



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

TRABALHO FINAL DO 6º ANO MÉDICO COM VISTA À ATRIBUIÇÃO DO GRAU DE MESTRE NO ÂMBITO DO CICLO DE ESTUDOS DE MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

JOÃO DA CRUZ PEREIRA SANTOS

A IDEIAÇÃO SUICIDA NA ADOLESCÊNCIA

TRABALHO DE REVISÃO

ÁREA CIENTÍFICA DE PSIQUIATRIA

**TRABALHO REALIZADO SOB A ORIENTAÇÃO DE:
PROF. DR. CARLOS BRAZ SARAIVA**

MAIO DE 2009

A Ideação Suicida na Adolescência

Suicide Ideation among Adolescents

João da Cruz Pereira Santos¹

Estudante de Medicina, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Resumo

Introdução: Os comportamentos suicidários na adolescência constituem actualmente um incontornável problema de saúde pública, sendo o suicídio uma das principais causas de morte nesta fase do ciclo de vida. Os fenómenos associados às condutas suicidas englobam um espectro alargado de pensamentos e comportamentos, sendo a ideação suicida o primeiro passo de um percurso, mais ou menos longo, que pode eventualmente conduzir à morte e que é sempre marcado pelo sofrimento. **Objectivos:** Este trabalho de revisão teve como propósito sistematizar de um modo abrangente, mas necessariamente sumário dada a vastidão do tema, o ponto da situação actual relativamente à compreensão do fenómeno suicida na adolescência. **Desenvolvimento:** Ao longo deste trabalho são abordados sucessivamente os seguintes pontos: definições, epidemiologia, ideação suicida, factores de risco, avaliação clínica, tratamento e estratégias de prevenção. **Conclusões:** Apesar da vasta informação já existente e dos avanços significativos que se têm verificado relativamente à compreensão dos comportamentos suicidários, existem ainda diversos aspectos chave que necessitam de clarificação adicional para melhorar a identificação precoce, o tratamento e a prevenção do suicídio e comportamentos relacionados na adolescência.

Palavras-chave: suicídio, ideação suicida, tentativa de suicídio, para-suicídio, adolescência, factores de risco, tratamento, prevenção.

¹ Correio electrónico: j_santos7@hotmail.com

Abstract

Introduction: Suicidal behaviours in adolescence are presently an public health issue than cannot be overlooked, in that suicide is one of the main causes for death in this life stage. The phenomena that are associated to suicide include a wide spectre of thoughts and behaviours, in which suicidal ideation is the first step on a road, of variable length, possibly leading to death, which is always ridden by suffering. **Objectives:** This descriptive dissertation aims to systematise, in a comprehensive and yet synthetic manner due to the extensive nature of this matter, the way in which the phenomena of suicide in adolescence is presently understood. **Development:** In this piece of work the following points are addressed: definitions, epidemiology, suicidal ideation, risk factors, clinical evaluation, treatment, and prevention strategies. **Conclusions:** Despite the vast amount of information available and the significant advances towards a better understanding of suicidal behaviours, there are various key issues that require additional clarification to improve early identification, the treatment and prevention of suicide and related behaviours in adolescence.

Key words: suicide, suicidal ideation, suicide attempt, parasuicide, adolescence, risk factors, treatment, prevention.

Índice

Introdução	4
1. Conceitos e definições essenciais	6
2. Epidemiologia	10
3. A ideação suicida	14
4. Factores de risco biológicos.....	17
5. Factores de risco psiquiátricos	18
6. Risco associado a suicidalidade prévia.....	20
7. Factores de risco familiares	22
8. Factores de risco sociais	23
9. Factores de risco psicológicos	25
10. Avaliação clínica.....	26
11. Tratamento	29
12. Estratégias de prevenção.....	33
Reflexão final.....	35
Referências.....	37

Introdução

Compreender totalmente o suicídio é uma tarefa que parece estar para além do nosso alcance. Os factores envolvidos são diversos e para cada indivíduo existe uma combinação única de factores biológicos, psicológicos, sociais e culturais. O suicídio não é um acto que possa ser avaliado isoladamente, mas sim a consequência limite de um processo. Por outro lado, a conduta suicida não é uma doença mas sim uma forma de comportamento cujas causas se têm vindo a compreender. Em muitos casos de suicídio é difícil responder à pergunta: «Porquê?». Para alguns, o acto de acabar com a própria vida poderá ser (Kutcher *et al.*, 2007):

- 1) Uma fuga ao desespero;
- 2) Um alívio para uma insuportável dor emocional, psicológica ou física;
- 3) Uma resposta a uma doença estigmatizante;
- 4) O resultado de alucinações ou delírios intensos;
- 5) Um testemunho de fidelidade ou devoção religiosa;
- 6) Um meio de reunião com um ente querido já falecido;
- 7) Uma forma de renascimento;
- 8) Um método de vingança.

Em qualquer dos casos, o suicídio é normalmente encarado como uma solução viável para os problemas do indivíduo ou como a única forma de pôr um fim ao seu sofrimento. Para Shneidman (1984) o que um indivíduo suicida procura verdadeiramente não é a sua morte ou auto-destruição, mas sim uma cessação completa da sua consciência. Ou seja, o suicídio será melhor compreendido como um movimento de fuga a um estado de sofrimento insuportável, do que como um movimento em direcção à morte. Shneidman (1984) salienta ainda que não é necessariamente anormal pensar no suicídio a menos que este seja encarado como a única solução possível. Vale a pena referir que muitas das pessoas que tentam suicidar-se mas que

acabam por não o conseguir passam a encarar a vida de forma produtiva. Ao reconhecer os factores de risco do suicídio e adquirindo a capacidade para identificar e fornecer intervenções apropriadas aos indivíduos com comportamentos suicidários, os profissionais de saúde podem ajudar o paciente a ultrapassar o sofrimento e, conseqüentemente, a escolher a vida em detrimento da morte (Kutcher *et al.*, 2007).

No ano 2000, aproximadamente um milhão de pessoas cometeu suicídio, o que corresponde a uma taxa de mortalidade global de 16 por 100.000 habitantes e a uma morte a cada 40 segundos. Estes números não incluem as tentativas de suicídio, que se estima serem até 20 vezes mais frequentes do que os suicídios consumados (World Health Organization, WHO, 2006).

O suicídio na adolescência, em particular, é um tema complexo cuja importância é muitas vezes subvalorizada, mas que durante o último quarto de século emergiu claramente como um importante problema de saúde pública a nível mundial. De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde, OMS (WHO, 1999), o suicídio é actualmente uma das três principais causas de morte entre os 15 e os 34 anos de idade em todos os países, situação que se verifica também para a faixa etária dos 15 aos 24 anos num grande número de países (Kutcher *et al.*, 2007). Na maioria dos países europeus, o suicídio corresponde à segunda causa de morte nos jovens, logo a seguir aos acidentes. A gravidade desta situação é reforçada pela noção de que os dados disponíveis subestimam o verdadeiro número de suicídios (WHO, 2006). Dados recentes têm ainda demonstrado que a tradicional predominância do suicídio entre a população mais idosa se tem vindo a alterar em muitos países, com um aumento significativo do número de suicídios em pessoas jovens (WHO, 1999).

Com este artigo procura-se sistematizar de um modo abrangente, mas necessariamente sumário dada a vastidão do tema, o ponto da situação actual relativamente à compreensão do fenómeno suicida na adolescência. Tendo a ideação suicida como ponto de partida, pretende-

se no entanto abordar todo o espectro dos fenómenos associados às condutas suicidas. O levantamento bibliográfico foi realizado essencialmente através de pesquisa na base de dados da *PubMed*, sendo os principais critérios de selecção a actualidade e relevância da informação. Foi também recolhida informação de alguns trabalhos de relevo de autores portugueses que se tem dedicado a esta matéria. Depois de explicitar alguns conceitos básicos, serão abordados sucessivamente os seguintes pontos: definições, epidemiologia, ideação suicida, factores de risco, avaliação clínica, tratamento e estratégias de prevenção.

1. Conceitos e definições essenciais

O sociólogo francês Durkheim (1897) definiu o suicídio como todo o caso de morte que resulta directa ou indirectamente de um acto positivo ou negativo, praticado pelo próprio indivíduo, conhecendo este o seu efeito letal. No entanto, os comportamentos suicidários não se limitam à morte por suicídio, englobando um espectro alargado e heterogéneo de pensamentos e comportamentos que apontam potencialmente para a morte mas que se aproximam dela em diferentes graus. Assim, conceitos como ideação suicida, ameaças e gestos suicidas, auto-lesões, tentativas de suicídio de baixa letalidade, tentativas de suicídio interrompidas ou quase fatais e suicídio consumado são alguns dos conceitos utilizados vulgarmente para descrever diferentes manifestações do comportamento suicidário. Estes conceitos podem ou não estar relacionados entre si, dependendo dos casos, não existindo necessariamente uma progressão linear entre eles. Assim, apesar de os pensamentos passivos de morte e o suicídio consumado representarem extremos do espectro de risco, todos estes comportamentos podem ter significados muito diferentes e evoluir de forma descontínua (Bursztein *et al.*, 2009).

Muitos dos termos associados ao suicídio têm sido utilizados pela comunidade médica e científica de uma forma confusa e pouco precisa, com claros prejuízos para o avanço do

conhecimento nesta área (De Leo *et al.*, 2006). Em 1996, O'Carroll *et al.* deram um importante contributo no sentido de sistematizar a terminologia associada ao suicídio. Recentemente, uma nova versão revista e actualizada da nomenclatura proposta por O'Carroll *et al.* foi apresentada por Silverman *et al.* (2007a e b), na esperança de contribuir para a clarificação e uniformização dos conceitos associados aos comportamentos suicidários.

Silverman *et al.* (2007b) dividem os pensamentos e comportamentos suicidários em três categorias:

- 1) Ideações relacionadas com o suicídio (*Suicide-Related Ideations*);
- 2) Comunicações relacionadas com o suicídio (*Suicide-Related Communications*);
- 3) Comportamentos relacionados com o suicídio (*Suicide-Related Behaviors*).

Um componente essencial para a distinção entre os vários tipos de comportamentos suicidários é o conceito de intenção suicida, que se relaciona com o propósito do comportamento e implica um desejo consciente de morrer por parte do indivíduo, ou pelo menos de pôr fim à vida tal como a conhecemos. É necessário distinguir ideação suicida de intenção suicida. Embora ambos os conceitos possam ser considerados cognições (em oposição a comportamentos ou acções físicas), as ideações possuem uma natureza puramente cognitiva, enquanto a intenção possui também um componente emocional bem como um maior grau de envolvimento mental. É também importante ter em atenção que o nível de intenção suicida de um indivíduo pode mudar rapidamente e sem grandes sinais de aviso (Silverman *et al.*, 2007a).

A ideação suicida define-se pela presença de pensamentos relacionados com auto-agressão ou morte auto-infligida, traduzindo uma ponderação por parte do indivíduo relativamente à possibilidade de acabar com a própria vida. A ideação suicida pode ou não estar associada a intenção suicida (Silverman *et al.*, 2007b).

As comunicações relacionadas com o suicídio implicam um acto interpessoal de transmissão de pensamentos, desejos ou intenções, para o qual existe evidência (explícita ou inferida) de que o acto não é em si próprio um comportamento auto-lesivo. Incluem-se nesta categoria as ameaças suicidas e os planos suicidas, que podem ser de natureza verbal ou não verbal. A ameaça suicida é um acto interpessoal de comunicação ou sugestão de que um comportamento suicidário poderá ocorrer num futuro próximo. Um plano suicida consiste na formulação sistemática de um programa de acção que poderá conduzir a auto-lesão. As comunicações relacionadas com o suicídio representam um ponto intermédio entre pensamentos privados acerca do suicídio (cognições) e acções dirigidas à auto-lesão (comportamentos). Tal como a ideação suicida, as comunicações suicidas também podem ou não estar associadas a intenção suicida (Silverman *et al.*, 2007b).

Por fim, os comportamentos relacionados com o suicídio são comportamentos que nem sempre resultam em morte, mas que estão relacionados com o processo ou conceito de morte auto-infligida. Fazem parte desta categoria:

- 1) As auto-lesões (*self-harm*) e a morte acidental auto-infligida, que se caracterizam pela ausência de intenção suicida;
- 2) Os comportamentos suicidários indeterminados e a morte auto-infligida com intencionalidade indeterminada, que se caracterizam pela incerteza relativamente à intencionalidade suicida;
- 3) As tentativas de suicídio e o suicídio, que se caracterizam pela presença de intenção suicida.

As auto-lesões traduzem de um modo geral uma resposta adaptativa deficiente que tem como objectivo alterar as circunstâncias de vida do indivíduo (intrapessoais ou interpessoais) recorrendo a comportamentos que simulam a intenção de acabar com a vida, mas que não são mais do que uma forma de chamar a atenção ou de aliviar temporariamente a tensão psicológica. A tentativa de suicídio é um acto destrutivo não fatal, realizado pelo próprio

indivíduo com intenção explícita ou inferida de provocar a morte. Se a tentativa de suicídio conduzir à morte é definida como suicídio. O suicídio representa uma solução final para obter libertação ou escapar de uma situação psicologicamente insuportável. Auto-lesões e tentativa de suicídio podem eventualmente co-existir num mesmo indivíduo, como acontece frequentemente no distúrbio de personalidade *borderline* (Silverman *et al.*, 2007b).

Outros termos bastante utilizados actualmente no âmbito da suicidologia não foram incluídos propositadamente na nomenclatura acima descrita, como é o caso dos conceitos de suicidalidade e gesto suicida. O termo suicidalidade engloba usualmente todos os fenómenos associados ao suicídio, sejam pensamentos ou comportamentos. Trata-se de um termo demasiado amplo e por isso com pouca utilidade prática. O gesto suicida pode ser entendido como uma forma comportamental de ameaça suicida, sendo caracterizado por um acto suicida de baixa letalidade e reduzida intenção suicida, que tem como objectivo influenciar o meio envolvente. No entanto, Silverman *et al.* (2007a) desaconselham o seu uso por ser um termo frequentemente utilizado de forma pouco precisa e ao qual está associada uma conotação negativa, devido ao seu carácter manipulativo. De qualquer modo, é importante ter a noção de que todos os pensamentos ou comportamentos suicidários, quer sejam gestos ou tentativas, devem ser levados a sério, pois traduzem sempre sofrimento e a necessidade de ajuda urgente (Saraiva, 2006).

O rigor na definição e utilização dos termos associados ao suicídio é fundamental, já que a confusão semântica e a não diferenciação entre as diferentes formas de comportamento suicidário podem dificultar a investigação – particularmente a investigação biológica onde uma incorrecta descrição do fenótipo pode ser crítica – e a comparação de resultados, ao mesmo tempo que prejudicam uma correcta aplicação dos novos avanços na prática clínica. Apesar disso, ainda não existe nenhum consenso alargado e universalmente aplicado no que diz respeito à utilização dos termos que descrevem os fenómenos associados à conduta

suicida, embora essa necessidade seja hoje em dia amplamente reconhecida (Bursztein *et al.*, 2009; Silverman, 2004).

2. Epidemiologia

Desde o início do século XX que a incidência do suicídio de jovens do sexo masculino aumentou de uma forma consistente, numa tendência apenas interrompida durante a primeira e segunda guerras mundiais. Esse aumento acentuou-se a partir da década de 60, atingindo um nível máximo durante a década de 90. Desde então tem-se assistido, na maioria dos países, a uma diminuição das taxas de suicídio entre os jovens (Bursztein *et al.*, 2009). O gráfico 1

mostra a evolução do suicídio em Portugal para a faixa etária dos 15 aos 24 anos, entre os anos de 1980 e 2002 (Fonte: Organização Mundial de Saúde *in* Sociedade Portuguesa de Suicidologia, www.spsuicidologia.pt). Várias possíveis explicações para esta diminuição têm sido avançadas, nomeadamente o

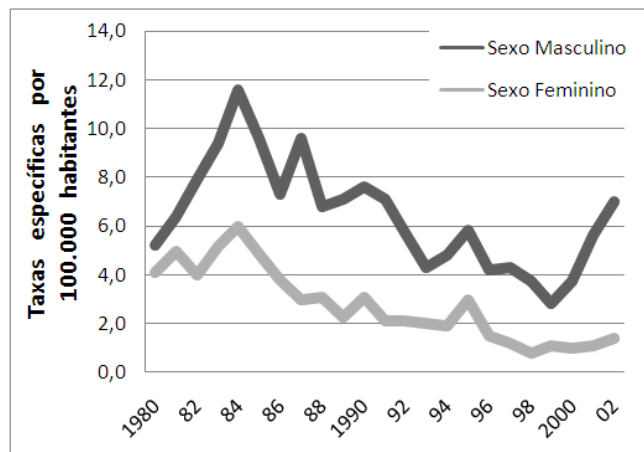


Gráfico 1 - Evolução do suicídio em Portugal para a faixa etária dos 15-24 anos entre 1980 e 2002.

aumento do uso de antidepressivos na população adolescente, em especial os inibidores selectivos da recaptção da serotonina (ISRS) introduzidos na década de 80. Gibbons *et al.* (2007), em consonância com outros autores (Olfson *et al.*, 2003; Ludwig *et al.*, 2005; Brent, 2007; Katz *et al.*, 2008) apoiam com convicção esta hipótese, relacionando também o aumento do suicídio entre jovens que se verificou entre 2003 e 2005 nos EUA (14%) e na Holanda (49%) com os alertas de saúde pública realizados pelos reguladores europeus e americanos sobre a possível associação entre o uso de antidepressivos e ideação suicida. No entanto, outros autores (Wheeler *et al.*, 2008; Biddle *et al.*, 2008a) têm refutado esta hipótese,

não encontrando um aumento do suicídio de jovens em Inglaterra, apesar da redução no uso de antidepressivos em indivíduos com menos de 18 anos. A controvérsia continua, no entanto a restrição no uso de antidepressivos em jovens deve ser abordada com precaução, dada a importância da depressão como factor de risco para o suicídio. Uma outra explicação avançada para o recente declínio do suicídio de jovens nos EUA e na Austrália é a implementação de leis mais restritivas relativamente ao uso de armas (Webster *et al.*, 2004).

De acordo com dados publicados pela OMS em 2002 (Tabela I), o suicídio de jovens é particularmente elevado na Rússia (33,4 por 100.000 habitantes/ano), nos países da antiga união soviética, nos países escandinavos, na Irlanda e na Nova Zelândia. Países como os EUA (10,2 por 100.000 habitantes/ano), o Japão, a Alemanha e a Inglaterra surgem numa posição intermédia. Portugal aparece com umas das taxas mais baixas: 2,4 por 100.000 habitantes/ano (Bridge *et al.*, 2006).

As taxas de suicídio aumentam consistentemente da infância para a adolescência, sendo o suicídio muito mais frequente após a puberdade, uma situação explicada fundamentalmente pela maior prevalência de psicopatologia nos adolescentes, o facto de serem cognitivamente mais capazes para planear e executar o suicídio (Brent *et al.*, 1999; Shaffer *et al.*, 1996),

País	Ano	M	F	Global
Rússia	2002	56,9	9,2	33,4
Lituânia	2002	59,4	5,9	33,1
Finlândia	2000	-	-	19,9
Nova Zelândia	2000	30,4	5,7	18,2
Irlanda	2000	25,3	6,5	16,1
Noruega	2001	22,1	7,6	15,0
Canada	2000	20,2	5,5	13,0
Austrália	2001	20,7	4,8	12,9
Áustria	2002	20,1	3,6	12,0
Suíça	2000	18,5	4,9	11,8
Japão	2000	15,8	6,9	11,5
Polónia	2001	19,3	2,4	11,0
EUA	2000	17,0	3,0	10,2
República Checa	2001	17,2	2,6	10,1
França	1999	12,3	3,4	7,9
Alemanha	2001	12,4	2,7	7,7
Suécia	2001	11,2	3,6	7,5
China (áreas seleccionadas)	1999	5,4	8,6	6,9
Inglaterra	1999	10,6	2,5	6,7
Israel	1999	11,4	1,3	6,5
Argentina	1996	8,8	3,4	6,1
Holanda	2000	9,4	1,9	5,7
Espanha	2000	7,7	1,5	4,7
México	1995	7,6	2,0	4,7
Itália	2000	6,7	1,6	4,2
Portugal	2000	3,7	1,0	2,4

Tabela I – Taxas de suicídio entre os 15-24 anos em países seleccionados (Fonte: OMS, adaptado de Bridge *et al.*, 2006).

bem como o facto de receberem maior autonomia e menor supervisão por parte dos pais, o que aumenta as oportunidades de desconexão e torna menos provável o reconhecimento do risco iminente (Bridge *et al.*, 2006).

À excepção da China (país em que o estatuto social das mulheres é bastante inferior ao dos homens por motivos culturais), o suicídio é mais frequente nos rapazes em todos os países para os quais existem dados disponíveis, uma situação que contrasta com a maior incidência de ideação suicida e de tentativas de suicídio entre as raparigas após a puberdade (Fergusson *et al.*, 2000; Grunbaum *et al.*, 2004). Estas diferenças estão muito provavelmente relacionadas com a maior probabilidade de os rapazes apresentarem múltiplos factores de risco, como a coexistência de perturbações do humor e abuso de substâncias psico-activas, com o seu maior nível de agressividade e com o facto de escolherem habitualmente métodos mais letais (Brent *et al.*, 1999; Shaffer *et al.*, 1996).

A exposição a transformações culturais rápidas é também um factor que parece contribuir para o aumento das taxas de suicídio nos jovens. Fenómenos de assimilação e perda de práticas culturais tradicionais podem aumentar a alienação, o conflito intra-geracional e conduzir a uma situação de desorientação, já que a incapacidade de criar uma identificação forte tanto com a cultura tradicional como com a cultura alternativa pode prejudicar a aquisição de referências sólidas (Bridge *et al.*, 2006). Por exemplo, o aumento do suicídio entre as mulheres chinesas poderá estar relacionado com a perturbação da estrutura familiar e a marginalização das mulheres em consequência da rápida transição de uma sociedade agrária tradicional para uma moderna sociedade capitalista urbana (Ji *et al.*, 2001; Law *et al.*, 2008). Nos EUA, as tentativas de suicídio e as taxas de suicídio são especialmente elevadas entre os povos nativos (Borowsky *et al.*, 1999), um padrão que se observa um pouco por todo o mundo entre as populações indígenas depois de contactarem com o dito homem moderno (Beautrais, 2001; Boothroyd *et al.*, 2001; Cantor *et al.*, 2000). Tradicionalmente, o número de

suicídios nos EUA é mais elevado entre os indivíduos de raça branca, no entanto esta diferença tem-se atenuado devido a um aumento das taxas de suicídio entre jovens afro-americanos do sexo masculino (Joe *et al.*, 2002), porque os factores de protecção tradicionais se diluem à medida que o processo de assimilação progride.

Um outro dado epidemiológico recente e de relevo, relativamente ao suicídio em jovens, diz respeito às diferenças encontradas entre alguns países asiáticos e os países ocidentais. Na China, no sul da Índia e em Singapura, existe um elevado número de suicídios no sexo feminino, ao contrário do que é habitual (Vijayakumar *et al.*, 2005). Muitos destes casos de suicídio em mulheres jovens parecem estar associados a tentativas de suicídio impulsivas usando pesticidas, num cenário de dificuldade de acesso a cuidados médicos de emergência (Law *et al.*, 2008; Li *et al.*, 2008). Estes achados têm importantes implicações teóricas, pois colocam em causa a ideia relativamente disseminada na comunidade médica de que as sobredosagens em adolescentes do sexo feminino carecem de verdadeira intenção suicida, uma situação que contribuiu aliás para a adopção do termo para-suicídio. No contexto asiático estas tentativas de suicídio impulsivas continuam a ocorrer apesar do resultado letal óbvio. (Bursztein *et al.*, 2009) Nestes países a restrição no uso de pesticidas é uma medida preventiva evidente e imprescindível, como Gunnell *et al.* (2007) demonstraram num estudo realizado no Sri Lanka.

Relativamente aos métodos de suicídio utilizados, o uso de armas de fogo, o enforcamento e o envenenamento são os três mais frequentes, respectivamente, nos EUA. Na maioria dos restantes países ocidentais, o enforcamento e a intoxicação com gases de exaustão de veículos motorizados são os métodos mais comuns, seguidos pelo uso de armas de fogo e pelo envenenamento (Beautrais, 2000; Cantor *et al.*, 2000). Em Portugal, predominam o enforcamento, as armas de fogo, o envenenamento e a precipitação (Saraiwa, 2006).

A ideação suicida na adolescência tem uma prevalência pontual de aproximadamente 15

a 20%, variando em severidade desde pensamentos de morte e ideação passiva até ideação suicida com intenção clara ou planos específicos. Já as taxas anuais de tentativa de suicídio entre adolescentes que necessitaram de assistência médica situam-se na ordem dos 1 a 3% (Grunbaum *et al.*, 2004). No entanto estes números não reflectem a totalidade das tentativas de suicídio, já que alguns casos podem não ser correctamente catalogados e nem sempre existe uma procura de cuidados médicos.

3. A ideação suicida

A importância da ideação suicida, particularmente na adolescência, e a sua relação com morbilidade psiquiátrica e suicídio, continua a ser um tema de debate (Reinherz *et al.*, 2006). Grande parte da literatura científica relacionada com o fenómeno suicida aborda especificamente, e de uma forma isolada, as tentativa de suicídio e o suicídio. No entanto, os profissionais desta área têm vindo a prestar cada vez mais atenção aos pensamentos e comportamentos que antecedem o acto suicida propriamente dito. De facto, a ideação suicida e as comunicações relacionadas com o suicídio precedem frequentemente os actos dirigidos para acabar com a própria vida, pelo que o suicídio pode ser entendido como o completar de um processo que começa com a ideação suicida e progride para as tentativas de suicídio e para o suicídio (Wilburn *et al.*, 2005). O'Carroll *et al.* (1996) consideraram a existência de uma continuidade entre o pensamento suicida (“tenho pensado em matar-me”), a intenção suicida (“quero morrer”) e o plano suicida (“tenho um plano para concretizar a minha morte”), seguindo o raciocínio lógico de que o indivíduo não seria capaz de elaborar um plano para se suicidar sem ter pensado sobre o assunto (ideação) e ter o desejo de passar do pensamento à acção (intenção). Devido a esta progressão natural do pensamento para a acção, parece razoável que os investigadores explorem a noção de ideação suicida em maior profundidade (Wilburn *et al.*, 2005). Num estudo de Reinherz *et al.* (2006), apesar de apenas

29% dos indivíduos com ideação suicida terem tentado o suicídio entre os 15 e os 30 anos, o risco de o fazerem mostrou ser 12 vezes superior em relação a indivíduos sem ideação suicida.

A prevalência de ideação suicida na população adolescente é relativamente elevada, sendo mais frequente no sexo feminino. Os dados da literatura variam entre 5% no sexo masculino em França e 47% no sexo feminino nos EUA (Groleger *et al.*, 2003). Em Portugal, os dados existentes relativamente à prevalência de ideação suicida na adolescência variam entre os 34% de um estudo de Sampaio *et al.* (2000), referente a uma amostra de 822 jovens do ensino secundário de quatro regiões (Lisboa, Santarém, Guimarães e Évora), e os 50% encontrados por Oliveira (2004) numa amostra de 625 estudantes entre os 15 e os 18 anos.

Apesar das diferentes perspectivas que existem acerca da seriedade e consequências dos pensamentos relacionados com o suicídio na adolescência, a crença de que a ideação suicida poderia ser um sintoma normal desta fase da vida especialmente conturbada, devido à sua elevada prevalência, tem sido contrariada por descobertas que apontam para uma relação entre ideação suicida na adolescência e o aparecimento de psicopatologia na idade adulta. Na realidade, a seriedade da ideação suicida como indicador de doença psiquiátrica e marcador de sofrimento psicológico tem sido confirmada por vários estudos, que têm demonstrado que a ideação suicida não só surge associada a morbilidade psiquiátrica, como também pode ser um factor preditivo de psicopatologia futura, em especial no que diz respeito a distúrbios do humor, de ansiedade e abuso de substâncias, tanto em adolescentes como em adultos jovens (Reinherz *et al.*, 2006). Para além disso, a ideação suicida também tem sido relacionada com défices de funcionamento emocional e comportamental (como por exemplo baixa auto-estima e sintomas depressivos) que se estendem para além da adolescência, permanecendo durante o início da idade adulta (Reinherz *et al.*, 2006).

As tentativas de suicídio que ocorrem sem ideação suicida prévia podem ser entendidas

como actos impulsivos, que mais frequentemente surgem associados a distúrbios do comportamento e abuso de substâncias (Shaffer *et al.*, 1996). Mas para Silverman *et al.* (2007a) a ideação e a intenção suicida permanecem como componentes chave mesmo considerando a influência potencial da impulsividade. Em indivíduos impulsivos é natural que a ideação e a intenção suicida se alterem rapidamente, dado o seu carácter fluido e dinâmico. E, muitas vezes, aquilo que aparenta ser um acto impulsivo poderá na realidade ser o culminar de um processo de ponderação e planeamento que já se tinha vindo a desenvolver ao longo do tempo mas para o qual ainda não tinha sido atingido o ponto de rotura (Goldney, 1998).

Vários factores têm sido associados à ideação suicida, com um estudo de Field *et al.* (2001) a demonstrar que três quartos da variância da ideação suicida poderiam ser explicados com apenas quatro variáveis:

- 1) depressão;
- 2) isolamento/solidão;
- 3) cólera/agressividade;
- 4) abuso de substâncias.

Em Portugal, Oliveira (2004) encontrou, para a faixa etária dos 15 aos 18 anos, uma relação positiva entre ideação suicida e a preferência por música mais pesada, *rock/grunge/metal*, o que era particularmente evidente entre os mais novos, em especial nos rapazes, em concordância com os resultados obtidos por Scheel *et al.* (1999). Também em Portugal, num estudo realizado por Almeida (2006), incidindo sobre uma amostra de 364 estudantes universitários da grande Lisboa, a ideação suicida correlacionou-se positivamente e de forma significativa com o perfeccionismo, especialmente nos mais jovens. No entanto, existem alguns estudos em que a relação entre perfeccionismo e suicídio não foi confirmada ou foi atenuada depois de ajustar os resultados tendo em conta a presença de psicopatologia (Shaffer *et al.*, 1996; Gould *et al.*, 1998).

Devido ao papel que desempenha na etiologia do suicídio e no desenvolvimento de psicopatologia, é fundamental que a ideação suicida seja contemplada em iniciativas de prevenção e intervenção juntamente com os restantes factores de risco, tanto a nível clínico como comunitário, com o objectivo de promover uma identificação precoce, aliviar o sofrimento associado e evitar consequências futuras negativas (Reinherz *et al.*, 2006).

4. Factores de risco biológicos

Os comportamentos suicidários demonstram uma tendência familiar e hereditária marcada. Estudos familiares, de gémeos e de adopção têm mostrado que tanto as tentativas de suicídio como o suicídio consumado fazem parte de um fenótipo clínico que é transmitido de pais para filhos. Tanto as tentativas de suicídio como o suicídio são mais frequentes em familiares de indivíduos que tentaram ou concretizaram o suicídio, o que apoia a hipótese de que o fenótipo transmitido é uma tendência para os comportamentos suicidários, os quais variam em termos de grau de letalidade. E esta relação mantém-se mesmo depois de ajustar os resultados para a presença de perturbações psiquiátricas na família e descendência, indicando que os comportamentos suicidários são transmitidos na família independentemente da doença psiquiátrica (Brent *et al.*, 2005). Uma taxa entre 2 a 6 vezes superior de comportamentos suicidários é encontrada nos familiares de adolescentes que se suicidaram ou tentaram o suicídio, mesmo depois de controlar os resultados para as taxas mais elevadas de psicopatologia na família (Bridge *et al.*, 2006). Uma grande carga familiar de comportamentos suicidários foi associada a um risco aumentado e a um início mais precoce de tentativas de suicídio na descendência, sugerindo que o comportamento suicidário de início precoce poderá ter uma particular tendência familiar (Brent *et al.*, 2003).

É possível que a agressividade/impulsividade (*impulsive aggression*) seja a dimensão psicológica básica transmitida (Melhem *et al.*, 2007; Brent *et al.*, 2008) e que o mecanismo

biológico envolvido passe por alterações do metabolismo central da serotonina (Mann *et al.*, 2007). Níveis baixos de ácido 5-hidroxiindolacético (5-HIAA), um metabolito da serotonina, no líquido céfalo-raquídeo (LCR) foram associados a agressividade impulsiva e comportamentos suicidários em adultos com diversas condições psiquiátricas (Mann, 1998). Pandey *et al.* (2002; 2004) em estudos *post-mortem* de adolescentes suicidas demonstraram um aumento dos receptores 5-HT_{2a} no córtex pré-frontal e no hipocampo, bem como alterações na actividade da *protein kinase A e C* (PKA e PKC), do CREB (*cAMP Response Element Binding*) e do BDNF (*Brain-derived Neurotropic Factor*). Estas alterações são semelhantes às encontradas em adultos e sugerem o envolvimento do sistema serotoninérgico, bem como de sistemas de sinalização e modulação celular. Num estudo longitudinal prospectivo de uma coorte de nascimentos da Nova Zelândia, Caspi *et al.* (2003) descobriram que o alelo *s* do transportador da serotonina (*Serotonin Transporter-Linked Polymorphic Region, 5-HTTLPR*), na presença de acontecimentos de vida adversos, condicionava taxas aumentadas de depressão e comportamentos suicidários.

5. Factores de risco psiquiátricos

Quase 90% de todos os jovens que se suicidam têm algum tipo de distúrbio psiquiátrico, acontecendo o mesmo com aproximadamente 80% dos jovens que tentam o suicídio. As perturbações de humor contribuem com especial relevo para o risco de suicídio ou tentativa de suicídio entre os jovens, seguidas pelo abuso de substâncias e pelos problemas comportamentais (Shaffer *et al.*, 1996; Gould *et al.*, 1998).

O abuso de substâncias (álcool e drogas) é particularmente importante em adolescentes mais velhos do sexo masculino quando em co-morbilidade com perturbações do humor ou comportamento disruptivo (Shaffer *et al.*, 1996; Brent *et al.*, 1999). Um outro dado importante é que o abuso de substâncias é mais frequente em jovens que tentam o suicídio do

que naqueles que apenas apresentam ideação suicida, sugerindo que o consumo de álcool ou drogas psico-ativas poderá facilitar a transição da ideação para o comportamento suicida (Gould *et al.*, 1998). Estudos recentes encontraram uma forte associação entre o consumo periódico excessivo e rápido de álcool (*binge drinking*) e a existência de ideação e comportamentos relacionados com o suicídio, sugerindo que esta prática com importância crescente entre os jovens pode de facto representar um sério factor de risco em populações vulneráveis (Schaffer *et al.*, 2008).

O contributo das perturbações de ansiedade para o suicídio em adolescentes parece ser mediado pela sua associação a perturbações de humor e outras condições (Shaffer *et al.*, 1996). No entanto, os ataques de pânico foram associados a um aumento do risco de comportamentos suicidários, mesmo depois de ajustar os resultados tendo em conta a presença de outras perturbações (Gould *et al.*, 1998).

Indivíduos com perturbações psicóticas também têm um risco aumentado de suicídio ou de tentativa de suicídio, embora mais frequentemente os comportamentos suicidários só se manifestem no início da idade adulta. Nestas situações o *insight* (senso crítico; consciência da doença, das suas consequências e da necessidade de tratamento) parece ser um importante factor de risco. Schwartz-Stav *et al.* (2006) mostraram que pacientes adolescentes com melhor *insight*, e por isso com melhor prognóstico, têm maior probabilidade de se tornar deprimidos e suicidas. No caso de doentes esquizofrénicos, o *insight* costuma ser mais acentuado em jovens, os quais possuem um risco três vezes superior de suicídio quando comparados com esquizofrénicos adultos (Pompili *et al.*, 2007).

Taxas elevadas de comportamentos suicidários surgem também associadas aos distúrbios alimentares, um problema frequente na adolescência, embora esse facto se explique primariamente pela relação com depressão e agressividade, que também são comuns nos jovens com distúrbios alimentares (Miotto *et al.*, 2007).

Estudos baseados em autópsias psicológicas mostraram que em até 70% dos jovens que cometem suicídio é possível identificar duas ou mais condições psiquiátricas, com o risco de suicídio a aumentar com o aumento da co-morbilidade (Brent *et al.*, 1999; Shaffer *et al.*, 1996). A combinação de distúrbios do humor, disruptivos e abuso de substâncias é uma conjugação particularmente potente para o aparecimento de comportamento suicidário (Brent *et al.*, 1999; Shaffer *et al.*, 1996; Gould *et al.*, 1998; Lewinsohn *et al.*, 1996).

Embora a presença de distúrbios psiquiátricos seja muito frequente no suicídio em adolescentes como um todo, cerca de 40% dos jovens que se suicidam com menos de 16 anos não aparentam sofrer de qualquer distúrbio psiquiátrico, apresentando um padrão de baixa intenção suicida associado a uma maior disponibilidade de meios letais (Brent *et al.*, 1999; Shaffer *et al.*, 1996).

A incapacidade funcional associada a doenças físicas (como epilepsia, diabetes e outras doenças crônicas) também tem sido relacionada com o desenvolvimento de comportamentos suicidários (Lewinsohn *et al.*, 1996). Por outro lado, com grande frequência outros comportamentos de risco para a saúde acompanham os comportamentos suicidários, tal como o uso de tabaco, o consumo intempestivo de comida ou álcool (*binge eating e binge drinking*), o transporte de armas e a prática de sexo não protegido (King *et al.*, 2001).

6. Risco associado a suicidalidade prévia

Tem sido demonstrado que quanto mais severa e persistente for a ideação suicida, maior é a probabilidade de existir uma evolução para o suicídio ou tentativa de suicídio. De igual modo, a presença de ideação suicida intensa aumenta o risco de recidiva do comportamento suicidário após uma tentativa de suicídio (Lewinsohn *et al.*, 1996).

Uma tentativa de suicídio prévia é um dos factores de risco mais potentes para o suicídio subsequente em jovens (Brent *et al.*, 1999). Num estudo prospectivo de 7968 casos

de tentativas de suicídio em Inglaterra, Cooper *et al.* (2005) concluíram que os indivíduos que cometem tentativas de suicídio têm um risco 30 vezes superior ao da população em geral de vir a morrer por suicídio. O risco de repetição do comportamento suicidário é mais elevado nos primeiros 3 a 6 meses após uma tentativa de suicídio, mas permanece elevado relativamente à população em geral pelo menos por 2 anos (Goldston *et al.*, 1999). Tentativas de suicídio com um elevado risco de letalidade (por exemplo: armas de fogo, enforcamento ou precipitação de locais elevados) associam-se a um risco extremamente elevado de suicídio no futuro. No entanto, uma tentativa de suicídio com baixa letalidade não significa necessariamente a existência de uma reduzida intenção suicida, principalmente em crianças mais jovens que dispõem de menos maturidade cognitiva para delinear e executar com eficácia um plano suicida. Por outro lado, uma tentativa de suicídio associada a uma baixa intenção poderá resultar num elevado risco de letalidade em indivíduos impulsivos que tenham à sua disposição agentes altamente letais (Gunnell *et al.*, 1997).

A intenção suicida, que corresponde ao grau de intensidade do desejo de morrer, é uma importante variável preditiva da repetição do comportamento suicidário. O nível de intenção suicida está relacionado com quatro factores:

- 1) A crença acerca da intenção;
- 2) A preparação para o acto;
- 3) A prevenção da descoberta;
- 4) A comunicação do desejo de morrer.

A evidência de planeamento, de temporização para evitar a detecção e a confidência da vontade de morrer ou de planos suicidas elevam a probabilidade de consumação do suicídio (Bridge *et al.*, 2006). De igual modo, quando a motivação para o suicídio é expressa como uma vontade de morrer ou de escapar definitivamente a uma situação psicologicamente dolorosa, a intenção suicida parece ser maior (Goldston *et al.*, 2001).

Os conflitos interpessoais e situações de perda são os factores precipitantes de comportamento suicidário mais comuns entre adolescentes, especialmente quando existe abuso de substâncias. Em jovens com problemas comportamentais e abuso de substâncias, os problemas legais e disciplinares são precipitantes frequentes (Brent *et al.*, 1999).

7. Factores de risco familiares

Vários factores têm sido implicados na transmissão familiar não genética do comportamento suicidário, nomeadamente a separação parental, o divórcio, a discórdia familiar e o abuso infantil (Brent *et al.*, 2008; Brodsky *et al.*, 2008). No entanto, a relação entre desestruturação familiar e suicídio poderá ser explicada em parte pela presença de uma maior taxa de psicopatologia nos casais cuja relação termina em divórcio (Johnson *et al.*, 2002). A psicopatologia parental, nomeadamente depressão, abuso de substâncias psico-activas e comportamento anti-social, é de facto um factor de risco comprovado para tentativa de suicídio e suicídio em jovens. A qualidade da relação entre cada um dos pais e a criança pode também influenciar o impacto que o divórcio exerce sobre a criança (Fergusson *et al.*, 2000).

A qualidade das relações familiares tem demonstrado ser um factor importante na equação de risco do suicídio, particularmente a qualidade da relação entre a criança e o pai. Também a percepção de ausência de suporte ou disponibilidade por parte dos pais foi relacionada com tentativas de suicídio em adolescentes. Pelo contrário, a coesão familiar, uma conexão positiva entre a criança e os pais, o dispêndio de tempo em conjunto, a supervisão parental e elevadas expectativas académicas e comportamentais parecem ser factores protectores (Fergusson *et al.*, 2000; Borowsky *et al.*, 1999).

Os maus tratos físicos e o abuso sexual têm sido fortemente associados a comportamentos suicidários, em especial este último (Borowsky *et al.*, 1999; Brent *et al.*,

1999; Molnar *et al.*, 2001; Saraiva, 2006), com um risco bastante mais elevado após abuso sexual de maior gravidade, como relações sexuais completas (Johnson *et al.*, 2002). Embora a contribuição do abuso sexual para o aparecimento de comportamentos suicidários pareça ser mediada por um risco aumentado de psicopatologia, poderá existir um efeito independente tanto em relação ao risco como ao desenvolvimento precoce de tentativa de suicídio (Molnar *et al.*, 2001).

É importante ter também em atenção que o abuso infantil contribui para a transmissão familiar da tendência suicida, já que uma história parental de abuso aumenta o risco de a criança ser abusada, o que por sua vez aumenta o risco de a criança tentar o suicídio. Assim, os maus tratos são um factor de risco para o suicídio não apenas para os indivíduos vítimas de abuso enquanto crianças, mas também para a sua descendência (Brent *et al.*, 2003).

8. Factores de risco sociais

Dois factores de risco que recentemente foram associados com comportamentos suicidários e depressão são a vitimização entre pares (Klomek *et al.*, 2008) e o *bullying* (prática de agressão física ou emocional intencional e repetida de indivíduos indefesos) (Brunstein *et al.*, 2007). Estes fenómenos parecem ser um problema comum entre crianças e adolescentes, com aproximadamente 10 a 20% dos estudantes do ensino secundário nos EUA referindo vitimização moderada a frequente e 13% referindo práticas de *bullying*. Tanto as vítimas como os agressores apresentam um risco elevado de suicídio, o qual é mais acentuado nos adolescentes que são simultaneamente vítimas e agressores (Brunstein *et al.*, 2007).

Os jovens que se desligam dos meios de suporte tradicionais, como a escola, o trabalho e a família, parecem estar sujeitos a um risco de suicídio muito elevado, especialmente no contexto de outros factores de risco que possam ter contribuído para o seu afastamento (Gould *et al.*, 1996).

A influência que os meios de comunicação exercem sobre os comportamentos suicidários, funcionando como estímulo à sua propagação, foi objecto de extensa pesquisa nas últimas décadas. Tem sido demonstrado que um número reduzido mas estatisticamente significativo de suicídios e tentativas de suicídio em adolescentes ocorre em pequenos aglomerados no tempo e espaço, compatíveis com os mecanismos de contágio e imitação. Este fenómeno parece limitado a adolescentes e adultos jovens (Gould, 2001). A divulgação do suicídio, quer através de jornais, rádio, televisão ou obras ficcionais, é seguida por um aumento das taxas de suicídio e tentativa de suicídio. Os factores que aumentam a probabilidade de imitação incluem a quantidade de publicitação e a notoriedade da vítima (Gould, 2001). A apresentação do suicídio de um ponto de vista factual, realçando a sua relação com perturbações psiquiátricas, foi associada a um menor risco de imitação (Stack, 2005). Existe alguma evidência de que a imitação poderá ser específica quanto ao método utilizado. Já o impacto da *internet*, uma fonte de informação cada vez mais popular, permanece ainda largamente desconhecido, apesar da noção da sua importância crescente tanto como veículo de promoção como de prevenção do suicídio. Actualmente existe um grande número de sítios na *internet*, facilmente acessíveis, que descrevem pormenorizadamente diversos métodos de suicídio com elevado potencial de letalidade, o que alerta para a importância de conhecer os hábitos de utilização da *internet* em indivíduos vulneráveis (Biddle *et al.*, 2008b; Roque *et al.*, 2007). Ainda assim, de acordo com um estudo de Recupero *et al.* (2008), existe um número bastante mais elevado de sítios dedicados à prevenção do suicídio do que à sua promoção. Em Portugal, tanto a Sociedade Portuguesa de Suicidologia (www.spsuicidologia.pt) como o Núcleo de Estudos do Suicídio (www.tu-importas.com) disponibilizam nos respectivos sítios da *internet* informação dirigida à prevenção do suicídio, mas várias outras instituições assumem igualmente essa tarefa. Tal como tem acontecido relativamente a outros problemas levantados pelo avanço tecnológico,

parece legítimo ponderar a implementação de legislação internacional que limite as práticas de incentivo ao suicídio na *internet* (Roque *et al.*, 2007).

9. Factores de risco psicológicos

A agressividade e a impulsividade são traços de personalidade altamente relacionados com comportamentos suicidários na adolescência (Beautrais *et al.*, 1999). Níveis elevados de agressividade impulsiva (*impulsive aggression*) desempenham um papel importante no suicídio de indivíduos mais jovens, com um impacto que diminui progressivamente com o aumento da idade (McGirr *et al.*, 2008). De acordo com um estudo de Kerr *et al.* (2007), a agressividade poderá também acentuar outros factores de risco para o suicídio, potenciando o aparecimento de tentativas de suicídio. Uma hipótese avançada por Brent *et al.* (2005) é que a agressividade poderá marcar uma tendência disposicional para agir impulsivamente perante situações negativas e, dessa forma, facilitar, em alguns indivíduos, a passagem ao acto em caso de ideação suicida.

Um outro factor de risco que recentemente tem sido investigado relaciona-se com as memórias autobiográficas, uma teoria avançada inicialmente por Williams (1996) ao sugerir que os indivíduos com comportamentos suicidários falham na capacidade cognitiva de recordar memórias autobiográficas específicas, produzindo antes memórias de âmbito geral e inespecífico. Isto significa que, por exemplo, tais indivíduos não são capazes de recordar tudo aquilo que vivenciaram com um determinado amigo no passado, limitando-se – numa situação extrema – a recordar que tiveram um amigo. Tal situação tem como resultado um reportório de experiências acumuladas do passado muito mais reduzido, o que limita a capacidade para encontrar soluções efectivas perante problemas interpessoais (Arieë *et al.*, 2008). Arieë *et al.* (2008) apoiaram a noção avançada por Williams (1996) de que memórias autobiográficas de âmbito geral estão associadas a desesperança, défices na resolução de

problemas interpessoais, acontecimentos de vida negativos e comportamento suicidário.

Crane *et al.* (2007) relacionaram a suicidalidade com défices na capacidade de reflexão, ao estudar indivíduos deprimidos com comportamentos suicidários. Um outro estudo encontrou dificuldades no processo de tomada de decisão em adolescentes que apresentavam comportamentos de auto agressão, mas não naqueles com história prévia de auto agressão, sugerindo que intervenções dirigidas com o objectivo de melhorar a capacidade de tomar decisões podem contribuir para a cessação de comportamentos auto agressivos (Oldershaw *et al.*, 2008).

Em alguns estudos, o neuroticismo, caracterizado por uma tendência inata para reagir de forma mais prolongada e severa do que o habitual ao *stress*, foi identificado como um marcador de risco com alguma relevância (Beautrais *et al.*, 1999). Também a baixa auto-estima e a desesperança têm sido associadas a comportamentos suicidários, embora a sua importância como marcadores de risco seja normalmente atenuada depois de ajustar os resultados tendo em conta a presença de depressão (Bridge *et al.*, 2006).

10. Avaliação clínica

Embora em termos gerais os princípios da avaliação clínica dos indivíduos com comportamentos suicidários se encontrem razoavelmente estabelecidos entre os profissionais de saúde mental, persistem as dificuldades relativamente à criação de métodos de avaliação objectiva. Este facto reflecte a problemática que ainda existe no que diz respeito à compreensão e articulação das diversas manifestações e variáveis que integram o processo suicida (Bursztein *et al.*, 2009). O esforço mais recente para tentar colmatar esta falha foi a criação da escala C-CASA (*Columbia Classification Algorithm for Suicide Assessment*), apresentada num artigo de Posner *et al.* (2007) e utilizada pela FDA (*Food and Drug Administration*) num estudo sobre a relação entre a utilização de fármacos antidepressivos e o

risco de suicídio em jovens. Para além da sua potencial utilidade clínica, a criação e validação de métodos objectivos de avaliação dos comportamentos suicidários são um aspecto fundamental para o avanço da investigação científica nesta área.

A avaliação sistemática, ao nível dos cuidados de saúde primários, da existência de ideação suicida associada a dificuldades psicossociais ou outros factores de risco reveste-se de grande importância para uma identificação precoce que permita uma intervenção atempada. No entanto, num estudo de Frankenfield *et al.* (2000), apenas 23% de uma amostra de médicos a trabalhar num contexto de cuidados primários afirmaram realizar com frequência essa avaliação nas suas consultas com adolescentes. Segundo Rotheram-Borus *et al.* (1996), um quarto de todas as tentativas de suicídio ocorrem até um mês após a procura de cuidados médicos, o que realça o interesse em investir na sensibilização dos profissionais de saúde para esta problemática.

Quando um jovem com comportamentos suicidários se apresenta num Serviço de Urgência deve ser realizada uma avaliação psicossocial pormenorizada e a um exame mental cuidadoso. Para tal, é necessário que seja visto por profissionais especificamente treinados para o efeito, já que a avaliação realizada por profissionais sem treino específico tende a possuir uma qualidade variável (Hurry *et al.*, 2000). O uso de instrumentos de avaliação rápida poderá ser útil e facilitar o primeiro contacto dos profissionais de saúde com estes jovens (Horowitz *et al.*, 2001), no entanto são necessários mais estudos para determinar se essa abordagem melhora efectivamente a avaliação e subsequente tratamento dos jovens com comportamentos suicidários (Steele *et al.*, 2007).

No contexto do atendimento não especializado de jovens com comportamentos suicidários, é importante combater as ideias erradas que ainda existem acerca do suicídio entre muitos profissionais de saúde, no sentido de impedir que juízos de valor interfiram na qualidade do atendimento hospitalar. Com frequência, os médicos mostram ser menos

compreensivos perante jovens que aparentam uma menor intenção suicida, desvalorizando a seriedade do seu apelo por ajuda (Saraiva, 2006).

A primeira entrevista após uma tentativa de suicídio deve ocorrer logo que possível, sendo os primeiros minutos da consulta determinantes para a criação de uma relação empática que irá condicionar o sucesso de todas as intervenções terapêuticas subsequentes. Numa primeira abordagem é útil tentar perceber em detalhe o que aconteceu nas 48 horas que antecederam o comportamento suicidário (Saraiva, 2006). É também importante avaliar o nível de risco de suicídio e as motivações que estiveram na origem do acto suicida (como por exemplo o desejo de chamar a atenção, de promover mudanças no relacionamento interpessoal, de reunião com um ente querido já falecido, de obter vingança ou de evitar uma situação intolerável). Isso irá permitir um melhor entendimento da tentativa de suicídio e dessa forma ajudar a orientar o tratamento (Shaffer *et al.*, 2001).

Para além da informação recolhida ao entrevistar o adolescente, deverá ser obtida informação colateral das pessoas mais próximas, nomeadamente os pais. A validade da informação fornecida pelo jovem depende do seu grau de desenvolvimento cognitivo, bem como do seu estado psicológico no momento da entrevista. É frequente existirem disparidades entre o testemunho dos vários intervenientes, com os pais a relatarem uma menor frequência de ideação e acções suicidas do que o jovem em causa (Shaffer *et al.*, 2001).

No momento de decidir sobre a necessidade de hospitalização, é importante avaliar o indivíduo no contexto dos sistemas de suporte disponíveis. Nos casos em que o jovem não seja capaz de estabelecer uma relação de aliança, de garantir a sua própria segurança, de discutir ou reequilibrar as suas emoções e comportamentos, ou quando não existe um suporte social e familiar adequado, a hospitalização deve ser considerada mesmo perante um perfil de risco leve a moderado (Shaffer *et al.*, 2001).

11. Tratamento

Os cuidados médicos a prestar aos jovens identificados com ideação suicida passam pela intervenção imediata no caso de uma tentativa não concretizada e, de um modo contínuo, pela avaliação clínica das causas que possam estar na origem desse comportamento, pela apreciação criteriosa dos factores de risco associados e por um plano psico-terapêutico prolongado no tempo. No entanto, persistem muitas dúvidas relativamente à eficácia destas medidas no tratamento e prevenção da recorrência dos comportamentos suicidários em adolescentes (Beautrais *et al.*, 1998; Gould *et al.*, 2003). Pelo contrário, têm-se verificado grandes avanços no que diz respeito ao tratamento da depressão na adolescência (Bursztein *et al.*, 2009).

O internamento hospitalar é considerado um aspecto chave da intervenção na fase aguda da crise suicidária quando existem múltiplos factores de risco e um deficiente apoio familiar ou comunitário. No entanto, embora o espaço hospitalar seja encarado como um local seguro para lidar com a crise, não existem evidências empíricas que comprovem a eficácia desta medida relativamente dispendiosa (Shaffer *et al.*, 2001). Frances *et al.* (1981) salientam mesmo as vantagens do não internamento, invocando argumentos como uma melhoria espontânea após o comportamento suicidário, a iatrogenização, a perda de tempo e os custos.

Os pacientes hospitalizados possuem um risco particularmente elevado de recorrência pelos mesmos factores de risco que estiveram na origem do seu internamento, principalmente no período que se segue ao momento da alta hospitalar (Bridge *et al.*, 2006). Deve-se procurar envolver os pais no momento da alta e garantir um encontro nos dias seguintes com o médico assistente e com um profissional especializado em saúde mental. O acompanhamento em hospital de dia, para além de ser uma alternativa ao internamento, pode fornecer mais tempo para estabilizar emocionalmente o jovem e intervir na modificação de alguns factores envolventes (Shaffer *et al.*, 2001).

O apoio terapêutico domiciliário intensivo, de que é exemplo a Terapia Multissistémica (MST), pode ser uma alternativa ao internamento hospitalar e existem estudos que atribuem alguns benefícios a este tipo de intervenções, nomeadamente na redução da ideação suicida, na prevenção das tentativas de suicídio e no aumento da satisfação parental (Byford *et al.*, 1999; Huey *et al.*, 2004).

O tratamento em ambulatório é normalmente prejudicado pelas elevadas taxas de abandono das consultas de seguimento. A adesão ao tratamento é, aliás, um aspecto que deve ser promovido logo desde o primeiro contacto com os serviços de urgência, procurando otimizar a relação médico-doente. Alguns aspectos a ter em atenção ao desenvolver um plano de cuidados em ambulatório são (Steele *et al.*, 2007):

- 1) A necessidade de reavaliar constantemente o nível de risco de suicídio e o plano terapêutico;
- 2) A flexibilização da duração e frequência das consultas;
- 3) O envolvimento activo da família;
- 4) A utilização de contactos telefónicos que permitam uma comunicação bidireccional de fácil acesso;
- 5) A coordenação com serviços de apoio 24 sobre 24 horas em caso de crise.

O recurso a contratos terapêuticos de não suicídio, verbais ou escritos, tem sido utilizado na esperança de melhorar a adesão ao tratamento e reduzir os comportamentos suicidários. No entanto não existem evidências empíricas que suportem a eficácia desta medida, que em qualquer dos casos apenas faz sentido no contexto de uma forte aliança terapêutica (Steele *et al.*, 2007).

No campo da psicoterapia, vários modelos de intervenção têm sido propostos, nomeadamente:

- 1) Terapia Dialéctico-Comportamental (*Dialectical Behavior Therapy*, DBT);
- 2) Terapia Cognitivo-Comportamental (*Cognitive-Behavioural Therapy*, CBT);
- 3) Terapia Interpessoal (*Interpersonal Therapy*, IPT);
- 4) Terapia Familiar;
- 5) Terapia de Grupo.

De acordo com Shneidman (1984), qualquer estratégia direccionada para a redução dos comportamentos suicidários deve procurar, em primeiro lugar, minimizar os factores que contribuem para o estado de sofrimento do doente. A Terapia Dialéctico-Comportamental (DBT) e a Terapia Cognitivo-Comportamental (CBT) têm sido identificadas como promissoras, no entanto os estudos sobre a sua eficácia no âmbito dos comportamentos suicidários ainda são escassos. A DBT foi inicialmente desenvolvida para aplicação nos distúrbios de personalidade *borderline* (Linehan, 1987), sendo posteriormente adaptada para utilização em adolescentes com comportamentos suicidários. Num estudo de Rathus *et al.* (2002), que comparou a DBT com o “tratamento usual”, a DBT originou um menor número de hospitalizações e taxas mais elevadas de adesão ao plano terapêutico, mas não existiram diferenças relativamente à frequência de repetição das tentativas de suicídio. A avaliação do grupo sujeito a DBT antes e após o tratamento demonstrou uma redução significativa da ideação suicida e de outros sintomas psiquiátricos, em particular os sintomas associados ao distúrbio de personalidade *borderline*.

Os fundamentos para a utilização da Terapia Familiar baseiam-se na importância que o contexto familiar tem para os jovens, quer como estrutura de suporte, quer como fonte de *stress* no caso de existirem problemas e conflitos familiares. A Terapia Familiar procura encorajar interações familiares positivas e alterar esquemas de funcionamento mal-adaptativos, no entanto as evidências a favor da sua eficácia no âmbito dos comportamentos suicidários são ainda limitadas (Steele *et al.*, 2007). Um estudo realizado por Harrington *et al.*

(1998) associou a intervenção familiar a alguma vantagem na redução da ideação suicida, mas apenas no subgrupo de adolescentes sem distúrbio depressivo maior. No âmbito das terapias de grupo, Saraiva (2006) faz referência à utilização do psicodrama como possibilidade terapêutica com resultados animadores nos casos em que existe indicação para este tipo de terapia.

Quanto à terapêutica farmacológica, no âmbito da suicidologia apenas tem indicação formal no tratamento dos distúrbios psiquiátricos subjacentes aos comportamentos suicidários, com particular ênfase no que diz respeito à depressão. O tratamento da depressão em adolescentes tem sido profundamente estudado, existindo actualmente um forte consenso quanto ao uso da fluoxetina como terapêutica de primeira linha (Steele *et al.*, 2007). Saraiva (2006) realça que as crianças e os adolescentes só em situações especiais requerem Inibidores Selectivos da Recaptação da Serotonina (ISRS), sendo a psicoterapia quase sempre prioritária. Apesar da controvérsia relativa à possibilidade de os ISRS poderem desencadear comportamentos suicidários, tem sido claramente demonstrada a sua eficácia no tratamento de adolescentes deprimidos (March *et al.*, 2004), com actuação também a nível da redução de comportamentos impulsivos e agressivos (Coccaro *et al.*, 1997). Embora nos EUA a FDA, baseada nos resultados do TADS (*Treatment of Adolescent Depression Study*) tenha declarado que existe um acréscimo de 2% no risco de comportamentos suicidários em jovens medicados com ISRS (risco de 4% comparativamente a um risco de 2% com placebo), o mesmo estudo demonstrou claramente a eficácia da fluoxetina no tratamento da depressão e na redução em termos absolutos dos comportamentos suicidários (March *et al.*, 2004).

À luz dos conhecimentos actuais, o medicamento que mais claramente demonstrou ter um potencial efeito anti-suicida directo foi o lítio, utilizado em adultos com doença bipolar. No entanto não existem dados suficientes sobre a sua segurança ou eficácia anti-suicida em adolescentes (Bursztein *et al.*, 2009). Para outros fármacos, nomeadamente estabilizadores do

humor e anti-psicóticos atípicos, utilizados no tratamento de diversos distúrbios psiquiátricos em crianças e adolescentes, a informação existente quanto ao efeito que poderão ter sobre os comportamentos suicidários é limitada (Steele *et al.*, 2007), embora a clozapina pareça ser eficaz na redução dos comportamentos suicidários em doentes com esquizofrenia (Tandon, 2005). De forma marginal, devido à percepção da sua natureza invasiva, a Terapia Electroconvulsiva tem sido utilizada com sucesso em adolescentes com comportamentos suicidários persistentes e em que se exige uma intervenção emergente e eficaz, principalmente nos países nórdicos (Steele *et al.*, 2007).

12. Estratégias de prevenção

Apesar de existirem muitos programas de prevenção do suicídio que têm sido aplicados em diversos contextos, de um modo geral a evidência empírica existente sobre as formas mais eficazes de prevenir os comportamentos suicidários nos jovens é bastante reduzida (Rodgers *et al.*, 2007). As principais intervenções vocacionadas para a prevenção na área do suicídio incluem (Bursztein *et al.*, 2009):

- 1) Rastreio de depressão e risco suicida em escolas e no contexto dos cuidados de saúde primários;
- 2) Programas de educação e consciencialização voltados para o fenómeno do suicídio;
- 3) Formação específica na área do suicídio de pessoas chave (*gatekeepers*) nas escolas e na comunidade;
- 4) Criação de linhas telefónicas de apoio;
- 5) Restrição dos meios disponíveis para o suicídio;
- 6) Formação dos profissionais dos meios de comunicação social;
- 7) Tratamento adequado dos jovens com distúrbios psiquiátricos;
- 8) Intervenção junto das pessoas próximas do jovem que cometeu suicídio.

As intervenções em meio escolar de carácter universal, de que é exemplo a veiculação de informação através dos programas curriculares, têm progressivamente colocado uma maior ênfase em medidas genéricas de promoção da saúde física e mental, em detrimento de abordagens mais específicas de consciencialização para o problema do suicídio, já que em alguns casos esta última estratégia foi relacionada com um aumento do nível de *stress* e uma diminuição da procura de cuidados pelos jovens com maior risco de suicídio (Bridge *et al.*, 2006). Foram também levantados alguns problemas relativamente à segurança do rastreio sistemático de comportamentos suicidários nas escolas, no entanto parece actualmente bem estabelecido que tal medida não acarreta quaisquer efeitos adversos (Gould *et al.*, 2005). A identificação dos adolescentes em risco poderá ser, segundo Shaffer *et al.* (2004) a intervenção escolar mais bem sucedida ao permitir identificar jovens deprimidos que podem beneficiar de tratamento com antidepressivos. Além da depressão, o abuso de estupefacientes e álcool são também marcadores importantes na triagem do risco de suicídio em contexto escolar. Num âmbito de actuação mais focalizado, a intervenção selectiva junto dos jovens mais problemáticos, com o recurso a técnicas de treino e apoio psicológico (*skills-based training*), tem demonstrado resultados promissores na redução do comportamento suicidário e na melhoria da saúde mental (Steele *et al.*, 2007). Este facto realça a importância de investir na formação dos psicólogos escolares nesta área e de dotar as escolas com um maior número destes profissionais (Saraiva, 2006).

A formação específica na área do suicídio de pessoas chave (*gatekeepers*) em contacto próximo com os adolescentes (como professores, polícias, dirigentes religiosos e outros adolescentes) poderá desempenhar um papel importante na identificação e referência de jovens em risco, no entanto os dados existentes sobre a eficácia de tais programas são limitados e persistem dúvidas quanto à segurança dos jovens não suicidas envolvidos nesse esforço de rastreio e, por vezes, de aconselhamento (Gould *et al.*, 2003).

Os médicos de família desempenham um papel central na prevenção do suicídio em adolescentes devido ao seu contacto privilegiado com os jovens em risco e as respectivas famílias. No entanto, num estudo realizado no Canadá, 84% dos médicos de família não se sentiam suficientemente preparados para lidar com este tipo de casos (Steele *et al.*, 2003), o que aponta para a necessidade de criar programas de formação específica no sentido de melhorar a capacidade dos médicos de família para identificar precursores de comportamentos suicidários e dessa forma tornar possível uma intervenção mais precoce.

Reflexão final

O suicídio na adolescência é um problema actual e de grande importância, não só porque se trata de uma das principais causas de morte nesta fase do ciclo de vida, mas também pelo elevado sofrimento e morbilidade que os comportamentos suicidários condicionam. O sociólogo francês Durkheim (1897) considerava o suicídio como uma denúncia, de carácter individual, de uma crise colectiva, um pensamento que pode facilmente ser transposto para a realidade dos nossos dias. As mudanças sociais aceleradas que têm acontecido em consequência do desenvolvimento tecnológico e das tendências de urbanização e globalização da informação, associadas à perda de referências culturais estabilizadoras nas famílias e culturas e à imposição de modelos ou matrizes de controlo social, muitas vezes subliminares, como o consumismo, mais a falta de investimento ou capacidade das famílias para acompanharem os jovens nas suas fases evolutivas, a falta de respeito dos direitos das crianças e os diferentes abusos a que estão sujeitas, colocam problemas sociais, sócio-familiares e psico-afectivos de difícil solução, dos quais o suicídio nos adolescentes é apenas uma ponta do icebergue.

A humanidade passou por fases de muito mais violência e abuso, mas a população alvo estava enquadrada noutro contexto e em luta com outras dificuldades para sobreviver, o que

certamente contribuía para diminuir o risco de suicídio ou pelo menos a sua importância. A problemática crescente dos comportamentos suicidários é pois um fenómeno de uma sociedade pós moderna em que importantes factores de doença biológica foram controlados, faltando encontrar ainda para muitos sectores da população condições de vida mental adequadas. Seria de perguntar se estaremos no limiar de se avançar para a prevenção primordial em que se actuaria introduzindo modelos de organização social, política, urbanística e familiar mais salutareos, tendo por base novas filosofias de vida. Propostas não faltam, mas subsiste a dúvida de como as validar e de como fazer a transição a partir dos modelos actuais sujeitos a poderosos esquemas de controlo e lucro. Certas são as limitações de potenciais medidas preventivas especificamente dirigidas para o suicídio a actuarem neste contexto adverso, pelo que devemos todos apelar ao nosso sentido de humanidade para que gradualmente as transformações necessárias para a criação de melhores condições de vida possam realmente acontecer, em nome da possibilidade de uma vivência plena à disposição de cada um de nós.

Referências

- Almeida NP (2006). *O jovem adulto e o suicídio*. In: *Comportamentos Suicidários em Portugal* (Capítulo 11, pp. 231-246). Coimbra: Sociedade Portuguesa de Suicidologia.
- Arie M, Apter A, Orbach I, Yefet Y, Zalzman G (2008). *Autobiographical memory, interpersonal problem solving, and suicidal behavior in adolescent inpatients*. *Comprehensive Psychiatry* 49:22-29.
- Beautrais AL (2000). *Methods of youth suicide in New Zealand: Trends and implications for prevention*. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 34:413-419.
- Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT (1998). *Psychiatric contacts among youths aged 13 through 24 years who have made serious suicide attempts*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 37:504-511.
- Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT (1999). *Personality traits and cognitive styles as risk factors for serious suicide attempts among young people*. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 29:37-47.
- Beautrais, A.L. (2001). *Child and young adolescent suicide in New Zealand*. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 35:647-653.
- Biddle L, Brock A, Brookes ST, Gunnell D (2008a). *Suicide rates in young men in England and Wales in the 21st century: time trend study*. *British Medical Journal (Clinical research ed.)* 336:539-542.
- Biddle L, Donovan J, Hawton K, Kapur N, Gunnell D (2008b). *Suicide and the Internet*. *British Medical Journal (Clinical research ed.)* 336:800-802.
- Boothroyd LJ, Kirmayer LJ, Spreng S, Malus M, Hodgins S (2001). *Completed suicides among the Inuit of northern Quebec, 1982–1996: A case–control study*. *Canadian Medical Association Journal* 165:749-755.
- Borowsky IW, Resnick MD, Ireland M, Blum RW (1999). *Suicide attempts among American Indian and Alaska Native youth: Risk and protective factors*. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* 153:573-580.
- Brent DA (2007). *Antidepressants and suicidal behavior: cause or cure?* *American Journal of Psychiatry* 164:989-991.
- Brent DA, Baugher M, Bridge J, Chen T, Chiappetta L (1999). *Age- and sex-related risk factors for adolescent suicide*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 38:1497-1505.
- Brent DA, Mann JJ (2005). *Family genetic studies, suicide, and suicidal behavior*. *American Journal of Medical Genetics* 133:13-24.
- Brent DA, Melhem N (2008). *Familial transmission of suicidal behavior*. *The Psychiatric Clinics of North America* 31:157-177.
- Brent DA, Oquendo M, Birmaher B, Greenhill L, Kolko D, Stanley B, Zelazny J, Brodsky B, Firinciogullari S, Ellis SP, Mann JJ (2003). *Peripubertal suicide attempts in offspring of suicide attempters with siblings concordant for suicidal behavior*. *The American Journal of Psychiatry* 160:1486-1493.
- Bridge JA, Goldstein TR, Brent DA (2006). *Adolescent suicide and suicidal behavior*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 47:372-394.
- Brodsky BS, Mann JJ, Stanley B, Tin A, Oquendo M, Birmaher B, Greenhill L, Kolko D, Zelazny J, Burke AK, Melhem NM, Brent D (2008). *Familial transmission of suicidal behavior: factors mediating the relationship between childhood abuse and offspring suicide attempts*. *The Journal of Clinical Psychiatry* 69:584-596.
- Brunstein Klomek A, Marrocco F, Kleinman M, Schonfeld IS, Gould MS (2007). *Bullying, depression and suicidality in adolescents*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 46:40-49.
- Bursztein C, Apter A (2009). *Adolescent suicide*. *Current Opinion in Psychiatry* 22:1-6.
- Byford S, Harrington R, Torgerson D, Kerfoot M, Dyer E, Harrington V, Woodham A, Gill J, McNiven F (1999). *Cost-effectiveness analysis of a home-based social work intervention for children and adolescents who have deliberately poisoned themselves. Results of a randomised controlled trial*. *The British Journal of Psychiatry* 174:56-62.
- Cantor C, Neulinger K (2000). *The epidemiology of suicide and attempted suicide among young Australians*. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 34:370–387.

- Caspi A, Sugden K, Moffitt TE, Taylor A, Craig IW, Harrington H, McClay J, Mill J, Martin J, Braithwaite A, Poulton R (2003). *Influence of life stress on depression: Moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene*. *Science* 301:386-389.
- Coccaro EF, Kavoussi RJ (1997). *Fluoxetine and impulsive aggressive behavior in personality-disordered subjects*. *Archives of General Psychiatry* 54:1081-1088.
- Cooper J, Kapur N, Webb R, Lawlor M, Guthrie E, Mackway-Jones K, Appleby L (2005). *Suicide after deliberate self-harm: a 4-year cohort study*. *American Journal of Psychiatry* 162:297-303.
- Crane C, Barnhofer T, Williams JM (2007). *Reflection, brooding, and suicidality: a preliminary study of different types of rumination in individuals with a history of major depression*. *The British Journal of Clinical Psychology* 46:497-504.
- De Leo D, Burgis S, Bertolote JM, Kerkhof AJ, Bille-Brahe U (2006). *Definitions of suicidal behavior: lessons learned from the WHO/EURO multicentre Study*. *Crisis* 27:4-15.
- Durkheim E (1897). *Le suicide*. Paris: Alcan. Tradução portuguesa - *O Suicídio*. Lisboa: Editorial Presença, 1977.
- Fergusson DM, Woodward LJ, Horwood LJ (2000). *Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behaviour during adolescence and early adulthood*. *Psychological Medicine* 30:23-39.
- Field T, Diego M, Sanders CE (2001). *Adolescent suicidal ideation*. *Adolescence* 36:241-248.
- Frances A, Clarkin JF (1981). *No treatment as the prescription of choice*. *Archives of General Psychiatry* 38:542-545.
- Frankenfield DL, Keyl PM, Gielen A, Wissow LS, Werthamer L, Baker SP (2000). *Adolescent patients-healthy or hurting? Missed opportunities to screen for suicide risk in the primary care setting*. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 154:162-168.
- Gibbons RD, Brown CH, Hur K, Marcus SM, Bhaumik DK, Erkens JA, Herings RM, Mann JJ (2007). *Early evidence on the effects of regulators' suicidality warnings on SSRI prescriptions and suicide in children and adolescents*. *American Journal of Psychiatry* 164:1356-1363.
- Goldney RD (1998). *Variation in suicide rates: The "Tipping Point"*. *Crisis* 19:136-138.
- Goldston DB, Daniel SS, Reboussin BA, Reboussin DM, Frazier PH, Harris AE (2001). *Cognitive risk factors and suicide attempts among formerly hospitalized adolescents: A prospective naturalistic study*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 40:91-99.
- Goldston DB, Daniel SS, Reboussin DM, Reboussin BA, Frazier PH, Kelley AE (1999). *Suicide attempts among formerly hospitalized adolescents: A prospective naturalistic study of risk during the first 5 years after discharge*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 38:660-671.
- Gould MS (2001). *Suicide and the media*. *Annals of the New York Academy of Sciences* 932:200-224.
- Gould MS, Fisher P, Parides M, Flory M, Shaffer D (1996). *Psychosocial risk factors of child and adolescent completed suicide*. *Archives of General Psychiatry* 53:1155-1162.
- Gould MS, Greenberg T, Velting DM, Shaffer D (2003). *Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 42:386-405.
- Gould MS, King R, Greenwald S, Fisher P, Schwab-Stone M, Kramer R, Flisher AJ, Goodman S, Canino G, Shaffer D (1998). *Psychopathology associated with suicidal ideation and attempts among children and adolescents*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 37:915-923.
- Gould MS, Marrocco FA, Kleinman M, Thomas JG, Mostkoff K, Cote J, Davies M (2005). *Evaluating iatrogenic risk of youth suicide screening programs: a randomized controlled trial*. *JAMA* 293:1635-1643.
- Grolegger U, Tomori M, Kocmur M (2003). *Suicidal ideation in adolescence--an indicator of actual risk?* *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences* 40:202-208.
- Grunbaum JA, Kann L, Kinchen S, Ross J, Hawkins J, Lowry R, Harris WA, McManus T, Chyen D, Collins J (2004). *Youth Risk Behavior Surveillance-United States, 2003 (Abridged)*. *The Journal of School Health* 74:307-24.

- Gunnell D, Fernando R, Hewagama M, Priyangika WD, Konradsen F, Eddleston M (2007). *The impact of pesticide regulations on suicide in Sri Lanka*. International Journal of Epidemiology 36:1235-1242.
- Gunnell D, Hawton K, Murray V, Garnier R, Bismuth C, Fagg J, Simkin S (1997). *Use of paracetamol for suicide and non-fatal poisoning in the UK and France: Are restrictions on availability justified?* Journal of Epidemiology and Community Health 51:175-179.
- Harrington R, Kerfoot M, Dyer E, McNiven F, Gill J, Harrington V, Woodham A, Byford S (1998). *Randomized trial of a home-based family intervention for children who have deliberately poisoned themselves*. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 37:512-518.
- Horowitz LM, Wang PS, Koocher GP, Burr BH, Smith MF, Klavon S, Cleary PD (2001). *Detecting suicide risk in a pediatric emergency department: development of a brief screening tool*. Pediatrics 107:1133-1137.
- Huey SJ Jr, Henggeler SW, Rowland MD, Halliday-Boykins CA, Cunningham PB, Pickrel SG, Edwards J (2004). *Multisystemic therapy effects on attempted suicide by youths presenting psychiatric emergencies*. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 43:183-190.
- Hurry J, Storey P (2000). *Assessing young people who deliberately harm themselves*. The British Journal of Psychiatry 176:126-131.
- Ji J, Kleinman A, Becker AE (2001). *Suicide in contemporary China: A review of China's distinctive suicide demographics in their sociocultural context*. Harvard Review of Psychiatry 9:1-12.
- Joe S, Kaplan MS (2002). *Firearm-related suicide among young African-American males*. Psychiatric Services 53:332-334.
- Johnson JG, Cohen P, Gould MS, Kasen S, Brown J, Brook JS (2002). *Childhood adversities, interpersonal difficulties, and risk for suicide attempts during late adolescence and early adulthood*. Archives of General Psychiatry 59:741-749.
- Katz LY, Kozyrskyj AL, Prior HJ, Enns MW, Cox BJ, Sareen J (2008). *Effect of regulatory warnings on antidepressant prescription rates, use of health services and outcomes among children, adolescents and young adults*. Canadian Medical Association Journal 178:1005-1011.
- Kerr DC, Washburn JJ, Feingold A, Kramer AC, Ivey AZ, King CA (2007). *Sequelae of aggression in acutely suicidal adolescents*. Journal of Abnormal Child Psychology 35:817-830.
- King RA, Schwab-Stone M, Flisher AJ, Greenwald S, Kramer RA, Goodman SH, Lahey BB, Shaffer D, Gould MS (2001). *Psychosocial and risk behavior correlates of youth suicide attempts and suicidal ideation*. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 40:837-846.
- Klomek AB, Marrocco F, Kleinman M, Schonfeld IS, Gould MS (2008). *Peer victimization, depression, and suicidality in adolescents*. Suicide and Life-Threatening Behavior 38:166-180.
- Kutcher S, Chehil S (2007). *Gestão do risco de suicídio: um manual para profissionais de saúde*. Portugal: Lundbeck Institute.
- Law S, Liu P (2008). *Suicide in China: unique demographic patterns and relationship to depressive disorder*. Current Psychiatry Reports 10:80-86.
- Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR (1996). *Adolescent suicidal ideation and attempts: Prevalence, risk factors, and clinical implications*. Clinical Psychology Science and Practice 3:25-36.
- Li XY, Phillips MR, Zhang YP, Xu D, Yang GH (2008). *Risk factors for suicide in China's youth: a case-control study*. Psychological Medicine 38:397-406.
- Linehan MM (1987). *Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. Theory and method*. Bulletin of the Menninger Clinic 51:261-276.
- Ludwig J, Marcotte DE (2005). *Anti-depressants, suicide, and drug regulation*. Journal of Policy Analysis and Management 24:249-272.
- Mann JJ, Currier D (2007). *A review of prospective studies of biologic predictors of suicidal behavior in mood disorders*. Archive of Suicide Research 11:3-16.
- Mann, J.J. (1998). *The neurobiology of suicide*. Nature Medicine 4:25-30.
- March J, Silva S, Petrycki S, Curry J, Wells K, Fairbank J, Burns B, Domino M, McNulty S, Vitiello B, Severe J (2004). *Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with*

- depression: Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS) randomized controlled trial. *JAMA* 292:807-820.
- McGirr A, Renaud J, Bureau A, Seguin M, Lesage A, Turecki G (2008). *Impulsive-aggressive behaviours and completed suicide across the life cycle: a predisposition for younger age of suicide*. *Psychological Medicine* 38:407-417.
- Melhem NM, Brent DA, Ziegler M, Iyengar S, Kolko D, Oquendo M, Birmaher B, Burke A, Zelazny J, Stanley B, Mann JJ (2007). *Familial pathways to early-onset suicidal behavior: familial and individual antecedents of suicidal behavior*. *The American Journal of Psychiatry* 164:1364-1370.
- Miotto P, Preti A (2007). *Eating disorders and suicide ideation: the mediating role of depression and aggressiveness*. *Comprehensive Psychiatry* 48:218-224.
- Molnar BE, Berkman LF, Buka SL (2001). *Psychopathology, childhood sexual abuse and other childhood adversities: Relative links to subsequent suicidal behaviour in the US*. *Psychological Medicine* 31:965-977.
- O'Carroll PW, Berman AL, Maris RW, Moscicki EK, Tanney BL, Silverman MM (1996). *Beyond the Tower of Babel: A nomenclature for suicidology*. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 26:237-252.
- Oldershaw A, Grima E, Jollant F (2008). *Decision making and problem solving in adolescents who deliberately self-harm*. *Psychological Medicine* 23:1-10.
- Olfson M, Shaffer D, Marcus SC, Greenberg T (2003). *Relationship between antidepressant medication treatment and suicide in adolescents*. *Archives of General Psychiatry* 60:978-982.
- Oliveira A (2004). *Ilusões: a melodia e o sentido da vida na idade das emoções. Representações sociais da morte, do suicídio e da música na adolescência*. Dissertação de doutoramento. Lisboa: ISCTE.
- Pandey GN, Dwivedi Y, Rizavi HS, Ren X, Conley RR (2004). *Decreased catalytic activity and expression of protein kinase C isozymes in teenage suicide victims: A postmortem brain study*. *Archives of General Psychiatry* 61:685-693.
- Pandey GN, Dwivedi Y, Rizavi HS, Ren X, Pandey SC, Pesold C, Roberts RC, Conley RR, Tamminga CA (2002). *Higher expression of serotonin 5-HT(2A) receptors in the postmortem brains of teenage suicide victims*. *The American Journal of Psychiatry* 159:419-429.
- Pompili M, Amador XF, Girardi P, Harkavy-Friedman J, Harrow M, Kaplan K, Krausz M, Lester D, Meltzer HY, Modestin J, Montross LP, Mortensen PB, Munk-Jørgensen P, Nielsen J, Nordentoft M, Saarinen PI, Zisook S, Wilson ST, Tatarelli R (2007). *Suicide risk in schizophrenia: learning from the past to change the future*. *Annals of General Psychiatry* 16:6-10.
- Posner K, Oquendo MA, Gould M, Stanley B, Davies M (2007). *Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): classification of suicidal events in the FDA's pediatric suicidal risk analysis of antidepressants*. *American Journal of Psychiatry* 164:1035-1043.
- Rathus JH, Miller AL (2002). *Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents*. *Suicide & Life-Threatening Behavior* 32:146-157.
- Recupero PR, Harms SE, Noble JM (2008). *Googling suicide: surfing for suicide information on the Internet*. *The Journal of Clinical Psychiatry* 69:878-888.
- Reinherz HZ, Tanner JL, Berger SR, Beardslee WR, Fitzmaurice GM (2006). *Adolescent suicidal ideation as predictive of psychopathology, suicidal behavior, and compromised functioning at age 30*. *The American Journal of Psychiatry* 163:1226-1232.
- Rodgers PL, Sudak HS, Silverman MM, Litts DA (2007). *Evidence-based practices project for suicide prevention*. *Suicide & Life-Threatening Behavior* 37:154-164.
- Roque M, Veiga F, Saraiva CB (2007). *Internet and suicide: dangers and benefits*. XXIV World Congress of the International Association for Suicide Prevention, Irlanda (Poster).
- Rotheram-Borus MJ, Walker JU, Ferns W (1996). *Suicidal behavior among middle-class adolescents who seek crisis services*. *Journal of Clinical Psychology* 52:137-143.
- Sampaio D, Oliveira A, Vinagre MG, Gouveia-Pereira M, Santos N, Ordaz O (2000). *Representações sociais do suicídio em estudantes do ensino secundário*. *Análise Psicológica* 18(2):139-155.
- Saraiva CB (2006). *Estudos sobre o para-suicídio: O que leva os jovens a espreitar a morte*. Coimbra: Redhorse.

- Schaffer M, Jeglic EL, Stanley B (2008). *The relationship between suicidal behavior, ideation, and binge drinking among college students*. Archives of Suicide Research 12:124-132.
- Scheel KR, Westefeld JS (1999). *Heavy metal music and adolescent suicidality: an empirical investigation*. Adolescence 34:253-273.
- Schwartz-Stav O, Apter A, Zalsman G (2006). *Depression, suicidal behavior and insight in adolescents with schizophrenia*. European Child & Adolescent Psychiatry 15:352-359.
- Shaffer D, Gould MS, Fisher P, Trautman P, Moreau D, Kleinman M, Flory M (1996). *Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide*. Archives of General Psychiatry 53:339-348.
- Shaffer D, Pfeffer CR, Bernet W *et al.* (2001). *Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior*. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 40(Suppl):24S-51S.
- Shaffer D, Scott M, Wilcox H, Maslow C, Hicks R, Lucas CP, Garfinkel R, Greenwald S (2004). *The Columbia Suicide Screen: validity and reliability of a screen for youth suicide and depression*. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 43:71-79.
- Shneidman ES (1984). *Aphorisms of suicide and some implications for psychotherapy*. American Journal of Psychotherapy 38:319-328.
- Silverman MM (2004). *Preventing suicide: a call to action*. World Psychiatry 3:152-3.
- Silverman MM, Berman AL, Sanddal ND, O'carroll PW, Joiner TE (2007a). *Rebuilding the tower of Babel: a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part 1: Background, rationale, and methodology*. Suicide & Life-Threatening Behavior 37:248-63.
- Silverman MM, Berman AL, Sanddal ND, O'carroll PW, Joiner TE (2007b). *Rebuilding the tower of Babel: a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part 2: Suicide-related ideations, communications, and behaviors*. Suicide & Life-Threatening Behavior 37:264-77.
- Stack S (2005). *Suicide in the media: A quantitative review of studies based on nonfictional stories*. Suicide and Life-Threatening Behavior 35:121-133.
- Steele MM, Doey T (2007). *Suicidal behaviour in children and adolescents. Part 2: treatment and prevention*. Canadian Journal of Psychiatry 52(Suppl 1):35S-45S.
- Steele MM, Fisman S, Dickie G, Stretch N, Rourke J, Grindrod A (2003). *Assessing the need for and interest in a scholarship program in children's mental health for rural family physicians*. Canadian Journal of Rural Medicine 8:163-170.
- Tandon R (2005). *Suicidal behavior in schizophrenia*. Expert Review of Neurotherapeutics 5:95-99.
- Vijayakumar L, Nagaraj K, Pirkis J, Whiteford H (2005). *Suicide in developing countries: frequency, distribution, and association with socioeconomic indicators*. Crisis 26:104-111.
- Webster DW, Vernick JS, Zeoli AM, Manganello JA (2004). *Association between youth-focused firearm laws and youth suicides*. Journal of the American Medical Association 292:594-601.
- Wheeler BW, Gunnell D, Metcalfe C, Stephens P, Martin RM (2008). *The population impact on incidence of suicide and nonfatal self harm of regulatory action against the use of selective serotonin reuptake inhibitors in under 18s in the United Kingdom: ecological study*. British Medical Journal (Clinical research ed.) 336:542-545.
- Wilburn VR, Smith DE (2005). *Stress, self-esteem, and suicidal ideation in late adolescents*. Adolescence 40:33-45.
- Williams JMG (1996). *Depression and the specificity of autobiographical memory*. In: Rubin D, editor. Remembering our past: studies in autobiographical memory. London: Cambridge University Press. (pp. 244-267)
- World Health Organization (1999). *Figures and facts about suicide*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (2006). *Preventing suicide: a resource for counsellors*. Geneva: WHO Press.