



## ARTIGO DE REVISÃO

# Comportamento suicida: reflexões para profissionais de saúde

## Suicidal behavior: reflections for health professionals

*Rodrigo da Silva Maia<sup>a</sup>*

*Marília Menezes de Oliveira Rocha<sup>b</sup>*

*Tereza Cristina Santos de Araújo<sup>c</sup>*

*Eulália Maria Chaves Maia<sup>d</sup>*

- <sup>a</sup> Mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). – (Pesquisador voluntário do Grupo de Estudo: Psicologia e Saúde (GEPS) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).) – Natal – RN – Brasil.
- <sup>b</sup> Especialista em Psicologia da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). – (Pesquisadora voluntária do Grupo de Estudo: Psicologia e Saúde (GEPS) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).).
- <sup>c</sup> Graduanda em Psicologia pelo Centro Universitário Facex (UNIFACEX) – (Bolsista de Iniciação científica do Grupo de Estudo: Psicologia e Saúde (GEPS) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)).
- <sup>d</sup> Doutorado em Psicologia Clínica pela Universidade de São Paulo (USP). – (Professora Titular do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Pesquisadora Líder do Grupo de Pesquisa: Psicologia e Saúde (GEPS).).

DOI:10.5935/2318-0404.20170003

**Instituição:** Grupo de Estudos Psicologia e Saúde (GEPS) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

## Resumo

Este ensaio objetiva discorrer sobre a temática do suicídio. Especificamente, pretende-se caracterizar estimativas epidemiológicas e fatores associados, como psicopatologias e comorbidades. Além disso, são propostos elementos importantes a se investigar diante do paciente que apresenta risco ao suicídio e, por fim, apresentar uma caracterização do “contrato antissuicídio”. Este fenômeno é responsável, anualmente, por cerca de um milhão de óbitos. A respeito das estimativas, cabe ressaltar que estas não incluem as tentativas de suicídio. Fatores socioculturais e econômicos associam-se a essa problemática, bem como elevada frequência de sofrimento psíquico e de uso abusivo de substância psicoativa. O profissional de saúde precisa estar ciente de que a ação diante do suicídio é necessariamente multidisciplinar, de modo que esses profissionais devem estar capacitados para lidar com a problemática. O profissional de saúde tem o papel primordial de cuidar, logo, faz-se necessário a implicação e corresponsabilização de todos que compõe o serviço, seja na atenção primária a terciária, no acompanhamento do paciente com tal demanda.

**Palavras-chave:** Suicídio; Pessoal de Saúde; Revisão.

## Abstract

This essay aims to discuss the issue of suicide. Specifically, it is intended to characterize epidemiological estimates and associated factors, such as psychopathology and comorbidities. In addition, important elements are proposed to be investigated in relation to the patient who presents a suicide risk and, finally, to present a characterization of the “antisuicide contract”. This phenomenon is responsible annually for about one million deaths. Regarding the estimates, it should be noted that these do not include suicide attempts, which exceed the number of suicides by at least ten times. Sociocultural and economic factors are associated with this problem, such as unemployment, financial loss, job dissatisfaction and stress, as well as high frequency of psychic suffering and abusive use of psychoactive substance. Every health professional must be aware that the action before the suicide is necessarily multidisciplinary, so that these professionals must be able to deal with the problem, be it in the investigation of the phenomenon, or in the interventions in the face of the finding of risk and attempt of suicide. The health professional has the primary role of caring, therefore, it is necessary to involve and co-responsibility of all that compose the service, whether in primary care or tertiary care, in the follow-up of the patient with such demand.

**Keywords:** Suicide; Health Personnel; Review.

## Introdução

Nos últimos tempos, vimos abrolhar o número de casos e ocorrências de ideação, tentativas e de suicídios consumados. Este fenômeno, em partes, se dá pela visibilidade que o tema tem ganhado nos últimos meses,

em decorrência da notoriedade da temática por intermédio de séries, filmes e atividades difundidas pelas redes sociais e mídia, ilustrados, por exemplo, pela série “13 Reasons Why” e o “Jogo Baleia Azul”. Dessa maneira, ao ganhar espaço público o suicídio passa a ser problematizado.

A publicização do tema faz com que ele ganhe visibilidade, no entanto, também catalisa a ocorrência de novos episódios, se tornando um gatilho a uma pessoa suscetível ou vulnerável, ocorrendo o então, o fenômeno do Efeito de Werther, que trata-se de um suicídio copiado ou por contágio e em série ou em cluster<sup>1</sup>. Pessoas que antes não pensavam sobre a possibilidade de tirar a vida, levantam essa hipótese como possibilidade em seu horizonte existencial. Entretanto, vale salientar que a ideação, tentativas e suicídios consumados são uma problemática de saúde pública, com índices de morbimortalidade que superam algumas doenças crônicas, acidentes, além de homicídios e guerras<sup>2</sup>.

Estudos apontam existir um grupo populacional suscetível a cometer suicídio proveniente desses efeitos midiáticos, cuja estatística registra como terceiro incentivador de atos suicidas, após o desemprego e situações de violência. Em paralelo a esses efeitos negativos, decorrentes de disseminações de ideias que retroalimentam a consumação do ato de matar a si, a Organização Mundial de Saúde (OMS) vem se posicionando à ampliação de políticas públicas que corroborem para informações com impacto preventivo a comportamentos suicidas. Esse processo de combate positivo tem sido chamado de Efeito Papageno, em que se destaca a relevância de adoção de estratégias de enfrentamentos positivas diante dos públicos com acesso a diversos canais da mídia<sup>3</sup>.

Este ensaio objetiva discorrer sobre a temática do suicídio. Especificamente, pretende-se caracterizar estimativas epidemiológicas e fatores associados, como psicopatologias e comorbidades. Além disso, são propostos elementos importantes a se investigar diante do paciente que apresenta risco ao suicídio e, por fim, apresentar uma caracterização do “contrato antissuicídio”. Para realização do mesmo, utilizou-se o método da revisão narrativa, buscando discutir o estado da arte sobre a temática.

Para a realização desta revisão realizou-se buscas por artigos nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SCIELO), na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), selecionando a base de dados Literatura Latino Americana em Ciências da Saúde (LILACS), e o Portal de Periódicos CAPES. Durante as buscas foram utilizados os descritores “suicídio”, “tentativa de suicídio” e “comportamentos autodestrutivos”, sem corte temporal específicos para a seleção do material informacional. Incluíram-se aqui artigos disponíveis na íntegra, que atendessem ao objetivo do estudo, trazendo dados epidemiológicos, sobre fatores associados, como psicopatologias e comorbidades clínicas, e de intervenção com este público. Foram excluídos por sua vez, estudos que tratavam de intervenções em crises não suicidas.

### **Estimativas, prevalência e fatores associados**

O suicídio está entre as três causas de morte na população de 15 a 44 anos. Segundo a World Health Organization<sup>4</sup>, este fenômeno é responsável, anualmente, por cerca de um milhão de óbitos. Tais estimativas

não incluem as tentativas de suicídio, as quais superam o número de suicídios em, pelo menos, dez vezes. De acordo com Botega, as tentativas são 10 a 20 vezes mais frequentes que o suicídio em si<sup>5</sup>.

O Brasil figura entre os dez países que registram os maiores números absolutos de suicídios. São, em média, 27 mortes por dia, dado este que tomou por base a ocorrência de suicídios efetivados no ano de 2011. Do total de óbitos registrados no Brasil, 1% decorre de suicídios. No entanto, este ainda é um dado subnotificado, uma vez que ocorrem fragilidades no registro da informação em alguns serviços de verificação de óbito (SVO) ou institutos técnico-científicos, bem como em hospitais<sup>5</sup>.

A respeito dos meios usados para o suicídio pode-se dizer que os mesmos variam de acordo com a cultura e o acesso que se tem ao recurso. Nos Estados Unidos da América (EUA), por exemplo, o meio predominante é o uso de arma de fogo, por haver um acesso à compra destas e pelas altas taxas de arma de fogo por domicílio. Já em países como a Austrália e Inglaterra predominam o sufocamento por enforcamento ou inalação de gás tóxico. Países como China e Sri Lanka, com economia baseada em produção agrícola, predominam a intoxicação por pesticida. No Brasil, o enforcamento é predominante na população, ocorrendo em aproximadamente metade dos casos de óbito por suicídio<sup>6</sup>. Em nosso país, verifica-se diferenças de gênero no que tange as práticas consumadas, como mostra o Tabela 1.

**Tabela1.** Diferenças de gênero quanto aos meios de efetivação do suicídio.

Gênero	Meio
Masculino	1. Enforcamento 2. Arma de Fogo 3. Envenenamento por pesticidas
Feminino	1. Enforcamento 2. Sufocamento por inalação de fumaça ou uso de fogo 3. Precipitação de altura e uso de arma de fogo

**Fonte:** elaborado pelos autores baseado em Botega<sup>5</sup>.

Fatores socioculturais e econômicos associam-se também a essa problemática, tais como desemprego, perdas financeiras, insatisfação e estresse no trabalho, bem como elevada frequência de sofrimento psíquico e de uso abusivo de substância psicoativa. Em 90% dos casos de suicídio estima-se correlação com sofrimento psíquico e/ou abuso recorrente de substância psicoativa. Contudo, os fatores predisponentes a um suicídio são mais complexos que um acontecimento recente (fator precipitante)<sup>7,8</sup>.

Por fatores predisponentes entendem-se que estes são experiências vivenciadas ao longo do desenvolvimento humano que suscetibilizam o indivíduo a experienciar, de modo contundente, sofrimento psíquico e fragilizar-se diante da ocorrência de episódios de risco à sua integridade física e psicológica. Os fatores precipitantes seriam, por sua vez, acontecimentos recentes e atuais que serviram como o gatilho para as situações de risco. Imaginemos a metáfora de um copo de água, sendo preenchido progressivamente. Uma hora o copo está a ponto de transbordar, bastando apenas uma gota d'água para tanto. Os fatores predisponentes

seriam esse líquido que preenche progressivamente o recipiente. Já o fator precipitante seria a última gota que fará o invólucro transbordar.

Pinto, Alves e Maia<sup>9</sup> ressaltam que experiências adversas na infância e adolescência, como traumas e eventos vitais de risco, têm sido associadas como predisponentes ao suicídio. Em seu estudo, os autores ressaltam duas categorias de experiências que seriam predisponentes, sendo elas: a) aquelas em que o infante é vítima direta, ou seja, a criança vivenciar experiências de abuso emocional, físico e sexual e episódios de negligência física e emocional, por exemplo, e b) aquelas vivências integradas a um contexto familiar disfuncional, tais como familiares consumidores de substâncias, ocorrência de transtorno mental ou suicídio na família, a prisão de um membro familiar, testemunhar eventos de violência doméstica contra a figura materna e divórcio entre os pais, entre outros. Estes elementos vivenciados na infância e adolescência, associados a outras experiências traumáticas, ou seja, que marcaram negativamente o sujeito, fazem-no estar predisposto a ocorrência de sofrimento psíquico e, conseqüentemente, o suicídio<sup>9</sup>.

Dados de prevalência sugerem maior ocorrência do fenômeno em mulheres do que em homens. Contudo, a mortalidade por suicídio tem aumentado, notadamente em homens na faixa etária entre 20 e 59 anos. A literatura ressalta ainda uma maior ocorrência de ideação e tentativas entre adolescentes e em idosos. No entanto, a etapa desenvolvimental não importa, pois este é um fenômeno de risco que acomete crianças, adolescentes, adultos e idosos, quer seja quanto a ideação, as tentativas e/ou o ato efetivado de suicídio. Fatores como tédio, solidão, especialmente entre idosos, bullying e ocorrência de violência, entre adolescentes, têm sido associados a ocorrência da ideação e do suicídio<sup>10,11</sup>.

As síndromes psicopatológicas e transtornos psicológicos comumente associados à ideação, tentativas e efetivação do suicídio são a Depressão, o Transtorno do humor bipolar e a dependência de álcool e de outras drogas psicoativas<sup>7</sup>. Além disso, a esquizofrenia e características e/ou transtornos de personalidade, como traços borderlines/limítrofes e histriônicos, por exemplo, também são importantes fatores de risco<sup>12</sup>.

Transtornos ansiosos, como Transtorno de Ansiedade Generalizada, por exemplo, e experiências de stress patológico, em especial, aquele relacionado a contextos de trabalho, também têm sido apontados como fatores relacionados ao risco de suicídio. A situação de risco é agravada quando mais de uma dessas condições combinam-se, ou seja, se o indivíduo apresenta concomitância da manifestação de dois ou mais desses quadros<sup>7,13</sup>. Ademais, ressalta-se que em 90% dos casos de suicídio estima-se correlação com sofrimento psíquico e/ou abuso recorrente de substância psicoativa e mais da metade destes não seguiam tratamento corretamente quando diante de tentativas e efetivações do suicídio<sup>2</sup>.

Minayo e Cavalcante<sup>14</sup> verificaram que este é um fenômeno complexo e multideterminado, o qual tem mostrado associação com algumas características, dentre as quais se destacam associação entre ideação e tentativas de suicídio com a presença de sintomas depressivos, como mau humor constante, falta de interesse (anedonia) às situações e oportunidades da vida, fadigabilidade aumentada, constante e persistente, tristeza e melancolia, atitudes negativistas, desesperança, alterações no sono e no apetite, dentre outras características.

Além disso, a ocorrência de pensamentos e tentativas de retirar a vida tem sido também frequentemente relacionada ao isolamento e à falta de suporte social<sup>15</sup>. Ademais, Sousa e colaboradores coadunam com tais achados e sinalizam que alterações de humor e estados depressivos, juntamente com conflitos familiares, dificuldades financeiras, uso abusivo de substância psicoativas, dentre as quais se inclui o álcool, tem se mostrado relacionado com ideação pelo desejo de antecipação do fim da vida e consumação do fato<sup>16</sup>.

### Anamnese e intervenção diante do risco de suicídio

Todo e qualquer profissional de saúde deve estar ciente de que a ação diante do suicídio é necessariamente multidisciplinar, de modo que os profissionais de saúde devem estar capacitados para lidar com a problemática, quer seja na investigação do fenômeno, quer seja nas intervenções diante da constatação do risco de suicídio. O risco de suicídio pode ser compreendido enquanto um conjunto de características apresentadas pelo paciente que sugerem uma potencial passagem a efetivação de um suicídio. Consiste em comportamentos autodestrutivos, como consumo excessivo de álcool, automutilação, interrupção de sono, entre outros, e pensamentos, de inutilidade, desesperança e tristeza, que representam risco à retirada da vida<sup>4</sup>.

Quanto diante do paciente é importante que o profissional investigue fatores predisponentes e precipitantes à ocorrência do fenômeno. Vale salientar que a abordagem será diferente para pacientes declarantes, ou seja, aquele que nomeia o seu problema e que expressa claramente que pensa, planeja e/ou já tentou dar fim a vida, e os não declarantes, os quais não verbalizam sua queixa e que demandam atenção à semiologia do suicídio, conforme demonstra a Tabela 2.

**Tabela 2.** Inquérito em pacientes com risco ao suicídio.

Tipo de Paciente	Aspecto a investigar
Declarante	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Investigar a existência de fatores ambientais e sociais que “catalisaram” o fenômeno. Ex.: eventos vitais predisponentes e precipitantes;</li> <li>2. Identificar sintomatologia psicopatológica para sugerir possível encaminhamento psiquiátrico. Ex.: existência de sintomatologia que sugere depressão ou outros transtornos, para tratamento medicamentoso concomitante;</li> <li>3. Investigar se há planejamento para o suicida (a passagem ao ato);</li> </ol>
Não-declarante	Incluir aos itens anteriores a investigação de comportamentos de risco, como negativismo, agressividade alodirigida, isolamento social, melancolia, expressões de angústia e desesperança, percepção de familiares, entre outros;

**Fonte:** elaborada pelos autores com base em Fukumitsu<sup>17</sup>.

Ressalta-se que todo profissional de saúde deve estar disponível para ouvir e ajudar o paciente que apresenta tal demanda, e auxiliá-lo no percurso de explorar os seus pensamentos, sentimentos e afetos, com o intuito de que os pacientes possam comunicar aquilo de que precisam. Entende-se que o indivíduo eminentemente suicida se encontra em desespero humano pelo qual não consegue dar sentido ao seu

sofrimento, faltando-lhe recursos cognitivos e afetivos para apropriar-se de um plano de segurança da própria vida sozinho. Algumas vezes, é necessário apenas acolher o desconforto emocional que o impede de buscar um novo modo de enfrentar ou ressignificar sua angústia e dor.

Ao buscar o serviço de saúde, o paciente suicida está pedindo assistência, logo, o profissional pode prontamente disponibilizar-se para tanto. Fukumitsu<sup>17</sup> propõe três fases de conduta do manejo clínico na lida com crises suicidas, sendo estas: 1) Perguntar e explorar, etapa em que pretende-se explorar em profundidade o que motiva, quais fatores predisponentes e precipitantes estão relacionados a este fenômeno; 2) Compreender, confirmar e acolher, momento em que o profissional será empático com o paciente, entendendo que esta é a forma que ele encontrou para resolver problemáticas que o afligem, e 3) Encaminhar e acompanhar, etapa na qual o profissional encaminhará o paciente ao acompanhamento de outros profissionais, como psicólogo e médico psiquiatra, por exemplo, mas não deixará de implicar-se com a solicitação do mesmo, sendo assim, é importante se corresponsabilizar pelo paciente na sua trajetória de cuidado.

Constatado o risco de suicídio, que já pode ser considerado quando há ideação sobre a morte e o morrer, e planejamento, o profissional de saúde deve proceder a elaboração de um “contrato antissuicídio”. Este nada mais é do que um acordo verbal construído conjunto e colaborativamente, visando prevenir a crise e combater o desejo de dar fim a vida. O profissional necessita construir uma relação de confiança com o paciente suicida, mostrando-se empático a sua dor e sofrimento, e se disponibilizar para discutir abertamente sobre o que o paciente pensa, considerando genuína a sua dor.

Além disso, pode-se investigar e construir juntamente com o paciente razões para não se suicidar, de modo que estas possam servir como projetos existenciais ao mesmo, restabelecendo esperança e proporcionando uma autopercepção concreta de motivos para viver. Estas podem servir como auxiliares para o momento em que o desejo de morrer se intensifique, sendo-lhe solicitado que o mesmo as relembre. Esses motivos podem ser descritos em uma folha de papel e podem ser retomadas sempre que o paciente sentir a necessidade. Intitulados como cartões de enfrentamento, estes são cartões que podem ser mantidos em locais de fácil acesso, no qual o paciente poderá ler o conteúdo destes em períodos regulares ou quando sentir a necessidade, até que possamos internalizar sua mensagem. O uso desses cartões, contendo enunciados e lembretes, têm sido utilizados amplamente em outros quadros, como dependência de substâncias, comportamentos ansiosos e episódios depressivos, podendo útil ao paciente em crise suicida<sup>18</sup>.

Em alguns casos, é importante disponibilizar um telefone, quer seja um serviço de apoio à pacientes em crise suicida ou até do próprio profissional, para que o paciente entre em contato quando estiver com ideação recorrente e em situação de desespero. Além disso, neste contrato, solicita-se ao paciente que o mesmo escolha uma ou duas pessoas próximas a ela, deixando contatos, que possam auxiliar, como uma rede de apoio ao manejo de situações de crise.

Comumente, estes contatos deixados pelo paciente são de familiares. Vale destacar que muitas vezes os familiares não entendem o que se passa com seu ente e manifestam reações disruptivas, apresentando-se



assustados, disfóricos e incompreensivos. Logo, é papel do profissional de saúde esclarecer, informar ou até prestar um espaço de conforto e escuta a esse familiar, oferecendo cuidado, apoio, zelo e esclarecimentos<sup>19</sup>.

Ademais, é importante empoderar o paciente de que ele não precisa sentir-se envergonhado ou menosprezado por pensar em dar fim a vida. Destaca-se que o sigilo deve ser mantido, a não ser em caso iminente de risco à vida. Sendo assim, quando constatado o risco à vida outras pessoas poderão ser contactadas. Ressalta-se que o paciente necessita ser informado disto.

De acordo com Lopes e Gonçalves<sup>7</sup> alguns sinais de perigo e risco são: o paciente apresentar um plano de ação para execução, se já houve uma ameaça anterior, apresentar-se isolado, se já houve tentativa e se o método utilizado é considerado letal. Estas autoras ressaltam ainda que o paciente suicida nem sempre quer de fato morrer. O suicídio pode emergir como uma tentativa de pedido de socorro, para lidar com um sofrimento, para dar fim a uma dor psicológica ou sentimentos de culpa e de ineficácia, por motivos passionais, para escapar de situações intoleráveis, como abusos físicos e sexuais, dentre outros, o que explicita a complexa rede de elementos associadas ao fenômeno.

### **Considerações finais**

Este ensaio buscou, sucintamente, promover uma discussão sobre o tema do suicídio, elencando aspectos relativos às estimativas epidemiológicas, como prevalência, e fatores associados, tais como psicopatologias e outras comorbidades. Mencionamos aspectos importantes a se investigar diante do paciente que apresenta risco ao suicídio e discorremos sobre o “contrato antissuicídio”. Asseveramos que a ideação, planejamento e tentativas de suicídio devem ser encarados com seriedade, como um sinal de alerta.

É necessário reconhecer se houve ou há intenção de morrer. Outro aspecto clínico a ser lembrado é que uma tentativa de suicídio é o principal fator de risco para uma futura efetivação desse intento. Logo, faz-se oportuno dar atenção genuína e especial a uma pessoa que tentou se suicidar, sendo esta uma das principais estratégias para se evitar um futuro suicídio e, em contrapartida, almejar a valorização da vida. O tema, apesar de ainda ser considerado tabu, necessita ser debatido entre os profissionais de saúde e a sociedade em geral, sob uma perspectiva protetiva, no que diz respeito a se tratar de um problema de saúde pública e que há outras possibilidades existenciais no horizonte da vida do sujeito que pensa no fenômeno. O profissional de saúde, independente de contexto e abordagem interventiva tem o papel primordial de cuidar, logo, faz-se necessário a implicação e corresponsabilização de todos que compõe o serviço, que seja na atenção primária a terciária, no acompanhamento do paciente com tal demanda. Este terá papel imprescindível na avaliação, intervenção, acompanhamento e cuidado ao paciente que apresente o comportamento suicida.



## Referências

1. Almeida AF. Efeito de Werther. *Anál Psicol* [Internet], 2000 Dec [cited 2017 May 30]; 18(1): 37-51. Available from: <http://publicacoes.ispa.pt/index.php/ap/article/view/420>
2. Vidal CEL, Gontijo ECDM, Lima LA. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. *Cad Saude Publica* [Internet], 2013 Jan [cited 2017 May 30]; 29(1): 175-87. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2013000100020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000100020&lng=en&nrm=iso)
3. Ramírez RH, Villar MBU, Jambrina JJM. El tratamiento del suicidio en la prensa española: ¿efecto werther o efecto papageno?. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr* [Internet], 2015 Mar [cited 2017 May 30]; 35(125): 123-34. Available from: <http://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352015000100009>
4. World Health Organization. Country reports and charts available [Internet]. Geneva: WHO; 2012 [cited 2017 May 30]. Available from: [www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/country\\_reports/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/country_reports/en/index.html)
5. Botega NJ. Comportamento suicida: epidemiologia. *Psicol USP* [Internet], 2014 Dec [cite 2017 May 30]; 25(3): 231-6. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-65642014000300231](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642014000300231)
6. Machado DB, Santos DN. Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012. *J Bras Psiquiatr* [Internet], 2015 Mar [cite 2017 May 30]; 64(1): 45-54. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0047-20852015000100045&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852015000100045&lng=en&nrm=iso)
7. Lopes FC, Gonçalves M. Roteiro de abordagem de quadros psiquiátricos nos serviços de urgência médica II – Tentativa de suicídio. *Psychiatry online* [Internet], 2010 Dec [cite 2017 May 30]; 15(1): 1-4. Available from: <http://www.polbr.med.br/ano10/prat0910.php>
8. Ribeiro DB, Terra MG, Schneider JF, Soccol KLS, Camillo LA, Plein FAS. Motivos da tentativa de suicídio expressos por homens usuários de álcool e outras drogas. *Rev Gaucha Enferm* [Internet], 2016 Mar [cited 2017 May 30]; 37(1): 1-7. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472016000100414&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000100414&lng=en&nrm=iso)
9. Pinto VCP, Alves JFC, Maia AC. Adversidade na infância prediz sintomas depressivos e tentativas de suicídio em mulheres adultas portuguesas. *Estud Psicol (Campinas)* [Internet], 2015 Dec [cited 2017 May 30]; 32(4): 617-25. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-166X2015000400617&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2015000400617&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)
10. Kuczynski E. Suicídio na infância e adolescência. *Psicol USP* [Internet], 2014 Dec [cite 2017 May 30]; 25(3): 246-52. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-65642014000300246&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642014000300246&lng=en&nrm=iso)
11. Minayo MCS, Teixeira SMO, Martins JCO. Tédio enquanto circunstância potencializadora de tentativas de suicídio na velhice. *Estud Psicol (Natal)* [Internet] 2016 Mar [cited 2017 May 30]; 21(1): 36-45. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-294X2016000100036&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2016000100036&lng=en&nrm=iso)
12. Barbosa FO, Macedo PCM, Silveira RMC. Depressão e o suicídio. *Rev SBPH* [Internet], 2011 June [cited 2017 May 30]; 14(1): 233-43. Available from: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582011000100013&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582011000100013&lng=pt&nrm=iso)

13. Vasconcelos JRO, Lobo APS, Melo Neto VL. Risco de suicídio e comorbidades psiquiátricas no transtorno de ansiedade generalizada. J Bras Psiquiatr [Internet], 2015 Dec [cited 2017 May 30]; 64(4): 259-65. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0047-20852015000400259&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852015000400259&lng=en&nrm=iso)
14. Minayo MCS, Cavalcante FG. Suicídio entre pessoas idosas: revisão da literatura. Rev Saude Publica [Internet], 2010 Aug [cite 2017 May 30]; 44(4): 750-7. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102010000400020](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000400020)
15. Minayo MCS, Cavalcante FG. Autópsias psicológicas e psicossociais de idosos que morreram por suicídio no Brasil. Cien Saude Colet [Internet], 2012 Aug [cite 2017 May 30]; 17(8): 1943-54. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012000800002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000800002)
16. Sousa GS, Silva RM, Figueiredo AEB, Minayo MCS, Vieira LJS. Circunstâncias que envolvem o suicídio de pessoas idosas. Interface comun saúde educ [Internet], 2014 June [cited 2017 May 30]; 18(49): 389-402. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832014000200389&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000200389&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)
17. Fukumitsu KO. O psicoterapeuta diante do comportamento suicida. Psicol USP [Internet], 2014 Dec [cite 2017 May 30]; 25(3): 270-5. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-65642014000300270](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642014000300270)
18. Range BP, Marlatt GA. Terapia cognitivo-comportamental de transtornos de abuso de álcool e drogas. Rev Bras Psiquiatr [Internet], 2008 Oct [cited 2017 May 30]; 30(sup.2): 88-95. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462008000600006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462008000600006&lng=en&nrm=iso)
19. Gutierrez BAO. Assistência hospitalar na tentativa de suicídio. Psicol USP [Internet], 2014 Dec [cite 2017 May 30]; 25(3): 262-9. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-65642014000300262&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642014000300262&lng=en&nrm=iso)

## Correspondência

*Rodrigo da S. Maia*

Avenida Senador Salgado Filho, s/n, Lagoa Nova

59078-970 Natal, RN, Brasil

Submetido em: 26/06/2017

Aceito em: 09/11/2017