

Identificação de aspectos associados à tentativa de suicídio por envenenamento

Identification of aspects associated with attempted suicide by poisoning

Marília Suzi Pereira dos Santos¹, Tatiana de Paula Santana da Silva¹, Claudia Maria da Cruz Pires¹, Paulo Gustavo Xavier Ramos², Everton Botelho Sougey³

RESUMO

Objetivo: Identificar as condições psiquiátricas e aspectos sociobiodemográficos associados à tentativa de suicídio. **Métodos:** A amostra foi constituída por 240 pacientes de ambos os sexos, com idade entre 18 a 68 anos, dos quais 120 pacientes compuseram o grupo controle e 120 o grupo experimental. Os instrumentos utilizados foram um questionário sociobiodemográfico e o Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). **Resultados:** Observou-se maior presença de estressores no grupo experimental, sendo os principais a vivência de uma separação afetiva e a existência de conflitos familiares, e a condição psiquiátrica mais frequente na população estudada foi o transtorno de ansiedade generalizada e a mais associada ao comportamento suicida foi a depressão maior. **Conclusões:** Os resultados acrescentam a importância de investigar a presença do transtorno de ansiedade generalizada como mais um fator de vulnerabilidade ao suicídio.

Palavras-chave

Tentativa de suicídio, envenenamento, fatores socioeconômicos, fatores de risco.

ABSTRACT

Objective: To identify psychiatric conditions and socio-bio-demographic aspects associated with attempted suicide. **Methods:** The sample consisted of 240 patients of both sexes, aged 18 to 68 years, 120 patients comprised the control group and the experimental group 120. The instruments used were a socio-bio-demographic questionnaire and the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). **Results:** A higher presence of stressors in the experimental group, the main ones being the experience of an emotional separation and the existence of family conflicts, the most common psychiatric condition in the population studied was generalized anxiety disorder and more associated with suicidal behavior it was major depression. **Conclusions:** These results add the importance of investigating the presence of generalized anxiety disorder as another suicide vulnerability factor.

Keywords

Attempted suicide, poisoning, socioeconomic factors, risk factors.

Recebido em
27/11/2016
Aprovado em
20/9/2017

1 Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento.

2 Instituto de Criminalística de Pernambuco.

3 Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Programa de Pós-graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento.

INTRODUÇÃO

O suicídio é caracterizado como a morte causada por danos autoinflingidos diante da presença de qualquer grau de intenção para a morte¹. Em 2001, o suicídio representou 1,4% do fardo global de doenças, e as projeções indicam que atingirá 2,4% no ano de 2020².

No panorama brasileiro, as taxas de mortalidade por suicídio oscilam entre 3,5 e 4,6 óbitos por 100 mil habitantes. Entre os anos de 1998 e 2000, houve um aumento de 32,8% no índice de suicídio em homens, considerando-se todas as faixas etárias³.

O crescimento das taxas de suicídio nos últimos vinte anos aumentou entre 200% a 400%, sobretudo em jovens e, independente da delimitação precisa desse índice, sabe-se que ele está aumentando consideravelmente. O mais preocupante é que, embora tais números sejam alarmantes, a quantidade de tentativas de suicídio é cerca de 10 a 20 vezes maior que o suicídio consumado⁴.

As tentativas de suicídio diferem dos suicídios exitosos, por apresentarem um comportamento não fatal, porém potencialmente danoso¹. Estima-se que, para cada suicídio, existem pelo menos dez tentativas suficientemente sérias a ponto de exigir atenção médica e, para cada tentativa de suicídio registrada, existem quatro não conhecidas⁵.

Nos suicídios exitosos o método mais utilizado no Brasil é o enforcamento, seguido da morte por projétil de arma de fogo. Já nas tentativas de suicídio com sobrevivência, o mais comum são as intoxicações exógenas, nas quais se encontram a ingestão de inseticidas, superdosagem de medicamentos e ingestão de produtos para limpeza doméstica, dentre outros⁶.

Há um amplo conjunto de fatores de risco para o comportamento suicida, dentre eles os mais frequentemente apontados para todas as faixas etárias são a existência de transtornos mentais, sobretudo depressão e alcoolismo, perdas recentes, perdas de figuras parentais na infância, conflitos familiares, marcados principalmente pelo desamparo⁵⁻⁷.

A maioria dos estudos realizados quanto ao comportamento suicida é desenvolvida a partir dos suicídios exitosos, ou seja, por meio da consumação da morte, o que não favorece a identificação de dados acerca da prevalência ou incidência de tentativas de suicídio. No Brasil, por exemplo, não há dados relativos a quantidade de tentativas de suicídio, seus motivos e aspectos sociobiodemográficos associados. Estima-se que os coeficientes das tentativas de suicídio sejam cerca de dez vezes superiores aos do suicídio exitoso, sabendo-se ainda que, entre 15% e 25% das pessoas que tentaram suicídio, mas não conseguiram, tentarão se matar no próximo ano e 10% o consumará nos próximos dez anos⁸.

Diante disso, o objetivo do presente estudo foi identificar os aspectos sociobiodemográficos e as principais condições psiquiátricas associadas à tentativa de suicídio em uma amostra de pessoas que efetivou a tentativa entre 10 e 24 ho-

ras antes da entrevista, o que pode ter sido um fator decisivo para uma avaliação mais precisa dos elementos investigados.

MÉTODOS

A presente pesquisa constitui um estudo descritivo, observacional e transversal, desenvolvido no Hospital da Restauração, hospital público da cidade do Recife/PE, que consta de uma das unidades do Centro de Assistência Toxicológica (CEATOX), o qual compõe uma rede brasileira de assistência a cuidados e pesquisas na área de intoxicação, o Sistema Nacional de Intoxicação (SINITOX). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos do Hospital da Restauração – PE, sob protocolo nº 0015.0.102.000-10.

Os pacientes internados no hospital por intoxicação exógena foram encaminhados pelo CEATOX à referida pesquisa e convidados a participar, e os entrevistados do grupo controle foram selecionados de forma não aleatória (sexo e faixa etária compatível com as dos participantes do grupo experimental) a partir da lista de pacientes internados no hospital que receberiam alta médica no respectivo dia da entrevista, que nunca apresentou tentativa de suicídio (a maioria foi atendida pelo setor de trauma ou pela clínica médica e cirurgia geral).

A amostra foi aleatoriamente constituída por 240 indivíduos, de ambos os sexos, com idade entre 18 e 60 anos. Todos os entrevistados expressaram seu aceite mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A coleta das informações e aplicação dos instrumentos foi realizada na própria instituição hospitalar, após a alta médica do paciente.

A aplicação de todos os instrumentos foi acompanhada pela pesquisadora, responsável pelo estudo, em uma sala reservada do hospital e o tempo de preenchimento versava em torno de 30 a 40 minutos. Ao final, a ficha era colocada em um envelope, lacrada e depositada em uma caixa (urna).

Para a descrição sociobiodemográfica da amostra, foi utilizada uma ficha contendo dados pessoais autoaplicável, elaborada pela pesquisadora, baseada na escala de estressores psicossociais (presença de morte de parentes, gravidez indesejada, doença incapacitante, abuso físico ou sexual, perda de emprego) e nos Critérios de Classificação Socioeconômica Brasil, desenvolvidos pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2015), com dados sobre os componentes sociais (como ordem de nascimento, número de irmãos, nível de escolaridade dos pais, número de pessoas que convivem na casa) e econômicos.

Para avaliar a presença de condições psiquiátricas associadas, foi utilizado a Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) na versão brasileira 5.0.0, que é uma entrevista diagnóstica padronizada breve, compatível com os critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – quarta edição (DSM-IV) e da Classificação Internacional de Doenças – décima edição (CID-10) e destinada à utilização

na prática clínica e na pesquisa em atenção primária e em psiquiatria⁸.

O estudo-piloto foi realizado com 20 participantes, a fim de observar a exequibilidade da pesquisa, e nenhuma alteração foi realizada.

Os pacientes que apresentaram condições psiquiátricas associadas foram encaminhados aos serviços de assistência à saúde. O(s) acompanhante(s) dos pacientes foi (foram) orientado(s) e esclarecido(s) sobre a pesquisa, instruído(s) sobre os aspectos relacionados ao ato suicida e orientado(s) sobre algumas ações de cuidados.

Foram utilizadas técnicas de estatística descritiva e, a fim de comparar os dois grupos, para cada uma das variáveis analisadas, utilizaram-se os testes Qui-quadrado de Mc-Nemar, Qui-quadrado de Pearson ou o teste Exato de Fisher quando as condições para utilização do teste Qui-quadrado não foram verificadas (técnicas de estatística inferencial). A margem de erro utilizada na decisão dos testes estatísticos foi 0,05.

RESULTADOS

Inicialmente serão apresentados os resultados dos aspectos demográficos e socioeconômicos coletados nos dois grupos, presentes na Tabela 1. As idades entre grupos não apresentaram diferença significativa por terem sido assim deliberadamente selecionadas, o que é fundamental em estudos com grupo controle.

No que se refere à prevalência do sexo dos participantes da pesquisa, mais de 60% das pessoas que tentaram suicídio eram do sexo feminino. Destaca-se que mais de 40% não tinham filhos e pouco mais de 47% eram solteiros.

No que se refere à escolaridade, pouco mais de 50% dos participantes de cada grupo possuíam ensino fundamental e cerca de 70% daqueles que tentaram suicídio tinham renda familiar de até um salário-mínimo.

Sobre a variável religião, foi observado que maior percentual era de pessoas católicas (cerca de 45%).

Na Tabela 2 são descritos os resultados quanto às pessoas que residem com os pesquisados. Houve associação significativa entre morar apenas com o pai e a presença de tentativa de suicídio ($p = 0,001$), descrita por mais de 35% dos entrevistados com comportamento suicida; assim como diferença significativa entre o grupo controle e experimental quanto a residir apenas com a mãe ($p = 0,047$), enquanto 13,3% das pessoas que tentaram suicídio moravam apenas com a mãe. Esse percentual foi de 24,2% no grupo controle.

A presença de possíveis condições psiquiátricas, avaliadas durante a entrevista, é apresentada na Tabela 3, em que os transtornos mais frequentes entre os pesquisados foram o transtorno de ansiedade generalizada e o episódio depressivo maior, com percentual mais elevado no grupo experimental que no controle.

Tabela 1. Distribuição em categorias da faixa etária da população do estudo

Variáveis	Grupo				Valor de p
	Experimental		Controle		
	N	%	N	%	
Faixa etária*					
Até 29 anos	62	51,7%	65	54,2%	p (1) = 0,469
30 a 39 anos	28	23,3%	28	23,3%	
40 anos ou mais	30	25%	27	22,5%	
Gênero					
Feminino	75	62,5%	76	63,2%	
Masculino	44	36,7%	45	37,5%	
Estado civil					
Solteiros	56	46,7%	48	40%	p (1) = 0,303
Casados	29	24,2%	29	24,2%	
União estável	14	11,7%	24	20%	
Divorciado	14	11,7%	16	13,3%	
Viúvo	7	5,8%	3	2,5%	
Escolaridade*					
Analfabeto	11	9,2%	5	4,2%	p (1) = 0,158
Ensino fundamental	64	53,8%	68	57,1%	
Ensino médio	35	29,4%	41	34,5%	
Ensino superior	10	7,6%	6	4,2%	
Religião*					
Não possui	30	25%	28	23,3%	p (1) = 0,904
Católico	55	45,8%	57	47,5%	
Protestantes	31	25,8%	33	27,5%	
Espíritas	4	3,3%	2	1,7%	
Situação trabalhista*					
Autônomo	37	30,8%	37	30,8%	p (1) = 0,194
Registro formal	26	21,7%	32	26,7%	
Aposentado	4	3,3%	1	0,8%	
Benefício	4	3,3%	11	9,2%	
Outros	49	40,8%	39	32,5%	
Renda*					
Até 1 salário-mínimo	86	72,4%	96	81%	p (1) = 0,184
Mais de 1 salário-mínimo	34	27,6%	24	19%	
Número de filhos*					
Nenhum	55	46,2%	41	33,6%	p (1) = 0,356
Um	25	20,2%	26	21,8%	
Dois	16	13,4%	18	15,1%	
Três	15	12,6%	20	16,8%	
Quatro ou mais	9	7,6%	15	12,6%	
Total	120	100%	120	100%	

* Por meio do teste t-Student Pareados; (1) Por meio do teste de McNemar.

Tabela 2. Descrição do grau de parentalidade das pessoas com quem os pacientes residiam

Variáveis	Grupo				Valor de p
	Experimental		Controle		
	N	%	N	%	
Com quem residem					
Pai (2)	43	35,8%	21	17,5%	p (1) = 0,001*
Mãe (2)	16	13,3%	29	24,2%	p (1) = 0,047*
Irmãos (2)	33	27,5%	35	29,2%	p (1) = 0,883
Cônjuge (2)	42	35%	54	45%	p (1) = 0,126
Filhos (2)	47	39,2%	59	49,2%	p (1) = 0,111
Avós (2)	11	9,2%	6	5%	p (1) = 0,302
Sobrinhos (2)	8	6,7%	7	5,8%	p (1) = 1,000
Tios (2)	6	5%	1	0,8%	p (1) = 0,063
Amigos (2)	-	-	2	1,7%	**
Outros (2)	20	5%	19	15,8%	p (1) = 1,000
Total	120	100%	120	100%	

* Diferença significativa ao nível de 5,0%.

** Não foi possível determinar devido a não coincidência no número de categorias.

(1): Por meio do teste de McNemar.

Tabela 3. Avaliação de possíveis condições psiquiátricas presentes na população estudada

	Grupo				Valor de p
	Experimental		Controle		
	N	%	N	%	
MINI					
Episódio depressivo maior (2)	36	55,4	11	16,9	P (1) < 0,001*
Episódio depressivo maior com características melancólicas (2)	5	7,7	2	3,1	p (1) = 0,453
TAG (2)	37	56,9	37	56,9	p (1) = 1,000
TEPT (2)	4	6,2	2	3,1	p (1) = 0,687
Transtorno distímico (2)	3	4,6	4	6,2	p (1) = 1,000
Episódio hipomaniaco (2)	2	3,1	1	1,5	p (1) = 1,000
Síndrome psicótica (2)	7	10,8	2	3,1	p (1) = 0,125
Dependência de álcool (2)	6	9,2	11	16,9	p (1) = 0,267
Abuso de álcool (2)	7	10,8	13	20,0	p (1) = 0,210
Dependência de alucinógenos (2)	2	3,1	4	6,2	p (1) = 0,687
Dependência de canabinoides (2)	2	3,1	3	4,6	p (1) = 1,000
Esquizofrenia (2)	3	4,6	--	--	**
Dependência de solventes	2	3,1	2	3,1	p (1) = 1,000
Risco de suicídio	1	1,5	--	--	**
Total	120	100%	120	100%	

* Diferença significativa ao nível de 0,05; ** Não foi possível determinar devido a não coincidência no número de categorias.

(1): Por meio do teste de McNemar.

(2): Só foram as frequências das respostas citadas.

DISCUSSÃO

No que se refere ao sexo, mais de 60% da amostra foi constituída por mulheres, com idade inferior a 30 anos, o que corrobora com demais dados científicos sobre o comportamento suicida, os quais afirmam ser as mulheres mais vulneráveis ao risco de suicídio que os homens⁹⁻¹¹.

Estar solteiro foi o estado civil mais frequente entre as pessoas que tentaram suicídio. Apesar de os dados nacionais e internacionais afirmarem e discutirem sobre a vulnerabilidade de pessoas divorciadas, viúvas ou solteiras ao suicídio¹²⁻¹⁵, o presente estudo não encontrou diferença significativa entre o estado civil daqueles que tentaram suicídio e o grupo controle, já que a maioria deste grupo também revelou estar solteiro.

Esse dado pode estar associado à faixa etária dos participantes e uma tendência contemporânea a retardar a vivência conjugal e não necessariamente a dificuldades em encontrar parceiros, seja por déficit em habilidades sociais ou tendência a isolamento social. A maioria das pessoas que referiu estar solteira nos dois grupos tinha menos que 25 anos, assim estar solteiro, por si só, em uma faixa etária que é considerada promissora para novos relacionamentos não designa necessariamente uma vivência de solidão duradoura, e assim não parece determinar ideias ou atos de morte voluntária.

Um dado relevante é que houve diferença entre os grupos quanto a morar com o pai ou a mãe. A diferença revela que a maioria dos sujeitos que tentou suicídio morava com o pai, sem contar com a figura materna em casa, o que pode indicar a existência de suporte familiar deficitário, sobretudo, ao considerar que culturalmente o papel de acolhimento e supressão de necessidades afetivas é atribuído à mãe¹⁶.

A maior parte dos sujeitos que tentou suicídio revelou não ter algum filho e o número de pessoas que efetivou a tentativa foi inversamente proporcional ao número de filhos, ou seja, quanto mais filhos, menor o número de atos suicidas na população estudada.

Tal achado encontra consonância com a literatura, que aponta como um dos principais fatores protetores para uma eventual tentativa de suicídio ou ideação suicida a presença de crianças em casa ou a existência de filhos¹⁶.

Ainda com base no estudo mencionado anteriormente, bem como no de Hilton *et al.*¹⁷, outro fator considerado protetor para o risco de suicídio foi compartilhar de algum tipo de religião em seitas ou religiões que afirmam a existência de reencarnações.

Tortolero e Roberts¹⁸ afirmam que a presença de religiosidade, por si só, não protege o indivíduo. Essa função é apenas observada em pessoas que praticam uma religião que propõe a existência de vivências reencarnatórias, pois estas propõem a necessidade de enfrentamento em situações adversas, incentivando a resiliência a partir da crença na existência de compromissos do passado para sua evolução.

Na população analisada, não houve diferença significativa quanto à religiosidade entre aqueles que tentaram suicídio e os que nunca tentaram. Contudo, no que se refere à avaliação intragrupal, a diferença encontrada entre os sujeitos que tentaram suicídio parece corroborar com os achados da literatura^{17,18}. Mais de 45% dos entrevistados revelaram praticar a religião católica ou protestante, enquanto apenas cerca de 3% eram espíritas.

No que tange à escolaridade, diferentemente do que foi encontrado em alguns estudos^{5,7} que mencionavam a associação entre o risco de suicídio e menor grau de escolarização, estes não foram considerados isoladamente determinantes para o ato suicida e não apresentaram diferença significativa com o grupo controle.

Porém, tal dado pode estar indiretamente associado à ideação suicida por se relacionar com problemas financeiros e aumento da pobreza familiar, citados em algumas pesquisas como fatores que aumentam a probabilidade para empreender ações suicidas^{19,20}.

A maioria da amostra (mais de 40%) que tentou suicídio revelou estar desempregada e mais de 80% tinham renda inferior a um salário-mínimo. Além de interferir na realização e conclusão de projetos de vida, essa condição pode contribuir com a percepção de pouco senso de controle das situações, considerando o controle externo do ambiente como algo fatalista. Pensar assim, muitas vezes, faz o indivíduo acreditar que há pouca chance de mudar a forma de perceber a própria realidade, o que suscita desesperança e estresse^{21,22}.

No que tange às doenças psiquiátricas ou à presença de tratamento psiquiátrico, foi identificada diferença significativa entre o grupo controle e o grupo de pessoas que tentou suicídio. Estas realizaram cerca de quatro vezes mais algum tratamento psiquiátrico que os sujeitos do grupo controle.

A maioria dos participantes que tentou suicídio apresentou transtorno de ansiedade generalizada (TAG). Apesar de as pesquisas encontradas na revisão da literatura afirmarem não haver evidências significativas para a associação do referido transtorno no aumento de tentativas de suicídio ou ideias de morte^{1,4,15,20}, esse dado parece fornecer uma nova contribuição para alertar sobre a necessidade de investigação acerca da influência do TAG no risco de suicídio.

Maior parte dos entrevistados que tentou suicídio apresentou, além do TAG, o transtorno depressivo maior. Essa amostra pode apresentar transtorno de ansiedade associada a outro transtorno psiquiátrico como a depressão, o que poderia diferir da manifestação do transtorno de ansiedade sem outra condição psiquiátrica comórbida.

Além disso, pode existir a ocorrência de subtipos sintomáticos dentro do espectro da doença depressiva. Assim, algumas manifestações da depressão poderiam ter maior quantidade de sinais e sintomas ansiosos ou somáticos, além da sintomatologia depressiva clássica^{4,20,23}.

Apesar de não haver clareza se os sinais e sintomas de ansiedade identificados no grupo de sujeitos que tentou suicídio são componentes de outro transtorno e assim diferentes do que foi apresentado pelo grupo controle, é importante ressaltar tal questão, a fim de considerá-la para posteriores avaliações em outros estudos.

Como mencionado anteriormente, houve diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos quanto à presença de transtorno depressivo maior. Mais de 50% dos participantes que tentaram suicídio apresentaram sinais e sintomas compatíveis com essa condição psiquiátrica no momento da entrevista, enquanto menos de 17% dos sujeitos do grupo controle preencheram critérios do MINI para esse transtorno.

Tal resultado corresponde aos dados da literatura científica sobre a temática estudada, pois afirma que o diagnóstico mais frequente entre as pessoas que tentaram suicídio ou têm ideias suicidas é o transtorno depressivo^{15,20,24}.

Após o transtorno de ansiedade generalizada e transtorno depressivo maior, as condições psiquiátricas mais frequentes na amostra investigada do grupo de pessoas que tentaram suicídio foram a síndrome psicótica e o abuso de álcool, corroborando com os dados presentes na literatura^{1,2,25}.

Vale ressaltar que, apesar de os transtornos psiquiátricos identificados na amostra das pessoas que tentaram suicídio condizerem com os demais estudos científicos, os quais afirmam a relação entre a presença de determinadas doenças psiquiátricas e risco de suicídio, exceto quanto ao transtorno depressivo maior, não houve diferença significativa entre os dois grupos estudados, o que pode sugerir que a doença psiquiátrica, por si só, não determina o risco de morte voluntária.

CONCLUSÕES

A partir do presente estudo foi possível avaliar que cerca de 60% dos entrevistados eram do sexo feminino, e morar apenas com o pai apresentou associação significativa com o comportamento suicida (35,8%). A condição psiquiátrica mais associada à tentativa de suicídio foi o transtorno depressivo (55,4%), e o transtorno de ansiedade generalizada estava presente em mais da metade dos entrevistados dos dois grupos.

Ressalta-se a necessidade do desenvolvimento de outros estudos que abordem o paciente pouco tempo após a tentativa de suicídio, a fim de promover análises e correlações que irão contribuir na elaboração de perfis considerados de risco, possibilitando o delineamento de estratégias preventivas.

CONTRIBUIÇÕES INDIVIDUAIS

Marília Suzi Pereira dos Santos – Contribuiu significativamente na concepção e desenho do estudo, bem como na

coleta, análise e interpretação dos dados, e ainda na elaboração do artigo, aprovando a versão final a ser publicada.

Claudia Maria da Cruz Pires – Contribuiu significativamente na concepção e desenho do estudo e na correção do artigo, aprovando a versão final a ser publicada.

Paulo Gustavo Xavier Ramos – Contribuiu significativamente na concepção e desenho do estudo e na correção do artigo, aprovando a versão final a ser publicada.

Tatiana de Paula Santana da Silva – Contribuiu significativamente na análise e interpretação dos dados, e na revisão crítica do conteúdo intelectual, aprovando a versão final a ser publicada.

Everton Botelho Sougey – Contribuiu significativamente na concepção e desenho do estudo, bem como na análise e interpretação dos dados, e ainda na elaboração do artigo, aprovando a versão final a ser publicada.

CONFLITOS DE INTERESSE

Não há conflitos de interesse entre os autores e não houve apoio financeiro.

REFERÊNCIAS

1. Wenzel A, Brown G, Beck A. Terapia cognitivo-comportamental para pacientes suicidas. Porto Alegre: Artmed; 2010.
2. Bertolote JM, Fleischmann A. Suicídio e doença mental: Uma perspectiva global. In: Werlang B, Botega NJ. Comportamento suicida. Porto Alegre: ArtMed; 2004.
3. Barros M, Oliveira H, Marin-León L. Epidemiologia no Brasil. In: Werlang B, Botega NJ, et al. Comportamento Suicida. Porto Alegre: ArtMed; 2004.
4. Mello MF. O suicídio e suas relações com a psicopatologia: análise qualitativa de seis casos de suicídio racional. *Cad Saúde Pública*. 2000;16(1):163-70.
5. Botega NJ, Werlang B, Cais C, Macedo M. Prevenção do comportamento suicida. *Psico*. 2006;37(3):213-20.
6. Viana GN, Zenkner FM, Sakae TM, Escobar BT. Prevalência de suicídio no sul do Brasil, 2001-2005. *J Bras Psiquiatr*. 2008;57(1):38-43.
7. Prieto D, Tavares M. Fatores de risco para suicídio e tentativa de suicídio: incidência, eventos estressores, e transtornos mentais. *J Bras Psiquiatria*. 2005;54(2):146-54.
8. Botega NJ, Rapelli CB. Tentativa de suicídio. In: Botega NJ, organizador. Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência. Porto Alegre: Artmed; 2002.
9. Lalovic A, Levy E, Luheshi G, Canetti L, Grenier E, Sequeira A, et al. Cholesterol content in brains of suicide completers. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2007;10(2):159-66.
10. Suokas J, Suoninen K, Isometsa E, Ostamo A, Lonnqvist J. Long-term risk factors for suicide mortality after attempted suicide-findings of a 14-year follow-up study. *Acta Psychiatr Scand* 2001;104 (2):117-21.
11. Oquendo M, Ellis A, Greenwald S, Malone K, Weissman M, Mann J. Ethnic and sex differences in suicide rates relative to major depression in the United States. *Am J Psychiatry*. 2001;158(10):1652-58.
12. Agerbo E, Nordentoft M, Mortensen P. Familial psychiatric and socioeconomic risk factors for suicide in young people: nested case-control study. *BMJ*. 2002;325(13):74-7.
13. Ikeda R. Medical conditions and nearly lethal suicide attempts. *Suicide Life Threat Behav*. 2001;32(1 Suppl):60-7.
14. Simom T. Characteristics of impulsive suicide attempts and attempters. *Suicide Life Threat Behav*. 2001;32:49-59.
15. Swahn M, Potter L. Factors associated with the medical severity of suicide attempts in youths and young adults. *Suicide Life Threat Behav*. 2001;32:21-9.
16. Gray. Utah youth suicide study, phase I: government agency contact before death. *Journal of Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 2002; 41(4):427-434.
17. Hilton S, Fellingham G, Lyon J. Suicide rates and religious commitment in Young adult males in Utah. *Am J Epidemiol*. 2002;155(5):413-9.
18. Tortolero S, Roberts R. Differences in nonfatal suicide behaviors among Mexican and European American middle school children. *Suicide and life-threatening behavior*. 2001;31(2):214-23.
19. Weyrauch K. Stressful life events and impulsiveness in failed suicide. *Suicide Life Threat Behav*. 2001;31(3):311-9.
20. Baptista M. Suicídio e depressão: atualizações. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004.
21. Coleman D, Casey JT. Therapeutic Mechanisms of Suicidal Ideation: The Influence of Changes in Automatic Thoughts and Immature Defenses. *Crisis*. 2007;28(4):198-203.
22. Hartwell NE. The Neuropsychology of Suicidal States in Depressed Inpatients. Dissertation. US, Yeshiva U; 2001.
23. Fleck M, Lafer B, Sougey E, Del Porto J, Brasil M, Juruena F. Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão. *Rev Bras Psiquiatr*. 2003;25(2):114-22.
24. Forman E, Berk M, Henriques G, Brown G, Beck A. History of multiple suicide attempts as a behavioral marker of severe psychopathology. *Am J Psychiatry*. 2004;161(3):437-43.
25. Meltzer H. Reducing the risk for suicide in schizophrenia and affective disorders. *J Clin Psychiatry*. 2003;64(9):1122-9.