

Comportamento suicida: uma revisão narrativa da literatura

Revisiting suicidal behaviour: a narrative review of literature

Alexandre Daher Gonçalves Monteiro dos Reis¹, Gustavo Yamin Fernandes¹,
Fernando Augusto Nakazato Hokama¹, Felipe Zocatelli Yamamoto¹,
Guilherme Cavazzani Vaccarezza¹, Gustavo Correa Macedo¹, Naiade de Souza Mello¹,
Raul dos Reis Ururahy¹, Fernanda Romano², Sandra Regina Schwarzwälder Sprovieri³

Resumo

Introdução: O comportamento suicida não abrange apenas o desfecho letal, mas um conjunto de eventos, com tendência teórica a escalonamento, denominado espectro suicida. Portanto, pode-se considerar a tentativa como parte da mesma afecção que o suicídio consumado. Encontra-se entre as principais etiologias de óbito entre adolescentes e adultos jovens, mas também acomete consideravelmente a população geriátrica. Além disso, nosso país figura no topo do ranking de números absolutos de ocorrências, com indícios de inclinação a aumento. **Objetivo/Metodologia:** O presente trabalho propôs revisão da literatura acerca do tema, utilizando a base de dados “PUBMED” e considerando artigos brasileiros e internacionais da última década. O cerne bibliográfico foi estruturado a partir de pesquisa via palavras-chave, com subsequente seleção da amostra obtida e ampliação, considerando referências utilizadas nos artigos-base. O substrato final reuniu 47 artigos, abordando as características da enfermidade e dos impactados por ela, bem como estratégias populacionais de controle. **Resultados:** Múltiplos fatores de risco podem, e geralmente têm, envolvimento síncrono, mas o maior relevo pertence a tentativas de suicídio prévias e transtornos psiquiátricos. Determinadas características do indivíduo também contribuem na elabora-

ção de perfil de risco. Já o método adotado pode tanto sofrer influência de determinado grupo epidemiológico quanto influenciar o curso de evolução mórbida. Classicamente, as tentativas contam com supremacia feminina, em oposição ao desfecho letal, fenômeno dominado por homens idosos. Ambos, empreendidos, amiúde, no próprio domicílio do paciente. Diferentes metodologias de predição do transtorno já foram empregadas, não se obtendo resultados plenamente satisfatórios, contudo. Até um quarto dos pacientes não exterioriza a intenção suicida ao seu médico, reforçando a relevância de estratégias preventivas e de rastreamento. **Conclusão:** Infelizmente, no Brasil, os sub-registros compõem empecilho adicional às iniciativas de prevenção primária e secundária. Destarte, enquanto as dimensões adversas não forem apequenadas, faz-se pertinente a constante rememoração do tema e de sua magnitude.

Descritores: Suicídio, Tentativa de suicídio, Ideação suicida, Prevenção do comportamento autodestrutivo, Fatores de risco

Abstract

Introduction: Suicidal behavior not only refers to the lethal outcome, but a set of events, with a theoretical tendency to progression, called the Suicidal Spectrum. Therefore, the attempt can be considered as part of the same condition as the consummate suicide. It is a major etiology for the death of adolescents and young adults, but also affects the geriatric population considerably. In addition, our country is at the top of the ranking of absolute numbers of occurrences, with indications of a tendency to increase. **Aim/Methods:** The present article proposes a literary review about the matter, using PUBMED's platform and taking into consideration local and international publications from the past ten years. The bibliography core was built through a keyword guided research, followed by result's filtration and expansion, using original article's references and related manuscripts. The final compilation gathered 47 papers, addressing disease's and patient's characteristics, as well as potential populational policies. **Results:** Multiple risk factors can, and are often, involved concomitantly, with special attention

1. Acadêmico da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo - 6º ano do Curso de Graduação em Medicina. São Paulo – SP - Brasil

2. Médica Assistente da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - Departamento de Psiquiatria. São Paulo – SP - Brasil

3. Professora Adjunta da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – Departamento de Clínica Médica. Chefe Clínica Adjunta da Unidade de Emergência da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. São Paulo – SP - Brasil

Trabalho realizado: Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Serviço de Emergência. São Paulo – SP - Brasil

Endereço para correspondência: Raul dos Reis Ururahy. Rua Henrique Schaumann, 182, apto. 74 – Pinheiros – 05413-011 – São Paulo - SP - Brasil. E-mail: rreisorurahy@gmail.com

Não há conflitos de interesse envolvidos nesse trabalho

*given to previous suicide attempts and psychiatric disorders. Features of the individual also contribute to outline risk profiles. The means adopted can both be influenced by epidemiological characteristics and influence the course of morbid evolution. Classically, while attempts have a stronger association with women, self-induced deaths are more seen among men, seniors, above all. Regardless of the tenor of the action, the site of preference seems to be the own's patient home. Different approaches to the issue have already been attempted, never achieving outright success, however. Up to a quarter of patients do not externalize suicidal intent to their physician, reinforcing the relevance of preventive and screening strategies. **Conclusion:** Unfortunately, in Brazil, sub-registries settle additional impediment to primary and secondary prevention strategies planning. Therefore, while the issue's proportions remain unrestrained, the subject must be often revisited.*

Keywords: *Suicide, Suicide attempt, Suicidal ideation, Prevention of self-injurious behavior, Risk factors*

Introdução

Comportamento suicida é um conceito que abrange não apenas o suicídio propriamente dito, mas um conjunto de eventos, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS)⁽¹⁾. O suicídio consumado e a tentativa de suicídio são os principais representantes, decorrendo de ação ou omissão iniciada pelo próprio indivíduo.

O tema vem paulatinamente transcendendo o campo médico e passando a permear debates na sociedade como um todo, oportuna reflexão ao aumento no número de casos observado na contemporaneidade. O suicídio já figura entre as três principais causas de morte no subgrupo entre 15 a 44 anos de idade, com um evento a cada 45 segundos na perspectiva da população mundial, contingente de 1.920 pessoas que põem fim à vida diariamente. Trata-se de segmento que supera, ao final de um ano, a soma de todas as mortes causadas por homicídios, acidentes de transporte, guerras e conflitos civis⁽¹⁻²⁾. Deve-se atentar para o fato de essas cifras não incluírem as tentativas de suicídio, de 10 a 20 vezes mais frequentes⁽¹⁾.

Não obstante o coeficiente de mortalidade por suicídio relativamente baixo do país, o Brasil figura entre os 10 países com maiores números absolutos⁽¹⁻³⁾. Além disso, tem sido observado incremento, particularmente em homens na faixa etária de 20 a 59 anos⁽⁴⁾.

Destarte, em vista da magnitude da patologia, justifica-se sólido conhecimento do tema por todo profissional médico, mormente pois, com frequência, as primeiras oportunidades de detecção revelam-se no contato com o médico não psiquiatra. Assim, o presente trabalho se propõe a apresentar revisão atualizada

da literatura, almejando facilitar o aprofundamento teórico para o não especialista.

Metodologia

O presente trabalho propôs-se ao levantamento sistemático da literatura a partir da base de dados "PUBMED". Optou-se por essa base de dados por albergar as revistas de maior impacto, encerrando protagonismo no cenário das bibliotecas acadêmicas online. Significante parcela da produção científica internacional está incorporada a plataformas não vinculadas ao "PUBMED", como a "SciELO", ponderoso reduto da bibliografia latinoamericana. Contudo, é intrínseco à decisão por uma base de dados preterir o acesso ao conteúdo das demais.

Combinações de descritores, em inglês, foram utilizadas na ferramenta de pesquisa da plataforma: *Suicide, Attempt, Emergency*, e os *MeSH terms: (Emergency Service) AND (Suicide, Attempted) AND (Risk Assessment) OR (Risk Factors) OR (Middle Aged) OR (Adult) OR (Young Adult) OR (Male) OR (Female)*.

Angariou-se total de 251 trabalhos, procedendo-se então, através do título, à apuração da adequabilidade ao intento pretendido: o destrinchamento das características da enfermidade, dos impactados por ela e estratégias populacionais para mitigá-la. A seleção realizada restringiu-se a artigos dos últimos 10 anos, nacionais e internacionais, priorizando trabalhos relatados sob a língua inglesa, versando sobre os mecanismos determinantes do comportamento suicida, detecção de padrões fenotípicos e sua associação com modelos de risco ou experimentos intervencionistas preventivos. Foram suprimidos estudos direcionados a subgrupos populacionais específicos, relatos de caso ou de amostra muito reduzida, propostas de intervenções em curto-prazo apenas, ou que de alguma outra forma fugissem ao escopo do trabalho. O conjunto resultante, de 44 artigos, foi submetido à segunda avaliação, mais criteriosa e levando em conta o resumo dos trabalhos, com exclusão daqueles que não se mostraram pertinentes ao objetivo proposto, remanescendo 13 publicações. Esse agrupamento estabeleceu as fundações da pesquisa, e, a partir das referências utilizadas em sua redação, obtiveram-se ramificações, compondo, enfim, a base bibliográfica que estruturou o trabalho, totalizando 47 artigos.

Alicerces Fenomenológicos

O suicídio ainda compõe entidade de cerne obscuro no que tange a mecanismo de doença, não havendo, até o presente momento, bases fisiopatológicas totalmente validadas. Desse modo, múltiplas teorias foram aventadas para justificar sua ocorrência, destacando-se

dois modelos, o “diátese-estresse”⁽⁵⁾ e o “evolutivo”⁽⁶⁾, este com maior aceitação atualmente.

Simplificadamente, o modelo diátese-estresse postula que o suicídio seria resultante aguda da interação entre condições predisponentes, atributos individuais e eventos desencadeantes. Ou seja, a repercussão gerada por gatilhos, quando atuam sobre indivíduos propensos a reações autodestrutivas diante de eventuais adversidades psicossociais.

O modelo evolutivo também argumenta em favor da participação desses elementos, diferenciando-se, porém, por alegar que implicariam na gênese de um curso de comportamento suicida, em interação constante com o meio e com tendência ao escalonamento. Assim, seria explicação plausível para o “espectro suicida” e para a não incomum progressão de gravidade verificada nesses pacientes, partindo de pensamentos de morte e “comunicação suicida”, até tentativas com crescentes intenção e potencial letal do mecanismo.

A tentativa de suicídio teria, portanto, as mesmas características fenomenológicas do suicídio, diferindo deste apenas quanto ao desfecho. Neste sentido, deve-se distingui-la de outros comportamentos autodestrutivos, nos quais não existe uma intenção de pôr fim à vida, embora elementos exteriores possam ser comuns a ambos.

Outro aspecto de vital relevância é que, apesar de já estabelecidas divergências epidemiológicas entre os grupos dos pacientes que tentam o suicídio e o dos que o completam, não se pode menosprezar a tentativa falha. Aceitando-se ambos como “comportamento suicida” e como parte de um mesmo *continuum* de doença, é possível o escalonamento da agressividade do método em tentativa futura e o óbito, mesmo que não solidamente pretendido, pode ocorrer.

Aspectos Epidemiológicos

No que concerne aos fatores de risco para o comportamento suicida, propõem-se a distinção entre fatores predisponentes, relacionados à gênese de contexto propício à germinação da ideação suicida, e fatores precipitantes, eventos próximos, estressores, que desencadeiam ou consolidam a tentativa em indivíduo já previamente fragilizado psicologicamente. Alguns autores ainda mencionam a subdivisão dos fatores predisponentes em “atributos” e “estados predisponentes”⁽⁷⁾, estes geralmente envolvendo condições clínicas, psiquiátricas ou socioeconômicas, e aqueles envolvendo características intrínsecas do paciente, que remetam à sua criação, a experiências precoces da infância ou até à herança genética.

As doenças psiquiátricas possivelmente compõem os correlatos ao comportamento suicida mais soli-

damente consolidados, com assiduidade quase que absoluta. Cenário exemplificado por vasta revisão, propondo a análise do total de 16.629 suicídios, que constatou a existência de diagnóstico de transtorno mental em 90% dos casos⁽⁸⁾.

Os transtornos mentais mais comumente associados seriam os transtornos do humor (35,8%), destacando-se a depressão e o transtorno do humor bipolar, os relacionados ao uso de substâncias (22,4%), os de personalidade (11,6%) e a esquizofrenia (10,6%). Determinados subgrupos estão sob risco ainda mais expressivo, como os pacientes com diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior que já necessitou de internação hospitalar, atingindo mortalidade de até 20% por auto extermínio⁽⁹⁾, demandando, portanto, acompanhamento mais estreito. Essa vulnerabilidade ao suicídio que as comorbidades psiquiátricas determinam é particularmente potencializada quando se apresentam em conjunto, ou seja, diante combinação de estados de risco⁽¹⁰⁾.

Extrapolando a questão do comportamento suicida em si, relatos de incidência de até 50% de humor deprimido em pacientes com condições clínicas graves ou terminais⁽¹⁰⁾ sublinham esse segmento como outro foco de particular atenção, seja pelo fator de risco para o suicídio, seja pelo comprometimento de sua qualidade de vida.

Grande influência também é irrogada ao abuso de álcool e substâncias, sua presença sendo significativa tanto paralelamente aos outros distúrbios psiquiátricos⁽¹¹⁻¹⁴⁾, quanto na ausência desses, situação em que rotineiramente se sobressai como principal fator predisponente^(10,15).

Dado interessante, obtido em revisão realizada no Japão, é a observação de menor taxa de recorrência no acompanhamento, após tentativa de suicídio, de pacientes portadores de diagnóstico de transtorno mental⁽¹⁶⁾. Isso sugere impacto positivo do tratamento de doenças psiquiátricas subjacentes sobre o risco de novas tentativas.

Apesar da frequente contribuição de diagnóstico psiquiátrico, o principal fator de risco para o suicídio é, sem dúvida, o antecedente de tentativa prévia. Atribui-se aumento de cem vezes no risco⁽¹⁷⁾, podendo atingir taxa de recorrência de 15-25% em um ano e suicídio efetivo em até 10% dos pacientes dentro de uma década⁽¹⁸⁾.

Epidemiologicamente, determinadas características, bem como o perfil individual do doente, também permitem estimar maior ou menor probabilidade de repetição do ato. Existem diversas ferramentas que se valem de tais particularidades, por exemplo a Escala de Buglass e Horton⁽¹⁹⁾, com acurácia próxima a 50%, e a Escala de Intencionalidade Suicida idealizada por Beck et al (1974)⁽²⁰⁾.

As variáveis que envolvem a natureza do indivíduo são múltiplas, desde as de caráter sociodemográfico, como sexo e idade, passando por estado civil e empregatício, até antecedentes familiares e características da própria personalidade. Nesse contexto, são dignas de nota as contribuições dos estudos na área da Psicologia, que delinearam três padrões principais de idiossincrasia tipicamente envolvidos com o comportamento suicida: a tendência à auto percepção de fracasso diante de estressores psicológicos; a dificuldade em elaborar soluções ou alternativas a obstáculos, criando então sensação de encurralamento; e os sentimentos de desesperança⁽²¹⁾.

Fatores desencadeantes frequentemente observados são o rompimento de relações amorosas, rejeição afetiva ou social, deflagradores de instabilidade familiar significativa, perda de emprego ou modificação da situação financeira e vergonha ou temor da exposição social de alguma característica própria. É sempre válida a lembrança de que, independente do quão emocionalmente impactante seja o sucedido, nenhum é isoladamente o berço de um comportamento suicida, mas o instigador final de indivíduo cronicamente em sofrimento. Também não é infrequente sua presença síncrona⁽²²⁾, havendo revisões que referem média de três fatores coincidentes⁽²³⁾, criando cadeia de eventos que aumenta o fardo psicológico sobre o paciente.

Os fatores protetores basicamente constituem antagonistas dos riscos, ou seja, promotores de bem estar mental, como vínculos familiares fortes, e que fomentem estabilidade psicológica e socioeconômica. Infelizmente, apesar de muitos estudos identificarem sua presença, pouco foi o impacto quanto à redução na taxa de mortalidade por suicídio ou do comportamento suicida como um todo. A despeito da presunção de que contribuam para a proteção do paciente, não há trabalhos que sustentem cientificamente essa suposição. Isso é parcialmente explicado por vieses metodológicos encontrados nos estudos, como amostras reduzidas ou viciadas, dificuldades na coleta de determinados dados durante atendimentos clínicos e a precisão comprometida ao se tentar empregá-los para elaborar previsões a longo prazo.

Características do Comportamento Suicida

Os principais meios utilizados em casos brasileiros são a ingestão excessiva de medicamentos (60%), intoxicação com venenos / agrotóxicos (20%) e cortes / perfurações (8%), segundo levantamento de Botega et al, 1995⁽²⁴⁾. Já no contexto intra-hospitalar, temos como maioria os suicídios por precipitação de altura, mas enforcamento e auto intoxicação com medicamentos também são mecanismos relevantes⁽²⁵⁻²⁶⁾.

Estatisticamente, a adoção do método é influenciada pelo gênero e faixa etária do paciente. Porém, estudos sugerem que mecanismos “corte-dependentes” se postariam como variável de risco independente para futuro episódio de desfecho fatal, sendo particularidade de potencial contribuição para a predição de tentativas⁽²⁷⁾.

A bibliografia existente acerca do tema constata, de forma geral, tentativas de suicídio predominando em mulheres, tipicamente através de métodos menos violentos, como o envenenamento⁽²⁸⁻³¹⁾. Já o desfecho fatal é dominado por homens, principalmente idosos com condições clínicas associadas^(32,10), e, quando em jovens, havendo frequente influência de histórico jurídico penal⁽³³⁻³⁴⁾. O local de escolha mais usual para o auto atentado é a própria residência⁽³⁵⁾.

Outro padrão que se notabiliza é o histórico de tentativas anteriores, presente em ampla parcela dos pacientes, quase sempre em multiplicidade. Esse achado pode representar situação conhecida como risco “episódio-dependente” ou “fenômeno em crescendo”, onde a progressão do comportamento suicida, com novas tentativas, é acelerado por antecedente positivo. Se por um lado as tentativas index têm predominância masculina, por outro, o agravamento do comportamento é aparentemente mais observado no sexo feminino⁽³⁶⁾.

Abordagem – Experiências Prévias

Apesar da maioria dos pacientes com comportamento suicida, inclusive tentativas prévias, evoluir a óbito por *causa mortis* não relacionada a esse histórico⁽³⁷⁾, o tema apresenta importância vital, uma vez que se trata de mortes potencialmente evitáveis. Contudo, a avaliação do risco de tal desfecho tende a ser difícil, pois cerca de um em cada quatro pacientes não exterioriza a intenção suicida ao seu médico⁽³⁸⁾ e os escores preditivos existentes possuem baixa acurácia, balizando-se em perfis de risco. Dentro da análise de fatores de risco, a literatura observa que a parcela majoritária possui multiplicidade⁽²²⁾. Assim, teoricamente, as estratégias preventivas que adotam múltiplas frentes de abordagem seriam as com maior benefício para esses pacientes.

Almejando a prevenção primária, foi elaborada intervenção em áreas rurais do Japão, objetivando a construção de rede social de amparo ao paciente com comportamento suicida, atual ou potencial⁽³⁹⁾. Desenvolveu-se conjunto de medidas de caráter multimodal, abrangendo atividades de educação populacional, capacitação de indivíduos-chave (como padres, atendentes de linhas telefônicas, policiais e cuidadores) em detecção precoce de sinais de alarme, promoção da busca ativa, além do apoio dos sobreviventes. A duração inicial estabelecida foi de 3,5 anos, devido a

estudos precedentes indicando efeito insignificante a partir de medidas a curto prazo⁽⁴⁰⁾.

Os resultados alcançados insinuaram maior benefício em homens e idosos, mais expressivo quanto às tentativas de suicídio que em relação aos suicídios completos⁽⁴⁰⁾. Estudos com propostas semelhantes, desenvolvidos na Alemanha e Hungria, obtiveram resultados equivalentes, com pouco benefício para o desfecho fatal⁽⁴¹⁻⁴²⁾.

Por outro lado, iniciativa desenvolvida pela Força Aérea Americana atingiu decréscimo significativo na taxa de suicídios completos⁽⁴³⁾. Motivada pelos proeminentes números de suicídios entre seus membros e considerando que, para a minoria de pacientes que evolui com o comportamento suicida em si, existe uma maioria já manifestando disfunção social, queda da produtividade, sem mencionar a angústia, própria e familiar, a instituição se propôs a realizar estudo intervencionista. Assim, criou-se estudo de coorte, fundamentado em revisão sistemática, visando à subsequente identificação de particularidades ambientais promotoras do comportamento, como normas sociais e estigmas que desencorajassem a busca de serviços de apoio pelo paciente em sofrimento. Podemos citar como parte do roteiro: mensagens periódicas dos chefes, reforçando a importância da prevenção do suicídio e da procura de ajuda; incorporação da educação no tema como parte obrigatória do treinamento; instauração de programa de “parceiros de cuidado recíproco”; treinamento dos líderes das unidades; rastreamento de indivíduos sob processos disciplinares e salvaguarda do sigilo médico-paciente; criação de múltiplos programas de apoio, para indivíduos e suas famílias, e a formação de equipe para atuação após eventuais situações traumáticas.

Esse pacote multifacetado de deliberações teve, até a publicação, 6 anos de duração e atingiu expressivos 33% de decremento no risco de suicídio completo. Porém, o próprio artigo sugere que talvez a reprodutibilidade apenas seja viável em contextos com certa organização hierárquica, como no interior das forças armadas ou policiais, corpo de bombeiros e, eventualmente, escolas⁽⁴³⁾.

Abordagem – Perspectiva no Brasil

O desenvolvimento de iniciativas preventivas do autoextermínio certamente seria impulsionado por sistema adequado e eficiente de registro de casos, situação que, infelizmente, distancia-se da realidade atual.

Alarmante é a constatação de que os dados referentes à mortalidade por suicídio no Brasil, derivados da compilação de atestados de óbito pelo Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde, costumam estar subestimados. Isso devido não apenas ao sub-registro e subnotificação, mas também

ao vício conceitual de documentação exclusiva da lesão que terminalmente postou-se como *causa mortis*, não sendo feita menção às circunstâncias em que se deu sua ocorrência⁽⁴⁴⁻⁴⁵⁾. Ademais, apenas uma pequena proporção do chamado “comportamento suicida” chega a nosso conhecimento, com estimativas que apenas um terço das tentativas de suicídio apresenta atendimento em um serviço de saúde⁽⁴⁶⁻⁴⁷⁾.

Porém, esse particular empecilho não é exclusividade nacional, vide o estudo de Logan et al, 2011⁽¹⁰⁾, em que cinco estados americanos foram excluídos da amostra por falta de dados. Paradoxalmente, esse mesmo exemplo ilustra que, apesar da ausência de condições ideais, trabalhos nessa área são viáveis e devem ser estimulados.

Limitações

A imperfeição maior do presente trabalho, conforme supracitado, reside na indeclinável opção por uma base de dados, exigindo a supressão das demais, deixando assim de mencionar trabalhos de relevância considerável. Posta-se como agravante a essa limitação a perda de evidências especificamente referentes à nossa população, devido à predominância de publicações internacionais dentre as referências selecionadas. Acreditamos, portanto, que seria de grande valia futura publicação considerando estritamente amostras brasileiras.

Conclusão

A assiduidade das tentativas de suicídio é inquietante, máxime quando se considera a fração oculta aos registros, eventos que não buscam os serviços de saúde ou até tentativas concretizadas. Portanto, não há dúvida de que se trata de questão de Saúde Pública de grandeza maior e fica claro que políticas abordando a questão são prementes.

Destarte, enquanto essa realidade permanecer inalterada, faz-se pertinente a constante rememoração do tema e de sua magnitude.

Referências

1. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. Geneva: WHO; 2014. 89p.
2. Värnik P. Suicide in the world. Int J Environ Res Public Health. 2012; 9(3):760-71.
3. World Health Organization. The World Health Report 2003: shaping the future. Geneva: WHO; 2003. 193p.
4. Lovisi GM, Santos AS, Legay L, Abelha L, Valencia E. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. Rev Bras Psiquiatr. 2009; 31(suppl. 2):s86-s93.
5. Mann JJ, Waternaux C, Haas GL, Malone KM. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. Am J Psychiatry 1999; 156(2):181-9.

6. Van Heeringen C. Understanding suicidal behavior: the suicidal process approach to research, treatment and prevention. Chichester (UK): Wiley; 2001. 322p.
7. Van Heeringen, K. The neurobiology of suicide and suicidality. *Can J Psychiatry* 2003;48(5): 292–300.
8. Bertolote JM, Fleischmann A. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. *World Psychiatry*. 2002; 1(3):181-5.
9. Bostwick JM, Pankratz VS. Affective disorders and suicide risk: a reexamination. *Am J Psychiatry*. 2000; 157(12):1925–32.
10. Logan J, Hall J, Karch D. Suicide categories by patterns of known risk factors: a latent class analysis. *Arch Gen Psychiatry*. 2011; 68(9):935-41.
11. Deykin EY, Levy JC, Wells V. Adolescent depression, alcohol and drug abuse. *Am J Public Health*. 1987; 77(2):178-82.
12. Christie KA, Burke JD Jr, Regier DA, Rae DS, Boyd JH, Locke BZ. Epidemiologic evidence for early onset of mental disorders and higher risk of drug abuse in young adults. *Am J Psychiatry*. 1988; 145(8):971-5.
13. Buckner JD, Timpano KR, Zvolensky MJ, Sachs-Ericsson N, Schmidt NB. Implications of comorbid alcohol dependence among individuals with social anxiety disorder. *Depress Anxiety*. 2008; 25(12):1028-37.
14. Fergusson DM, Boden JM, Horwood LJ. Tests of causal links between alcohol abuse or dependence and major depression. *Arch Gen Psychiatry*. 2009; 66(3):260-6.
15. Flensburg-Madsen T, Knop J, Mortensen EL, Becker U, Sher L, Grønbaek M. Alcohol use disorders increase the risk of completed suicide - irrespective of other psychiatric disorders: a longitudinal cohort study. *Psychiatry Res*. 2009; 167 (1-2):123-30.
16. Chen CY, Yeh HH, Huang N, Lin YC. Socioeconomic and clinical characteristics associated with repeat suicide attempts among young people. *J Adolesc Health*. 2014; 54(5):550-7.
17. Owens D, Horrocks J, House A. Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *Br J Psychiatry*. 2002; 181:193-9.
18. Morgan HG, Owen JH. Persons at risk of suicide: guidelines on good clinical practice. London: The Boots Company PLC; 1990. 49p.
19. Buglass D, Horton J. A scale for predicting subsequent suicidal behaviour. *Br J Psychiatry*. 1974; 124(583):573-8.
20. Beck AT, Resnik HLP, Lettieri DJ, editors. The prediction of suicide. Bowie: Charles Press; 1974. 249p.
21. Williams JMG, Pollock L. Psychological aspects of the suicidal process. In: Van Heeringen C, editor. Understanding suicidal behaviour: the suicidal process approach to research, treatment and prevention. Chichester (UK): Wiley; 2001. P.76-94.
22. Mo cicki EK. Epidemiology of suicide. *Int Psychogeriatr*. 1995; 7(2):137-48.
23. Onishi K. Risk factors and social background associated with suicide in japan: a review. *Jpn Hosp*. 2015; (34):35-50.
24. Botega NJ, Cano F, Khon S, Knoll S, Pereira WAB, Bonardi CM. Tentativa de suicídio e adesão ao tratamento: um estudo descritivo em hospital geral. *J Bras Psiquiatr*. 1995;44(1):19-25.
25. Glickman LS. Psychiatric consultation in the general hospital. New York: M. Dekker; 1980. 150p.
26. White RT, Gribble RJ, Corr MJ, Large MM. Jumping from a general hospital. *Gen Hosp Psychiatry*. 1995; 17(3):208-15.
27. Chen VC, Tan HK, Cheng AT, Chen CY, Liao LR, Stewart R, et al. Non-fatal repetition of self-harm: Population-based prospective cohort study in Taiwan. *Br J Psychiatry* 2010; 196(1):31-5.
28. Kposowa AJ, McElvain JP. Gender, place, and method of suicide. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2006; 41(6):435-43.
29. Denning DG, Conwell Y, King D, Cox C. Method choice, intent, and gender in completed suicide. *Suicide Life Threat Behav*. 2000; 30(3):282-8.
30. Dombrovski AY, Szanto K, Duberstein P, Conner KR, Houck PR, Conwell Y. Sex differences in correlates of suicide attempt lethality in late life. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2008; 16(11):905-13.
31. Kumar CT, Mohan R, Ranjith G, Chandrasekaran R. Characteristics of high intent suicide attempters admitted to a general hospital. *J Affect Disord*. 2006;91(1):77-81
32. Grabbe L, Demi A, Camann MA, Potter L. The health status of elderly persons in the last year of life: a comparison of deaths by suicide, injury, and natural causes. *Am J Public Health*. 1997; 87(3):434-7.
33. Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT. Precipitating factors and life events in serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997; 36(11):1543-51.
34. Donald M, Dower J, Lucke J, Raphael B. Prevalence of adverse life events, depression and suicidal thoughts and behaviour among a community sample of young people aged 15-24 years. *Aust N Z J Public Health*. 2001; 25(5):426-32.
35. Karch DL, Dahlberg LL, Patel N, Davis TW, Logan JE, Hill HA, Ortega L, et al. Surveillance for violent deaths: National Violent Death Reporting System, 16 states, 2006. *MMWR Surveill Summ*. 2009; 58(1):1-44.
36. Wong JP, Stewart SM, Claassen C, Lee PW, Rao U, Lam TH. Repeat suicide attempts in Hong Kong community adolescents. *Soc Sci Med* 2008; 66(2):232-41.
37. Sher L. Preventing suicide. *QJM*. 2004; 97(10):677–80.
38. Simon RI. Suicide risk assessment forms: form over substance? *J Am Acad Psychiatry Law*. 2009; 37(3):290–3.
39. Ono Y, Sakai A, Otsuka K, Uda H, Oyama H, Ishizuka N, et al. Effectiveness of a multimodal community intervention program to prevent suicide and suicide attempts: a quasi-experimental study. *PLoS One*. 2013; 8(10):e74902.
40. Fountoulakis KN, Gonda X, Rihmer Z. Suicide prevention programs through community intervention. *J Affect Disord*. 2011; 130(1–2):10–6.
41. Hegerl U, Althaus D, Schmidtke A, Niklewski G. The alliance against depression: 2-year evaluation of a community-based intervention to reduce suicidality. *Psychol Med*. 2006; 36(9):1225–33.
42. Szanto K, Kalmar S, Hendin H, Rihmer Z, Mann JJ. A suicide prevention program in a region with a very high suicide rate. *Arch Gen Psychiatry*. 2007; 64(8):914–20.
43. Knox KL, Litts DA, Talcott GW, Feig JC, Caine ED. Risk of suicide and related adverse outcomes after exposure to a suicide prevention programme in the US Air Force: cohort study. *BMJ*. 2003; 327(7428):1376.
44. Gotsens M, Mari-Dell’Olmo M, Rodríguez-Sanz M, Martos D, Espelt A, Pérez G, et al. Validation of the underlying cause of death in medicolegal deaths. *Rev Esp Salud Publica*. 2011; 85(2):163-74.
45. Jorge MHPM, Gotlieb SLD, Laurenti R. O sistema de informações sobre mortalidade: problemas e propostas para o seu enfrentamento II-mortes por causas externas. *Rev Bras Epidemiol*. 2002; 5(2):212-23.
46. Botega NJ, de Azevedo RC, Mauro ML, Mitsuushi GN, Fanger PC, Lima DD, et al. Factors associated with suicide ideation among medically and surgically hospitalized patients. *Gen Hosp Psychiatry*. 2010; 32(4):396-400.
47. Botega NJ, Barros MB, Oliveira HB, Dalgalarondo P, Marín-León L. Suicidal behavior in the community: prevalence and factors associated with suicidal ideation. *Rev Bras Psiquiatr*. 2005; 27(1):45-53.

Trabalho recebido: 19/10/2018
Trabalho aprovado: 17/06/2019
Trabalho publicado: 18/06/2019