consumado, passando pelo grau intercalar da TS.(1,4)

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2015), o suicídio apresenta uma taxa que varia de menos de 5 por 100.000 habitantes entre mulheres de países de baixo e médio rendimento do Mediterrâneo Oriental e das Regiões Americanas, a 20 ou mais entre os homens de países de alto rendimento bem como nos de países de rendimento médio e baixo de África, Regiões da Europa e do Sudeste Asiático. Nesse mesmo ano, foi responsável por cerca de 1,5% de todas as mortes em todo o mundo, o que o colocou dentro das 20 principais causas de morte.(5)

Em Portugal, a taxa de suicídios, em 2015, foi de 10,9 por 100 000 habitantes, sendo superior à de qualquer outra causa de morte violenta. Na região centro, registou-se uma taxa de suicídio de 11,3 por 100.000 habitantes para os homens e de 5,7 por 100.000 habitantes para as mulheres.(2,6)

Apesar destes dados, os atos suicidas são claramente subdeclarados pelo que as taxas supracitadas podem ficar muito aquém da realidade.(2)

As perturbações mentais constituem o fator de risco mais importante para o suicídio, estando associadas em mais de 90% dos casos. Dentro destas, a perturbação bipolar (PB) é um dos diagnósticos mais relatado, estimando-se que cerca de 30 a 40% dos doentes bipolares

apresentam IS, 30 a 40% façam pelo menos uma TS ao longo das suas vidas e cerca de 19% morram por suicídio.(2,3,7,8)

A PB, segundo a Internacional Classification of Diseases 10th revision (ICD-10), é caracterizada por dois ou mais episódios em que o humor e os níveis de atividade do doente estão significativamente perturbados, essa perturbação consiste em algumas ocasiões de elevação do humor e aumento de energia e atividade (hipomania ou mania) e outras de diminuição do humor e da energia e atividade (depressão).(9)

Para além da PB, vários outros fatores podem aumentar o risco de suicídio, nomeadamente, o sexo masculino, as idades mais avançadas, solteiros ou divorciados, desempregados ou reformados, obesidade ou história pregressa de IS ou TS. O sexo feminino e as idades mais jovens estão relacionados com o aumento do risco de TS.(2,3,7,10-16)

Apesar do panorama atual, o suicídio pode ser evitável se houver um diagnóstico e reconhecimento corretos dos fatores de risco, permitindo uma intervenção educativa, preventiva e terapêutica.(2,13,16)

Posto isto, esta dissertação de mestrado tem por objetivo analisar descritivamente a população de doentes com PB do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da Unidade Local de Saúde (ULS) da Guarda, seguidos entre janeiro de 2013 e dezembro de 2015, quanto aos seus comportamentos suicidários e também tentar identificar fatores predisponentes que possam ser passíveis de reconhecimento e intervenção.

## 2 Materiais e Métodos

Trata-se de um estudo observacional, analítico e retrospectivo.

Procedeu-se à recolha, através da consulta dos processos clínicos no sistema informático ALERT®, de dados sociodemográficos (idade, género, estado civil e situação profissional), dados relativos à condição clínica dos doentes (presença de PB) e dados relativos aos comportamentos suicidários (ideação suicida, tentativa de suicídio e método utilizado). Esta recolha foi realizada entre fevereiro e julho de 2017.

Foram incluídos no estudo os dados de 96 indivíduos diagnosticados com Perturbação Bipolar, segundo a codificação do ICD-10 (código F31), seguidos no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da ULS da Guarda entre 1 de janeiro de 2013 e 31 de dezembro de 2015. O estudo não apresentava critérios de exclusão.

A análise estatística dos dados foi realizada através do Software Package for Social Sciences (SPSS®), versão 22.0 para Microsoft Windows®. Fez-se a análise descritiva de cada uma das variáveis na população dos doentes com PB e na população de doentes com PB que apresentaram comportamentos suicidários.



## 3 Resultados

### 3.1) População de doentes com PB

Entre 1 de janeiro de 2013 e 31 de dezembro de 2015 recorreram às consultas externas do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da ULS da Guarda 96 doentes com PB. A análise do sexo dos indivíduos demonstrou que mais de metade eram do sexo feminino (62,5%; n=60) face a apenas 37,5% (n=36) de indivíduos do sexo masculino (Gráfico 1). A razão feminino/masculino foi de 1,67:1.

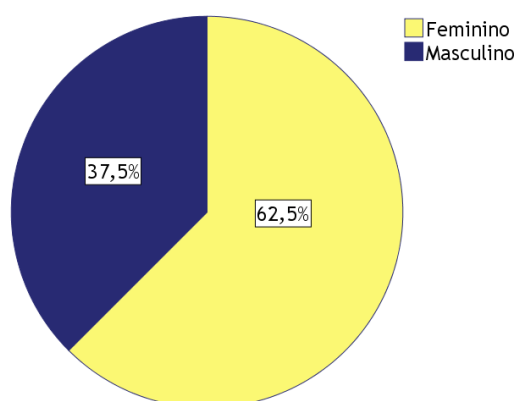


Gráfico 1 - Doentes com PB por sexo

A média populacional foi de  $53 \pm 13$  anos, tendo o indivíduo mais novo 24 e o mais velho 88 anos (Tabela1). Cerca de 28,1% (n=27) tinham entre 45-55 anos, 21,9% (n=21) entre 55-65 anos, 19,8% (n=19) entre 35-45 anos, 18,8% (n=18) com mais de 65 anos e a minoria da população tinha menos de 35 anos (11,5%; n=11) (Tabela 1) (Gráfico 2).

Tabela 1 - Doentes com PB por idade

		Frequência	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem acumulativa (%)
Idade M= $53 \pm 13$ Mín.=24 Máx.=88	< 35 anos	11	11,5	11,5	11,5
	35 a 45 anos	19	19,8	19,8	31,3
	45 a 55 anos	27	28,1	28,1	59,4
	55 a 65 anos	21	21,9	21,9	81,3
	> 65 anos	18	18,8	18,8	100,0
	Total	96	100,0	100,0	

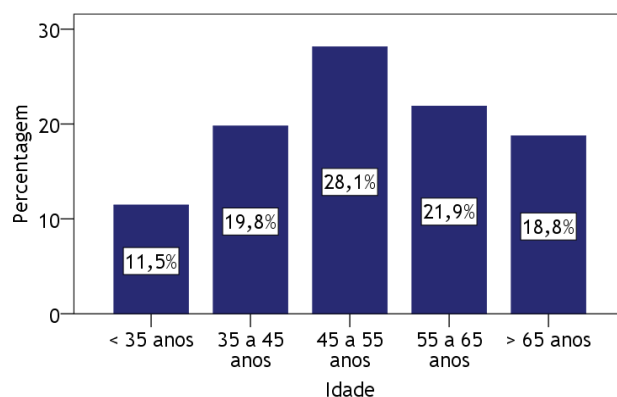


Gráfico 2 - Doentes com PB por idade

Quando se adicionou a variável sexo, verificou-se que, no sexo feminino, o grupo dominante continuou com idades entre os 45 e os 55 anos (31,7%; n=19), seguido por 25,0% (n=15) com idades entre os 35 e os 45 anos, 18,3% (n=11) com mais de 65 anos, 16,7% (n=10) entre 55 e 65 anos e 8,3% (n=5) com menos de 35 anos. No sexo masculino, o grupo dominante não foi concordante com o da população em geral nem com o do sexo feminino, sendo 30,6% (n=11) atribuído a idades entre os 55 e os 65 anos, seguindo-se 22,2% (n=8) com idades dos 45 aos 55 anos, 19,4% (n=7) com mais de 65 anos, 16,7% (n=6) com menos de 35 anos e apenas 11,1% (n=4) entre os 35 e os 45 anos. (Tabela 2) (Gráfico 3)

A média de idade foi  $52 \pm 13$  anos para as mulheres, variando entre os 26 e os 88 anos, e  $53 \pm 14$  anos para os homens, variando dos 24 aos 78 anos (Tabela 2).

Tabela 2 - Doentes com PB por idade e por sexo

		Frequência	Percentagem (%)
<b>Feminino</b> M=52±13 Mín.=26 Máx.=88	< 35 anos	5	8,3
	35 a 45 anos	15	25,0
	45 a 55 anos	19	31,7
	55 a 65 anos	10	16,7
	> 65 anos	11	18,3
<b>Masculino</b> M=53±14 Mín.=24 Máx.=78	< 35 anos	6	16,7
	35 a 45 anos	4	11,1
	45 a 55 anos	8	22,2
	55 a 65 anos	11	30,6
	> 65 anos	7	19,4

Comportamentos suicidários em doentes com Perturbação Bipolar: a realidade do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da Unidade Local de Saúde da Guarda

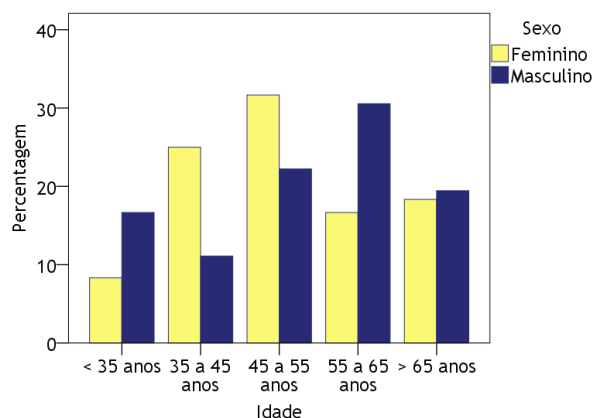


Gráfico 3 - Doentes com PB por idade e por sexo

Relativamente ao estado civil constatou-se que 49,0% (n=47) eram casados, 19,8% (n=19) eram solteiros, 11,5% (n=11) eram divorciados e apenas 3,1% (n=3) eram viúvos. Em 16,7% (n=16) dos indivíduos não foi possível aferir o estado civil (Tabela 3) (Gráfico 4).

Tabela 3 - Doentes com PB por estado civil

	Frequência	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem acumulativa (%)
Não especificado	16	16,7	16,7	16,7
Solteiro	19	19,8	19,8	36,5
Casado	47	49,0	49,0	85,4
Divorciado	11	11,5	11,5	96,9
Viúvo	3	3,1	3,1	100,0
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

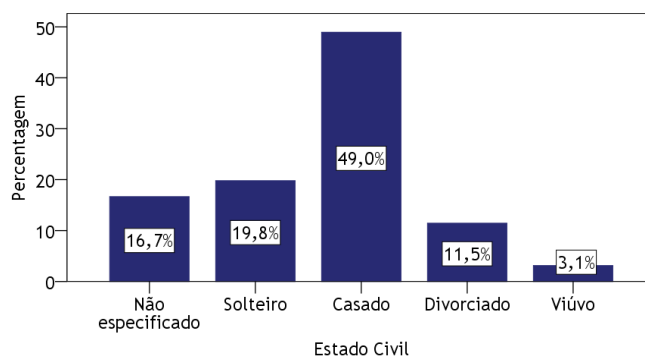


Gráfico 4 - Doentes com PB por estado civil

Quanto à situação profissional, 40,6% (n=39) dos indivíduos eram reformados, seguindo-se os desempregados com 27,1% (n=26) e, por último, o grupo de empregados com apenas 15,6% (n=15). No entanto, em 16,7% (n=16) dos casos não foi possível identificar a situação profissional (Tabela 4) (Gráfico 5).

Tabela 4 - Doentes com PB por situação profissional

	Frequência	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem acumulativa (%)
Não especificado	16	16,7	16,7	16,7
Empregado	15	15,6	15,6	32,3
Desempregado	26	27,1	27,1	59,4
Reformado	39	40,6	40,6	100,0
Total	96	100,0	100,0	

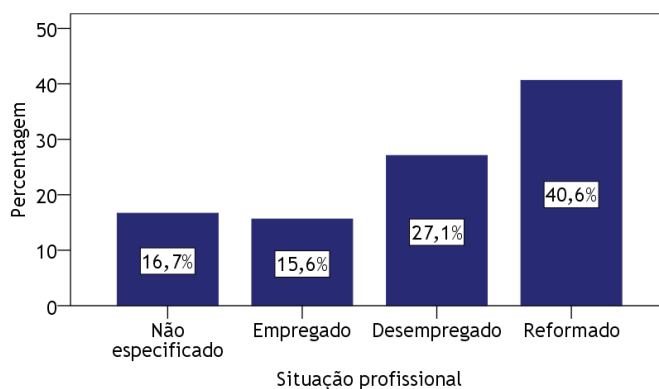


Gráfico 5 - Doentes com PB por situação profissional

Quando se avaliou o IMC dos doentes com PB verificou-se que a maior percentagem (35,4%, n=34) pertencia ao grupo do excesso de peso (de 25,0 a 29,9). Em seguida ficou o grupo do peso normal (18,5 a 24,9) com 28,1% (n=27) e o da obesidade grau I (de 30,0 a 34,9) com 24,0% (n=23), 8,3% (n=8) tinham obesidade grau II (de 35,0 a 40,0), 3,1% (n=3) obesidade grau III (>40) e apenas 1,0% (n=1) apresentaram magreza (<18,5) (Tabela 5) (Gráfico 6).

Tabela 5 - Doentes com PB por IMC

	Frequência	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem acumulativa (%)
< 18,5 - Magreza	1	1,0	1,0	1,0
18,5 a 24,9 - Peso normal	27	28,1	28,1	29,2
25,0 a 29,9 - Excesso de peso	34	35,4	35,4	64,6
30,0 a 34,9 - Obesidade grau I	23	24,0	24,0	88,5
35,0 a 39,9 - Obesidade grau II	8	8,3	8,3	96,9
> 40,0 - Obesidade grau III	3	3,1	3,1	100,0
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

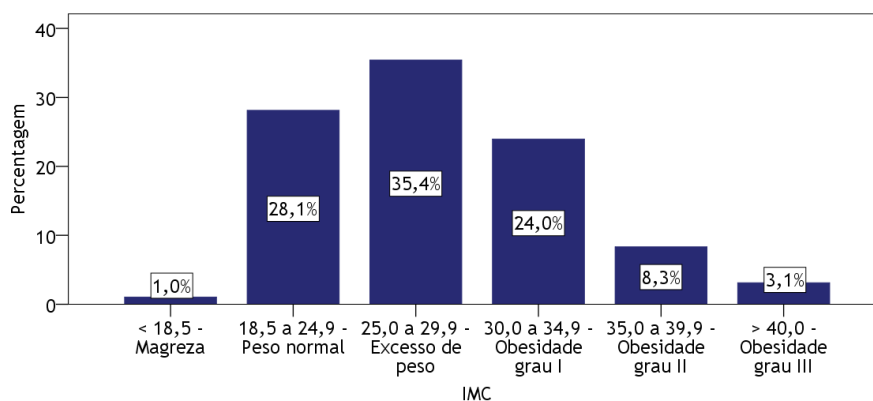


Gráfico 6 - Doentes com PB por IMC

Apenas 29,2% (n=28) da população tinha história de pelo menos um comportamento suicidário, com a grande maioria (70,8%, n=68) não apresentando qualquer tipo (Gráfico 7). Estes dados corresponderam a uma razão de 0,43 comportamentos suicidários por indivíduo.

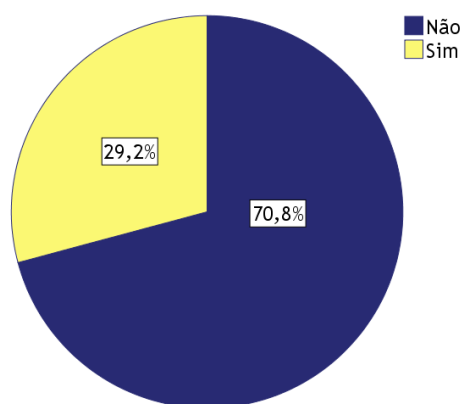


Gráfico 7 - Doentes com PB por comportamentos suicidários

Dentro dos comportamentos abordados (IS e TS) verificou-se que 27,1% (n=26) tiveram IS e 16,7% (n=16) cometeram pelo menos uma TS (Gráfico 8) (Gráfico 9).

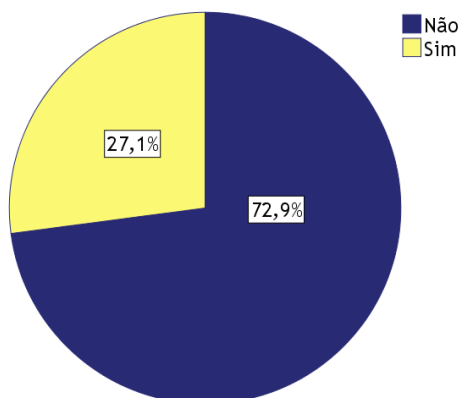


Gráfico 8 - Doentes com PB por IS

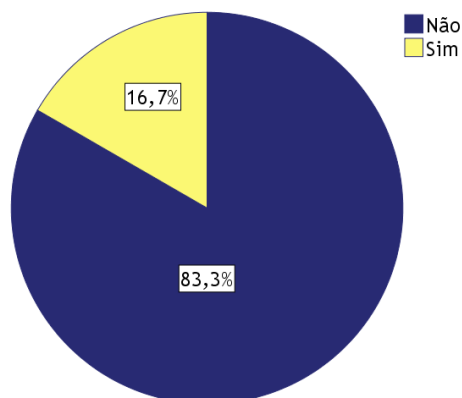


Gráfico 9 - Doentes com PB por TS

### 3.2) População de doentes com PB que tiveram comportamentos suicidários

Como referido posteriormente, dos 96 doentes com PB apenas 28 apresentaram comportamentos suicidários, pelo que se procedeu à análise descritiva dessa amostra (Gráfico 7).

Como demonstrado no gráfico 10, 64,3% (n=18) dos comportamentos suicidários foram praticados por indivíduos do sexo feminino contra apenas 35,7% (n=10) realizados por indivíduos do sexo masculino, correspondendo a uma razão masculino/feminino de 1,80:1.

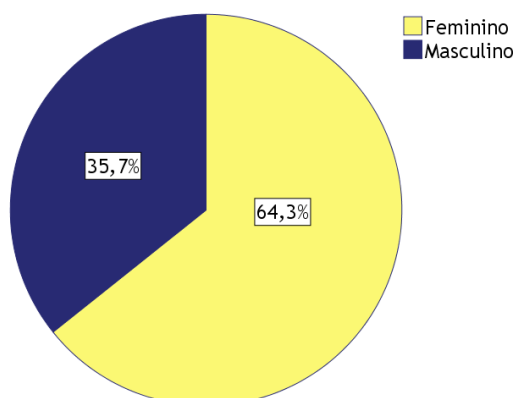


Gráfico 10 - Comportamentos suicidários por sexo

A média de idades dos indivíduos foi de  $48 \pm 13$  anos, sendo as idades compreendidas entre os 26 e os 73 anos de idade (Tabela 6).

Cerca de 32,1% (n=9) tinham idades entre os 35 e os 45 anos, seguido do grupo dos 55 aos 65 anos com 28,6% (n=8) e do grupo dos 45 aos 55 anos com 21,4% (n=6). O grupo com idades inferiores a 35 anos compreendeu apenas 14,3% (n=4) dos indivíduos e o grupo com idades superiores a 65 anos representava apenas 3,6% (n=1) da amostra (Tabela 6) (Gráfico 11).

Tabela 6 - Comportamentos suicidários por idade

		Frequência	Percentagem (%)
Idade M = $48 \pm 12$ Mín. = 26 Máx. = 73	< 35 anos	4	14,3
	35 a 45 anos	9	32,1
	45 a 55 anos	6	21,4
	55 a 65 anos	8	28,6
	> 65 anos	1	3,6
	Total	28	100,0

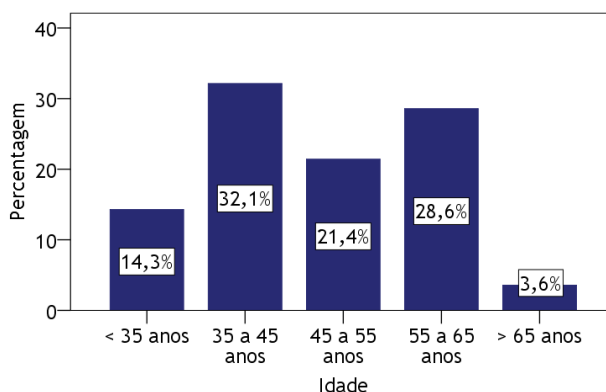


Gráfico 11 - Comportamentos suicidários por idade

Quando se adicionou a esta análise o sexo dos indivíduos notou-se uma predominância, no sexo feminino, de idades inferiores a 45 anos e, no sexo masculino, de idades superiores a 45 anos (Tabela 7) (Gráfico 12).

A média de idades para o sexo feminino foi  $45 \pm 10$  anos, apresentando o indivíduo mais novo 26 e o mais velho 73 anos, e para o sexo masculino foi  $53 \pm 12$  anos, tendo o mais novo 27 e o mais velho 72 anos (Tabela 7).

Tabela 7 - Comportamentos suicidários por idade e por sexo

	Idade	Frequência	Percentagem (%)
<b>Feminino</b> M = 45±10 Mín. = 26 Máx. = 73	< 35 anos	3	16,7
	35 a 45 anos	8	44,4
	45 a 55 anos	4	22,2
	55 a 65 anos	3	16,7
	> 65 anos	0	0
<b>Masculino</b> M = 53±12 Mín. = 27 Máx. = 72	< 35 anos	1	10,0
	35 a 45 anos	1	10,0
	45 a 55 anos	2	20,0
	55 a 65 anos	5	50,0
	> 65 anos	1	10,0

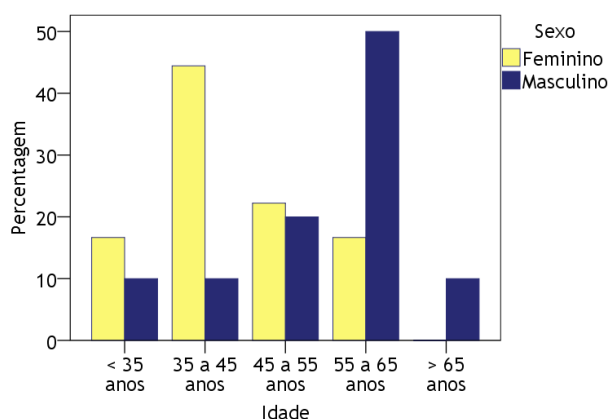


Gráfico 12 - Comportamentos suicidários por idade e por sexo

Quanto ao estado civil da população, metade (50,0%; n=13) eram casados, 14,3% (n=4) eram solteiros, 14,3% (n=4) pertenciam ao grupo dos divorciados e 3,6% (n=1) eram viúvos. No entanto, em 17,9% (n=5) não foi possível aferir sobre o estado civil (Tabela 8) (Gráfico 13).

Tabela 8 - Comportamentos suicidários por estado civil

		Frequência	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem acumulativa (%)
Estado Civil	Não especificado	5	17,9	17,9	17,9
	Solteiro	4	14,3	14,3	32,1
	Casado	14	50,0	50,0	82,1
	Divorciado	4	14,3	14,3	96,4
	Viúvo	1	3,6	3,6	100,0
	Total	28	100,0	100,0	

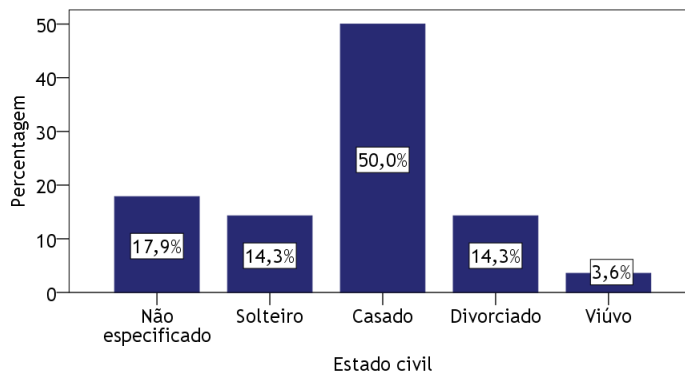


Gráfico 13 - Comportamentos suicidários por estado civil

Quanto à situação profissional, o grupo dominante foi o do desemprego (42,9%, n=12), seguindo-se 28,6% (n=8) de reformados e 17,9% (n=5) de empregados. No entanto, não foi possível determinar a situação profissional de 10,7% (n=3) dos indivíduos (Tabela 9) (Gráfico 14).

Tabela 9 - Comportamentos suicidários por situação profissional

		Frequência	Porcentagem (%)	Porcentagem válida (%)	Porcentagem acumulativa (%)
Situação profissional	Não especificado	3	10,7	10,7	10,7
	Empregado	5	17,9	17,9	28,6
	Desempregado	12	42,9	42,9	71,4
	Reformado	8	28,6	28,6	100,0
	Total	28	100,0	100,0	

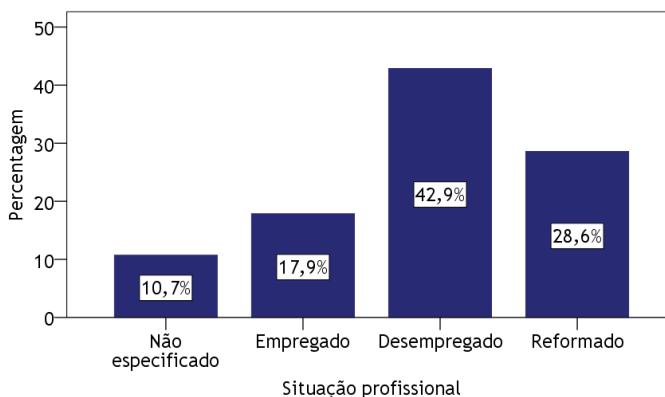


Gráfico 14 - Comportamentos suicidários por situação profissional

A análise do IMC desta população revelou que 46,4% (n=13) tinham excesso de peso, 28,6% (n=8) apresentavam obesidade grau I e 3,6% (n=1) apresentavam obesidade grau II. Apenas 21,4% (n=6) tinham um IMC na faixa do peso normal (Tabela 10) (Gráfico 15).

Tabela 10 - Comportamentos suicidários por IMC

	Frequência	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem acumulativa (%)
18,5 a 24,9 - Peso normal	6	21,4	21,4	21,4
25,0 a 29,9 - Excesso de peso	13	46,4	46,4	67,9
30,0 a 34,9 - Obesidade grau I	8	28,6	28,6	96,4
35,0 a 39,9 - Obesidade grau II	1	3,6	3,6	100,0
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

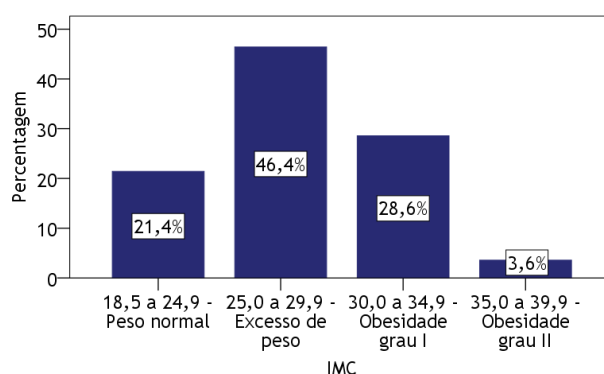


Gráfico 15 - Comportamentos suicidários por IMC

### 3.3) Análise dos comportamentos suicidários

Os comportamentos suicidários registados na população em estudo compreendem a IS e a TS. Como já descrito anteriormente (Gráfico 8 e Gráfico 9) cerca de 26 indivíduos apresentaram IS contra apenas 16 indivíduos com TS.

Dos 26 indivíduos com IS, mais de metade apresentou também TS (53,8%; n=14) (Gráfico 16). Dos indivíduos com TS (n=16), quase a totalidade deles teve IS associada (87,5%; n=14) (Gráfico 17).

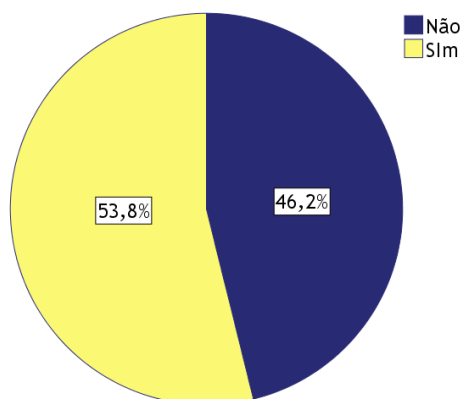


Gráfico 16 - Presença de TS nos doentes com IS

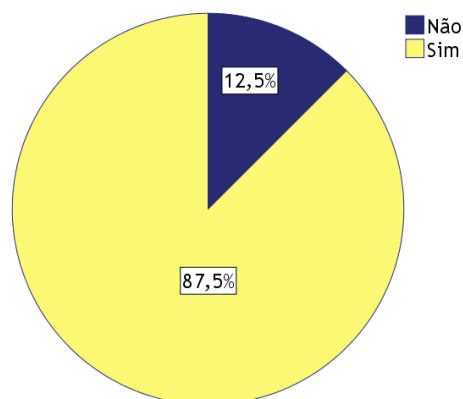


Gráfico 17 - Presença de IS nos doentes com TS

Quanto ao número de tentativas por indivíduo, verificou-se que 37,5% (n=6) realizaram apenas uma tentativa, 12,5% (n=2) tentaram duas vezes, apenas 6,3% (n=1) tentaram três vezes e 43,8% (n=7) realizaram mais de quatro TS (Gráfico 18).

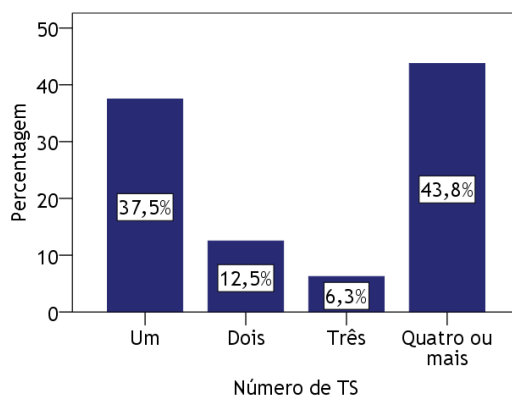


Gráfico 18 - Número de TS por indivíduo

Totalizaram-se 49 TS perpetuadas pelos 16 doentes, numa razão de 3,1 TS por indivíduo.

O método mais utilizado foi a ingestão medicamentosa (51,0%; n=25), seguindo-se a inalação de tóxicos com 8,2% (n=4), o enforcamento e a lesão por arma branca, ambos com a mesma percentagem de 6,1% (n=3) e, por último, a precipitação no vazio e a ingestão de tóxicos, também com a mesma percentagem (2,0%; n=1). No entanto, em 24,5% (n=12) não foi possível especificar o método utilizado.

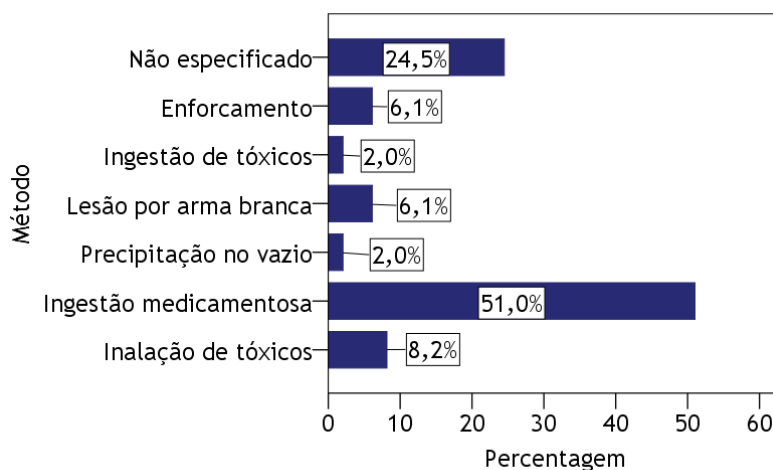


Gráfico 19 - TS por método

Quando se adicionou a variável sexo a esta análise, verificou-se que a ingestão medicamentosa se manteve como método dominante em ambos os sexos. No sexo feminino seguiu-se, por ordem de relevância, inalação de tóxicos (8,7%; n=4), lesão por arma branca (6,5%; n=3), enforcamento (6,5%; n=3) e precipitação no vazio (2,2%; n=1). A ingestão de tóxicos não foi utilizada por este género. Por outro lado, no sexo masculino, o único método utilizado, para além da já referida ingestão medicamentosa, foi a ingestão de tóxicos (Tabela 11) (Gráfico 20).

Tabela 11 - TS por método e por sexo

		Frequência	Porcentagem (%)
Feminino	Inalação de tóxicos	4	8,7
	Ingestão medicamentosa	23	50,0
	Precipitação no vazio	1	2,2
	Lesão por arma branca	3	6,5
	Ingestão de tóxicos	0	0,0
	Enforcamento	3	6,5
	Não especificado	12	26,1
Masculino	Inalação de tóxicos	0	0,0
	Ingestão medicamentosa	2	66,7
	Precipitação no vazio	0	0,0
	Lesão por arma branca	0	0,0
	Ingestão de tóxicos	1	33,3
	Enforcamento	0	0,0
	Não especificado	0	0,0

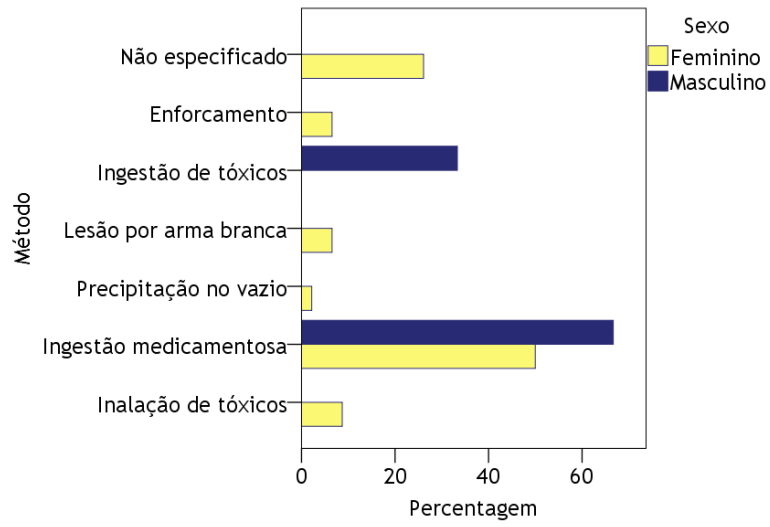


Gráfico 20 - TS por método e por sexo



## 4 Discussão

A população em estudo compreende os doentes com o diagnóstico de PB seguidos no serviço de consulta externa do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da ULS da Guarda entre 1 de janeiro de 2013 e 31 de dezembro de 2015. Esta amostra compreende um total de 96 indivíduos.

Inicialmente foi feita uma análise descritiva da população com diagnóstico de PB de forma a determinar a presença ou não de certos fatores que possam ser considerados de risco. Os fatores de risco para suicídio concordantes com as variáveis em estudo são o sexo masculino, as idades mais avançadas, ser solteiro ou divorciado, estar desempregado, apresentar obesidade ou ter história de IS ou TS. Para além disso, o risco para TS é maior no sexo feminino e em idades mais jovens. (2,3,6,10-16)

Esta população é constituída maioritariamente por mulheres (62,5%; n=60), havendo uma proporção mulheres/homens de 1,67:1. O maior risco de TS nas mulheres contra o maior risco de SC nos homens já está bem documentado na literatura disponível, estimando-se, para este último, um risco três vezes maior (2,3,10-12,14-16). Segundo *Schaffer et al.*, *Nery-Fernandes et al.* e *Nock et al.*, esta incidência aumentada de atos suicidas sem desfecho de morte nas mulheres prende-se com o facto destas utilizarem métodos menos letais para tentar o suicídio, de serem menos determinadas ao delinear o plano suicida, de apresentarem menor agressividade e de terem menor intenção de morrer do que os homens (10,14,16). Estes achados são consistentes com as diferenças de sexo encontradas em todos os comportamentos suicidários e não são específicos para a PB (2,3,14). No entanto, tal como apresentado por *Beyer et al.*, a proporção de TS que culminam em morte por suicídio é maior entre as mulheres com PB do que entre as mulheres da população em geral, ou seja, que não apresentam PB (3). Assim sendo, deduz-se que esta população se encontra em risco para novas TS e, devido ao maior risco de SC documentado nas mulheres com PB, encontra-se também em maior risco de morrer por suicídio.

A média de idades é de 53 anos, variando entre os 24 e os 88 anos, com metade a ter idades compreendidas entre os 45 e os 65 anos (50%; n=48) e 18,8% (n=18) a ter mais de 65 anos. Trata-se então de uma população tendencialmente mais velha. Vários estudos determinaram que indivíduos com idades mais jovens estão em maior risco de TS ao passo que adultos mais velhos têm maior risco de morte por suicídio, justificável, o primeiro, pela impulsividade característica da idade e, o segundo, pelo uso de métodos mais letais (2,10,11,14). Desta forma, analisando a idade isoladamente, esta população parece estar mais em risco para SC do que para TS. Ao analisar a idade por sexo, denotou-se que, tanto o sexo feminino como o sexo masculino, compreendem idades mais avançadas, 66,7% (n=40) e 72,2% (n=26) com idades superiores a 45 anos, respetivamente. Segundo *Nock et al.*, ser mulher e jovem é fator de risco para TS e, de forma contrária, ser homem e adulto velho é

fator de risco para SC (14). Assim sendo, mesmo analisando a idade por sexo, mantém-se o maior risco para morte por suicídio.

Quanto ao estado civil, dos que podemos aferir, a maioria era casada (49,0%; n=47) com os grupos dos solteiros, divorciados e viúvos constituindo, em conjunto, apenas 34,4% (n=33) da população. Vários estudos revelam que este último grupo apresenta maior risco de comportamentos suicidários (2,10,11,14,16). Assim sendo, nesta população e para o estado civil, o grupo mais prevalente constitui o grupo de menor risco. O maior risco associado a estes estados civis prende-se pelo facto destes levarem à fragmentação social e, consequentemente, ao isolamento e à solidão, que são fatores predisponentes de comportamentos suicidários (2).

Em 16,7% (n=16) não foi possível determinar qual a situação profissional, dos restantes, apenas 15,6% (n=15) estavam empregados, 27,1% (n=26) encontravam-se desempregados e o grupo maior, com 40,6% (n=39), correspondeu aos reformados. Existem fortes associações entre as taxas de desemprego e as taxas de suicídio, sendo a respetiva natureza complexa (2,11,14). Por um lado, as perturbações mentais levam a maior risco de ficar desempregado, por outro lado, o desemprego leva à pobreza, nível social mais baixo, dificuldades domésticas e desesperança que podem funcionar como precipitantes para comportamentos suicidários (2). Posto isto, apenas 15,6% (n=15) desta amostra populacional pode ser considerada como tendo menor risco de comportamentos suicidários.

O excesso de peso/obesidade é uma comorbilidade frequente entre os doentes com perturbações mentais, estimando-se, segundo *Vasconcelos et al.*, que afete cerca de 68% de doentes com PB (10,13,17). Tal como documentado por *McElroy et al.*, esta associação deve-se, entre outros fatores, à medicação usada para o tratamento desta perturbação, que tem como efeito adverso o ganho de peso (17). A análise da população com PB da ULS da Guarda revelou que apenas 28,1% (n=27) apresentam peso na faixa do normal, tendo 70,8% (n=68) excesso de peso, o que está de acordo com estudos anteriores (13,17). Para além da associação entre PB e obesidade, estudos como o de *Vasconcelos et al.*, encontraram também associação entre esta condição e risco aumentado de comportamentos suicidários (10,13,17). De maneira geral, a obesidade relaciona-se com pior qualidade de vida, fraca interação social, menor bem-estar psicológico, baixa autoestima e menos bem-estar físico e geral, o que contribui em larga escala para o aumento do risco de atos suicidas nestes indivíduos (13). Assim sendo, o grupo populacional deste estudo encontra-se em risco acrescido de comportamentos suicidários face ao seu IMC.

Quanto à presença de comportamentos suicidários, foram identificados em apenas 29,2% (n=28) da amostra. Sendo que apenas 27,1% (n=26) tinham história pregressa de IS e 16,7% (n=16) de TS. *Jiménez et al.* descrevem uma percentagem de 30 a 40% de probabilidade de IS e também 30 a 40% de probabilidade de pelo menos uma TS para doentes com PB (7).

Assim, verifica-se concordância relativamente à IS mas, relativamente às TS, pode aferir-se que a população em estudo tenta menos o suicídio comparativamente aos estudos feitos até ao momento (3,7). A IS e a TS destacam-se como os principais preditores de risco suicida, sendo utilizados em muitas pesquisas para estimar a presença de um processo suicida (1,2,7,10,16,18). Isto porque a avaliação das características de tentativas anteriores e a identificação do contexto vão permitir prever o risco, nomeadamente a existência de intencionalidade elevada, utilização de métodos mais letais, premeditação, acesso fácil aos meios, isolamento e poucos apoios sociais (2).

Em seguida, procedeu-se à análise apenas da população que apresentou pelo menos um comportamento suicidário, que, no caso do nosso estudo, se refere à presença de IS e TS, de forma a verificar as suas características e a compará-la com estudos já feitos. O número total destes indivíduos foi 28 (29,2%), verificando-se um predomínio do sexo feminino (64,3%; n=18). Este resultado já seria esperado, tendo em conta a literatura disponível, que denota maior associação entre o sexo feminino e as TS (3,10-12,14-16). *Seo et al.*, por exemplo, apresentam uma percentagem de 58,4% de indivíduos do sexo feminino com IS e TS (11).

A média de idades é 48 anos, variando entre os 26 e os 73 anos. Verificou-se que 46,4% (n=13) tinham idades inferiores a 45 anos e 53,6% (n=15) tinham idades superiores ou iguais a 45 anos. A diferença entre estes dois grupos não foi tão significativa quanto esperado, tendo em conta a bibliografia atual, que refere que a ocorrência de comportamentos suicidários, excluindo o SC, ocorrem mais em indivíduos com idades mais jovens, referindo exatamente o oposto para o SC (10,11,14). Assim sendo, seriam esperados estes números apenas se estivessemos a avaliar os indivíduos que morreram por suicídio (2,10). A distribuição das idades por sexo revela um predomínio, no sexo feminino, de idades abaixo dos 45 anos (61,1%; n=11) e, no sexo masculino, de idades superiores a 45 anos (80%; n=8). O predomínio de comportamentos suicidários, nomeadamente IS e TS, em mulheres jovens está de acordo com a bibliografia atual, tal como referido por *Nock et al.* (2,10,11,14).

Tal como na população de doentes com PB, a maioria dos indivíduos com comportamentos suicidários era casada (50,0%; n=14), com o grupo dos solteiros, divorciados e viúvos constituindo, em conjunto, 32,2% (n=9) da população. Estes dados não são apoiados por outros trabalhos, que identificaram os indivíduos solteiros, divorciados e viúvos como os que mais efetuam comportamentos suicidários (2,10,11,14,16). *Seo et al.*, por exemplo, apresentam uma percentagem de apenas 35,6% de comportamentos suicidários entre indivíduos casados, sendo os restantes 64,4% atribuídos a indivíduos solteiros, divorciados ou viúvos (11).

Apenas uma minoria dos indivíduos se encontra empregada (17,9%; n=5) com 42,9% (n=12) de desempregados e 32,1% (n=9) de reformados. Nesta variável verificou-se concordância com dados presentes na bibliografia, que encontraram uma forte associação entre o desemprego e a presença de comportamentos suicidários (2,11,14). Dando novamente

Seo *et al.* como exemplo, estes apresentam uma percentagem de 56,3% de comportamentos suicidários entre os desempregados (11).

A maioria da população apresenta excesso de peso e obesidade (78,6%; n=22). Pelo que, mais uma vez, se verificou concordância com resultados de outros estudos, que demonstraram a maior ocorrência de comportamentos suicidários entre obesos, tal como expresso em *Vasconcelos et al.*, revelando uma percentagem de 69,2% de indivíduos com PB que tentaram o suicídio (10,13,17).

Determinou-se, por um lado, que, dos indivíduos com IS, mais de metade teve também TS (53,8%; n=14), e, por outro lado, que a grande maioria dos indivíduos com TS teve IS (87,5%; n=14). Contudo, não foi possível precisar, nesta última situação, se a IS foi anterior à TS ou não, ou se a IS era acompanhada de plano suicida, pelo que não é possível tirar grandes conclusões destes resultados. No entanto, verificou-se que a história pregressa de IS e TS constituem realmente preditores de risco de comportamentos suicidários futuros, estando de acordo com a bibliografia atual (1,2,7,10,16,18).

A grande maioria dos indivíduos tentou o suicídio mais do que uma vez (62,6%; n=10), resultado este já esperado, face à informação disponível atualmente, que determina a grande probabilidade de repetição de atos suicidas em indivíduos com história de tentativas anteriores, de tal modo que TS prévias constituem o maior preditor de um futuro comportamento suicidário (2,7,10,16,18,19). *Carvalho et al.*, no *Plano Nacional de Prevenção do Suicídio*, referem ainda que cerca de 50% dos indivíduos que morreram por suicídio fizeram pelo menos uma tentativa prévia (2). O risco de novos comportamentos suicidários está principalmente acentuado no primeiro ano após a tentativa (1). *Silveira et al.*, no livro intitulado *Suicídio e Comportamentos Autolesivos - Dos conceitos à prática clínica*, referem que 16% dos que tentaram o suicídio repetem no ano seguinte e 23% nos quatro anos seguintes (20). Para além disso, estes últimos, referem ainda que história de mais do que uma TS apresenta um maior risco de repetição de comportamentos suicidários do que aqueles com apenas uma TS (20). Estas informações permitem aferir que esta população se encontra em grande risco de repetir atos suicidas, devendo alertar para a necessidade de maior atenção e acompanhamento destes, de forma a prevenir futuras mortes por suicídio (20).

Quando se analisou o método escolhido para tentar o suicídio rapidamente se constatou que a ingestão medicamentosa foi o método predileto em mais de metade dos casos, entrando em concordância com *Schaffer et al.* que, na sua revisão sistemática, apresentaram este método como o mais utilizado para TS, com percentagens que variam de 29,8% a 80,1%, não havendo discriminação entre género (21). Posteriormente, e por ordem de relevância, surge a inalação de tóxicos (8,2%; n =4), a lesão por arma branca (6,1%; n=3) e o enforcamento (6,1%; n=3). Quando se adicionou a variável sexo a esta análise, manteve-se a ingestão medicamentosa como método preferido em ambos os sexos. A ingestão de tóxicos

não foi utilizada por nenhum indivíduo feminino. Por outro lado, o sexo masculino só apresentou outro método para além da ingestão medicamentosa, nomeadamente, a ingestão de tóxicos. Denota-se uma ligeira discordância com a bibliografia, dado que os homens têm maior predileção por métodos mais letais, como o enforcamento, a utilização de armas de fogo e a precipitação no vazio, o que não se verifica nesta amostra (21,22). Esta discordância pode dever-se às mudanças significativas registadas na atualidade, nomeadamente no que se refere à descoberta e comercialização de novos produtos tóxicos, como os pesticidas, a à crescente disponibilização de medicamentos potencialmente letais, antigamente inexistentes ou menos acessíveis (23). Habitualmente a escolha do método de suicídio depende da informação que o indivíduo tem ao seu dispor, na facilidade de acesso ao mesmo, na aceitabilidade cultural e na impressão que ele tem do resultado (morte rápida e sem dor) (23). O conhecimento dos métodos utilizados no suicídio consumado é de suma importância, pois a restrição do acesso a meios letais constitui uma forma de prevenção de morte por suicídio (23).

É importante realçar que não é um único fator de risco que determina ou evita o ato suicida e também nem todos os fatores são igualmente significativos em termos de prevenção, por isso devem ser considerados em conjunto e enquadrados no contexto do indivíduo e da sua história (2). No entanto, sendo o suicídio um ato evitável e a PB uma doença controlável, denota-se a grande importância de um diagnóstico correto e reconhecimento dos fatores de risco agudos e crónicos. Desta forma, estarão reunidas condições que permitam a uma prevenção e tratamento corretos (13).

Este trabalho apresenta um número de limitações importantes que devem ser consideradas. Em primeiro lugar, o tamanho reduzido da amostra populacional pode culminar no enviesamento dos resultados. Em segundo lugar, alguns processos clínicos apresentavam pouca informação pessoal e clínica dos pacientes, o que limitou as variáveis com utilidade para este estudo e contribuiu para a dificuldade de categorização de algumas das ocorrências e para a elevada percentagem de “não especificados” em algumas variáveis. Para além disso, tendo em conta o caráter retrospectivo deste, não foi possível conduzir entrevistas para clarificar dados ambíguos ou obter informações mais detalhadas. Em terceiro, a falta de concordância na codificação médica utilizada para categorizar a patologia mental dos indivíduos levou à dificuldade de seleção de pacientes realmente diagnosticados com PB, podendo a amostra usada ser diferente da real. Em quarto, a subnotificação de tentativas de suicídio pode levar a resultados falaciosos quanto à real prevalência destes atos nesta população. Por último, a falta de estudos nacionais similares que permitam comparação pode diminuir a acurácia dos resultados.



## 5 Conclusão

Após a análise e discussão dos resultados, pode concluir-se que a população estudada é maioritariamente feminina, casada, de meia idade, reformada e com IMC aumentado. Foram identificados alguns fatores de risco para atos suicidários futuros, nomeadamente, presença de perturbação mental, sexo feminino e idades mais jovens, no caso de TS, e sexo masculino e idades mais avançadas, no caso de SC, e excesso de peso/obesidade. Apenas uma pequena percentagem de doentes com PB apresentou comportamentos suicidários, sendo a prevalência de TS inferior a outros resultados obtidos até então. O perfil do doente bipolar com comportamentos suicidários desta unidade de saúde corresponde a uma mulher com menos de 45 anos, casada, desempregada e com peso acima do normal. A grande maioria tentou o suicídio mais do que uma vez sendo a ingestão medicamentosa o método mais utilizado para esse efeito.

Denota-se a necessidade de mais estudos deste género, quer retrospectivos quer prospetivos, que incluam mais variáveis e que abranjam outras regiões do país. Desta forma, será possível uma maior e melhor comparação com outros estudos e artigos de revisão feitos a nível internacional, para além de que irá permitir uma maior e melhor caracterização dos comportamentos suicidários da população em estudo. Para além disso, seria também de grande interesse realizar este tipo de estudos em indivíduos com outras patologias mentais, para além da PB. Desta forma, seria possível uma visão nacional e mais aprofundada que nos poderia fornecer mais pistas e dados para planear uma prevenção do suicídio mais abrangente e mais orientada para as necessidades de cada um.

Posto isto, impõe-se a necessidade de promover a saúde mental, combater o estigma associado às patologias psiquiátricas e ao ato suicida, melhorar o reconhecimento e acompanhamento dos indivíduos mais vulneráveis a este tipo de comportamentos e sensibilizar a sociedade para as necessidades destes.



## 6 Bibliografia

1. Gonçalves A, Freitas P, Sequeira C. Comportamentos suicidários em estudantes do ensino superior: factores de risco e de protecção. *Millenium*. 2011;10(1):10.
2. Carvalho Á de, Peixoto B, Saraiva CB, Sampaio D, Amaro F, Santos JC, et al. Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013/2017. 2017;
3. Beyer JL, Weisler RH. Suicide Behaviors in Bipolar Disorder: A Review and Update for the Clinician. *Psychiatr Clin North Am*. 2016;39(1):111-23.
4. Saraiva CB, Gil NP. Conceitos e limites em suicidologia. In: Saraiva CB, Peixoto B, Sampaio D, editors. *Suicídio e Comportamentos Autolesivos - Dos conceitos à prática clínica*. Lidel - Edições Técnicas, Lda.; 2014. p. 41-54.
5. Direção Geral de Saúde. *Depressão e outras Perturbações Mentais Comuns*. 2017;1-104.
6. Programa Nacional para a Saúde Mental. *Programa Nacional para a Saúde Mental 2017*. Direção-Geral da Saúde. 2017;19.
7. Jiménez E, Arias B, Mitjans M, Goikolea JM, Ruíz V, Brat M, et al. Clinical features, impulsivity, temperament and functioning and their role in suicidality in patients with bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand*. 2016;133(4):266-76.
8. Owen R, Dempsey R, Jones S, Gooding P. Defeat and Entrapment in Bipolar Disorder: Exploring the Relationship with Suicidal Ideation from a Psychological Theoretical Perspective. *Suicide Life-Threatening Behav*. 2017;1-13.
9. World Health Organization. *International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems*. 2008;(6):1207.
10. Schaffer A, Isometsä ET, Azorin JM, Cassidy F, Goldstein T, Rihmer Z, et al. A review of factors associated with greater likelihood of suicide attempts and suicide deaths in bipolar disorder: Part II of a report of the International Society for Bipolar Disorders Task Force on Suicide in Bipolar Disorder. *Aust N Z J Psychiatry*. 2015;49(11):1006-20.
11. Seo H-J, Wang H-R, Jun T-Y, Woo YS, Bahk W-M. Factors related to suicidal behavior in patients with bipolar disorder: the effect of mixed features on suicidality. *Gen Hosp Psychiatry*. 2016;39:91-6.
12. Tondo L, Pompili M, Forte A, Baldessarini RJ. Suicide attempts in bipolar disorders: Comprehensive review of 101 reports. *Acta Psychiatr Scand*. 2016;133(3):174-86.
13. Vasconcelos IE, Gomes M, Lima AB, Gerhard ES, Torquato GL, Melo MCA, et al. Obesidade e risco de suicídio em pacientes bipolares. *Cad ESP, Ceará*. 2011;5(2):34-44.

14. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and suicidal behavior. *Epidemiol Rev.* 2008;30(1):133-54.
15. McGrady A, Lynch D, Rapport D. Psychosocial Factors and Comorbidity Associated with Suicide Attempts: Findings in Patients with Bipolar Disorder. *Psychopathology.* 2017;50(2):171-4.
16. Nery-Fernandes F, Miranda-Scippa Â. Comportamento suicida no transtorno afetivo bipolar e características sociodemográficas, clínicas e neuroanatômicas associadas. *Rev Psiquiatr Clin.* 2013;40(6):220-4.
17. McElroy SL, Keck PE. Obesity in bipolar disorder: An overview. *Curr Psychiatry Rep.* 2012;14(6):650-8.
18. Svetcic J, De Leo D. The hypothesis of a continuum in suicidality: A discussion on its validity and practical implications. *Ment Illn.* 2012;4(2):73-8.
19. Kessler RC, Borges G, Walters EE. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Archives Gen Psychiatry.* 1999;56(7):617-26.
20. Silveira É da, Fonte A. Adulto e comportamentos suicidários. In: Saraiva CB, Peixoto B, Sampaio D, editors. *Suicídio e Comportamentos Autolesivos - Dos conceitos à prática clínica.* Lidel - Edições Técnicas, Lda.; 2014. p. 241-61.
21. Schaffer A, Isometsä ET, Tondo L, Moreno DH, Sinyor M, Kessing LV, et al. Epidemiology, neurobiology and pharmacological interventions related to suicide deaths and suicide attempts in bipolar disorder: Part I of a report of the International Society for Bipolar Disorders Task Force on Suicide in Bipolar Disorder. *Aust N Z J Psychiatry.* 2016;49(9):785-802.
22. Värnik A, Kõlves K, Van Der Feltz-Cornelis CM, Marusic A, Oskarsson H, Palmer A, et al. Suicide methods in Europe: A gender-specific analysis of countries participating in the "European Alliance Against Depression." *J Epidemiol Community Health.* 2008;62(6):545-51.
23. Santos JC. Métodos de suicídio. In: Saraiva CB, Peixoto B, Sampaio D, editors. *Suicídio e Comportamentos Autolesivos - Dos conceitos à prática clínica.* Lidel - Edições Técnicas, Lda.; 2014. p. 145-56.