



**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**

**FLÁVIO VALÉRIO MONIZ MENDONÇA**

***SUICÍDIO NA ADOLESCÊNCIA***

**ARTIGO DE REVISÃO**

**ÁREA CIENTÍFICA DE PSIQUIATRIA**

**TRABALHO REALIZADO SOB A ORIENTAÇÃO DE:**

**PROF. DR. CARLOS BRAZ SARAIVA**

**MARÇO 2015**

# **Suicídio na Adolescência**

## **Suicide in adolescence**

Flávio Valério Moniz Mendonça<sup>1</sup>

Aluno do Mestrado Integrado de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

---

<sup>1</sup> Endereço de correio electrónico: [flavalmz@gmail.com](mailto:flavalmz@gmail.com)

# Índice

<b>Resumo .....</b>	<b>5</b>
<b>Abstract .....</b>	<b>6</b>
<b>Introdução .....</b>	<b>7</b>
<b>Lista de abreviaturas.....</b>	<b>9</b>
<b>Materiais e Métodos .....</b>	<b>10</b>
<b>A. Definição de Suicídio .....</b>	<b>11</b>
<b>B. Epidemiologia do Suicídio.....</b>	<b>14</b>
<b>C. Adolescência .....</b>	<b>17</b>
<b>D. Etiologia/Fatores de Risco .....</b>	<b>20</b>
1. FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS.....	21
2. FATORES CONTEXTUAIS .....	22
3. FATORES DA ESFERA SUICIDA.....	28
<b>E. Perturbações mentais e suicídio .....</b>	<b>31</b>
<b>F. Psicofármacos e suicídio .....</b>	<b>36</b>
1. ANTIDEPRESSIVOS .....	36
2. ESTABILIZADORES DE HUMOR – LÍTIO .....	37
3. ANTIPSICÓTICOS .....	38
<b>G. Prevenção do suicídio na adolescência – PNPS.....</b>	<b>40</b>

<b>Discussão/Conclusão .....</b>	<b>42</b>
<b>Referências bibliográficas.....</b>	<b>45</b>

## **Resumo**

**Introdução** O suicídio, importante problema de saúde pública mundial, é a segunda ou terceira causa de morte entre as crianças e adolescentes. Diversos fatores de risco e de proteção para o suicídio podem estar implicados na adolescência. O fator de risco principal é a presença de perturbação mental. Os psicofármacos são uma das armas possíveis na gestão dos comportamentos suicidários. Este trabalho de revisão da literatura tem como objetivo a análise, bem como a síntese da informação publicada mais recentemente sobre o suicídio na adolescência. **Materiais e Métodos** Pesquisa de artigos publicados entre 2009 e 2014 em língua Inglesa nos motores de pesquisa *Pubmed* e *Medline*, bem como a consulta de livros de texto. **Desenvolvimento** O suicídio é o ato de morrer direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo praticado pela própria vítima, ato que ela sabia dever esse resultado (Émile Durkheim, 1897). Diariamente suicidam-se em todo o mundo cerca de 3000 pessoas – uma a cada 40 segundos. Em Portugal, desde 1994 a 2010, a taxa de suicídios oscila entre 1,3 (1997) e 2,9 (1995) por 100 000 habitantes na faixa etária dos 15 aos 19 anos. A adolescência é uma etapa da vida onde ocorre muitas mudanças, fisiológicas, biológicas, psicológicas e sociais. Diversos fatores de risco e de proteção do suicídio foram identificados, tendo valores preditivos diferentes. Como fatores de riscos, podemos ter 3 grupos, sociodemográficos, contextuais e fatores da esfera suicida. As perturbações psiquiátricas encontram-se presentes em 80 a 90% das vítimas de suicídio, tal como nas tentativas de suicídio.

**Palavras-Chave:** suicídio; tentativas de suicídio; epidemiologia; adolescente; fatores de risco; perturbações mentais; psicofármacos.

## **Abstract**

**Introduction** Suicide is a significant public health problem worldwide. It is the 2<sup>nd</sup> or 3<sup>rd</sup> leading cause of death among young people. Several risk and protective factors may be connected with adolescence. The main risk factor is the presence of mental disorder, including substance abuse. The psychiatric drugs are one of the possible weapons in the management of suicidal behaviour. Finally, this literature review aims to analyse and synthase the recent information published about suicide in adolescence. **Materials and Methods** Pubmed and Medline search for all English-language articles between 2009 and 2014, and consulting textbooks. **Development** Suicide is the act of dying directly or indirectly from a positive or negative act committed by the victim, an act that from the beginning the victim knew that was the consequence (Émile Durkheim, 1897). About 3000 people commit suicide daily worldwide - one every 40 seconds. In Portugal, from 1994 to 2010, the suicide rate ranges from 1.3 (1997) to 2.9 (1995) per 100 000 inhabitants aged 15 to 19 years. Adolescence is a stage of life where there are many changes, physiological, biological, psychological and social. Several risk and suicide protection factors have been identified, with different predictive values. As risk factors, we can have three groups, demographic, contextual factors and suicidal sphere. Psychiatric disorders are present in 80 to 90% of suicide victims, as in suicide attempts, consequently psychiatric drugs are an establish weapon in suicide prevention.

**Keywords:** suicide; attempted suicide; epidemiology; adolescent; risk factors; mental disorders; psychotropic drugs

## Introdução

Os comportamentos suicidários despertam sempre alguma curiosidade, estranheza e até mesmo perplexidade. Existem muitas perguntas, mas poucas respostas (1).

O suicídio foi definido pela OMS em 1984 como *um ato de pôr termo à própria vida, com um resultado fatal, que foi deliberadamente iniciado e preparado, com o prévio conhecimento do seu resultado final e através do qual o indivíduo pensou fazer o que desejava* (2).

A adolescência é uma etapa de desenvolvimento e de maturação entre a infância e a idade adulta (3). É caracterizada por muitas mudanças hormonais e físicas, bem como mudanças drásticas na identidade, na autoconsciência e flexibilidade cognitiva (4).

O suicídio na adolescência é um fenómeno complexo e multifatorial (5). É um dos mais importantes problemas de saúde pública, bem como um problema social (6), quer em Portugal quer a nível mundial.

Diariamente, segundo a OMS, suicidam em todo o mundo cerca de 3000 pessoas – uma a cada 40 segundos (7). Nos últimos 45 anos, houve um aumento de 60 % nas taxas de suicídio e, na maioria dos países da Europa, o número anual de suicídios supera mesmo o número das vítimas de viação (6).

As tentativas de suicídio são cada vez mais comuns na adolescência do que noutra fase da vida, apesar da baixa prevalência atual destas mortes entre os adolescentes ser ainda considerada (8). Mesmo assim, assegura a OMS que o suicídio é a 3ª causa de morte entre as crianças e adolescentes entre os 10 e os 24 anos (9) e a 2ª causa de morte entre os 15 e os 29 anos (10).

Existem diversos fatores de risco e de proteção para o suicídio na adolescência. O principal fator de risco é a presença de perturbação mental que é responsável por 90% dos

casos de suicídio estando nesse momento, 60% destes indivíduos deprimidos. Além das perturbações mentais, existem também fatores de risco genéticos e neurobiológicos (11). Outros fatores de risco importantes são tentativas de suicídio prévias, história familiar de suicídio e o acesso a meios letais, entre outros.

Os psicofármacos são uma arma na gestão dos comportamentos suicidários. Como já foi referido, a maior parte dos adolescentes que cometeram suicídio tinham algum tipo de perturbação psiquiátrica, logo o seu tratamento diminui inevitavelmente a taxa de morte por suicídio.

O suicídio, bem como todas as perturbações mentais se não tratadas podem influenciar gravemente o desenvolvimento das crianças, as suas realizações educacionais/académicas e o potencial para viver uma vida plena e produtiva. Cerca de 10 a 20 % das crianças e adolescentes são vítimas de alguma perturbação mental, segundo a OMS.

O suicídio é um fenómeno complexo e multifacetado que resulta da interação de fatores de ordem filosófica, antropológica, psicológica, biológica e social (1) e para Albert Camus é o único verdadeiro problema filosófico (2).

Houve um incremento de estudos sobre comportamentos suicidários nas crianças e adolescentes e o suicídio na adolescência pode ser apenas a ponta do iceberg (3). Por isso, esta revisão da literatura tem como objetivo a análise, bem como a síntese da informação publicada recentemente sobre o suicídio na adolescência.

## **Lista de abreviaturas:**

5-HIAA - ácido 5-hidroxiindolacético

CID – Classificação Internacional de Doenças

FDA - *Food and Drug Administration (USA)*

LGBT – Lésbicas, gays, bissexuais e transsexuais

ISRS - Inibidor Seletivo da Recaptação de Serotonina

MHRA – *Medicine and Healthcare Products Regulatory Agency (UK)*

OMS – Organização Mundial de Saúde

PHDA - perturbação de hiperatividade/défice de atenção

PNPS – Plano Nacional de Prevenção do Suicídio

SUPRE – *Suicide Prevention Program*

URSS – União das Repúblicas Socialistas Soviéticas

## **Materiais e Métodos**

Esta revisão da literatura sobre o Suicídio na Adolescência foi realizada através da pesquisa de artigos publicados entre 2009 e 2014 em língua Inglesa nos motores de pesquisa *Pubmed* e *Medline*. Foram utilizadas as palavras-chave *Suicide, Suicide, attempted* ou *Suicidal behavior* e *Adolescent, Adolescent behaviour* ou *Adolescent psychiatry*, e/ou *Depression, Schizophrenia, Bipolar, Attention-Deficit/Hiperactivity* e/ou *Antidepressants, Selective Serotonin Reuptake Inhibitors, Lithium* utilizando também referências das bibliografias dos artigos identificados e de revisões prévias. Os estudos incluídos foram *Meta analysis, Review literature, Journal Article* e *Guideline*. A seleção inicial baseou-se na leitura dos *Abstracts*, escolhendo-se os artigos mais relevantes. Para além desta pesquisa, foram também consultados livros de texto.

## A. Definição de Suicídio

A palavra suicídio provém do latim e deriva da fusão de dois termos: *sui*, de si mesmo, e *cidium*, matar, ou seja matar-se a si mesmo (2).

O suicídio é definido como, *todo o caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato positivo* (por exemplo enforcamento) *ou negativo* (por exemplo greve de fome) *praticado pela própria vítima, ato que a vítima sabia dever produzir esse resultado*, segundo Émile Durkheim (1897) (2,12). Enquanto a tentativa de suicídio é *todo o caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo praticado pela própria vítima, ato que a vítima sabia dever produzir esse resultado mas interrompido antes que a morte daí tenha resultado* (2).

A definição de suicídio pela OMS de 1984 é *um ato de pôr termo à própria vida, com um resultado fatal, que foi deliberadamente iniciado e preparado, com o prévio conhecimento do seu resultado final e através do qual o indivíduo pensou fazer o que desejava* - sendo muito semelhante com o que Émile Durkheim já tinha citado (2).

Ao longo do tempo, houve vários sociólogos e psicanalistas que tentaram explicar o suicídio, a autodestruição humana, onde se pode destacar as obras de Sigmund Freud e de Émile Durkheim (1).

O sociólogo francês Durkheim (1858-1917), pioneiro na abordagem do suicídio numa vertente social, explica este caso de morte por suicídio como uma relação entre o indivíduo e a sociedade onde se encontra, a qual terá uma certa tendência coletiva para o suicídio, isto é, assenta principalmente em pressupostos de natureza social (1,2,7,12). Considerando as variações das taxas de suicídio (nº de mortes por suicídio/100 000 habitantes/ano) em diferentes grupos e em diferentes períodos de tempo (1). Este fenómeno era visto como resultante do progresso, da industrialização, da civilização (3), sendo visto por duas

dimensões sociais: a integração que corresponde às relações sociais que ligam o indivíduo ao grupo; e a regulação, que são os requisitos normativos e morais exigidos para pertencer ao grupo (12,13).

Durkheim considerava quatro tipos de suicídio: egoísta, altruísta, anómico e fatalista. O suicídio altruísta exige uma excessiva dependência da sociedade e uma individualização insuficiente, pelo que justifica o sacrifício pelo grupo ou por um bem maior. O suicídio anómico existe uma baixa regulação da sociedade, o que não permite que se assegure a satisfação das necessidades mais elementares do indivíduo, tal como o desempregado. O egoísta existe por uma baixa integração na sociedade, que vulnerabiliza e se caracteriza pelo aumento exponencial do individualismo (1,2,7,12,13). Por fim, o suicídio fatalista existe uma grande regulação da sociedade, como por exemplo, o homem oprimido (13).

As teorias de Durkheim são insuficientes para explicar os comportamentos suicidários, pois será importante uma abordagem global, isto é multifatorial.

Esta visão multifatorial do estudo dos comportamentos suicidários foi realçada por Edwin Shneidman (1918-2009), psicólogo de formação e um dos mais importantes investigadores da suicidologia (2). Shneidman refere-se ao suicídio como *ato consciente de autoaniquilação induzida, mais bem compreendido como uma doença multidimensional num indivíduo carente que entende o suicídio como maneira de resolver um problema* (14).

Em 1985, Shneidman estabeleceu as 10 características, conhecidas por *commonalities*, comuns aos suicidas (1,2), tais como:

1. Propósito - procura de uma solução;
2. Objetivo – alteração;
3. Estímulo – dor psicológica intolerável;
4. *Stress* – frustração pela falta das necessidades psicológicas;
5. Emoção – desespero/desesperança;

6. Estado cognitivo – ambivalência;
7. Estado perceptivo – constrição;
8. Ação – fuga;
9. Ato interpessoal – comunicação de intenção;
10. Consistência – de acordo com as estratégias de *coping* mal-adaptativas do passado.

A *commonalitie*, ambivalência, é um dos aspetos mais intrigantes da mente suicida (1). Este autor também valoriza a intencionalidade do suicida segundo três aspetos: morte intencional, onde o indivíduo teve o protagonismo consciente; morte não intencional, onde o indivíduo não foi protagonista para tal desfecho; e morte subintencional, onde o indivíduo teve um protagonismo indireto ou inconsciente (por exemplo, um acidente de viação a alta velocidade).

No século XX, em 1905, Sigmund Freud (1856-1939), médico neurologista e criador da psicanálise, interpretou o impulso para a autodestruição humana de duas formas diferentes, isto é dois instintos, o de Morte ou *Destrudo* que se opõe ao de Vida e de Reprodução ou *Libido*, e que ambos se poderiam sobrepor um ao outro, dependendo das condições a que o indivíduo está exposto na sociedade. O comportamento humano seria explicado com base numa maior ou menor influência de um ou de outro instinto.

Por fim, o suicídio é um fenómeno complexo e multifacetado que resulta da interação de fatores de ordem filosófica, antropológica, psicológica, biológica e social (6). Para Albert Camus (*in* Minois, 1999) é o único verdadeiro problema filosófico (2).

## **B. Epidemiologia do Suicídio**

O suicídio é um grave problema de saúde pública em Portugal, bem como a nível mundial (10). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), suicidam-se diariamente em todo o mundo cerca de 3000 pessoas – uma a cada 40 segundos – e, por cada pessoa que se suicida, 20 ou mais comentem tentativas de suicídio (6).

A nível mundial, o suicídio apresenta uma taxa de mortalidade global de 16 por 100 000 habitantes, constituindo a 13ª causa de morte (15). Por ano, cerca de 800 000 indivíduos têm como causa de morte o suicídio (16). É uma das três principais causas de morte na faixa etária entre 14 e os 24 anos (17) e, segundo a OMS, é a segunda causa de morte entre os 15 e os 29 anos (16).

Cerca de 75% dos suicídios ocorre nos países em vias de desenvolvimento (16). Os dados da OMS indicam que as taxas de suicídio aumentaram 60% nos últimos 45 anos, principalmente nos países em vias de desenvolvimento (15).

Na Europa, seis países encontram-se no top 20 dos países com maior taxa de suicídio (15). Estas taxas mais elevadas (superiores a 30 por 100 000) são encontradas em países anteriormente integrados na URSS (fonte: OMS). A Lituânia é o 5.º país com uma taxa de suicídio de 28,5 por 100 000 habitantes. O Cazaquistão encontra-se na décima posição com 23,8 e o Turquemenistão em 14º lugar com 19,6 por 100 000 habitantes (16). Na maioria, o número de suicídios anual supera o das vítimas de acidentes de viação, em que em 2010 foi de 6,5 o número de mortes por acidentes de viação e de 9,4 a taxa média de suicídio por 100 000 habitantes (15). Apesar destes dados, apenas 13 países Europeus têm um Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (16).

Em Portugal, desde 1994 a 2010, segundo dados do *Eurostat* (18), a taxa de suicídios

oscila entre 1,3 (1997) e 2,9 (1995) por 100 000 habitantes na faixa etária dos 15 aos 19 anos, enquanto para população Portuguesa, no mesmo período de tempo e para a mesma faixa etária, oscila entre 4,5 e 10,3 por 100 000 habitantes (6). Em 2010, temos então uma taxa de suicídio na faixa etária dos 15 aos 19 anos de 2,5 por 100 000 habitantes. Estes dados não correspondem à realidade de Portugal, pois a investigação nesta área é escassa, colocando em causa a validade e fiabilidade destes números, quer pelo número de mortes de etiologia indeterminada elevada, quer pelas incorreções na certificação de óbitos (6).

Em relação a comportamentos autolesivos e tentativas de suicídio os dados também são muito incompletos. Para haver uma melhoria da validade e fiabilidade das taxas de suicídio em Portugal é importante ter em conta as regras e procedimentos que foram preconizados no SUPRE (15), para que a identificação e o registo dos suicídios seja cada vez melhor. Há que identificar os casos de suicídio; a certificação do óbito com base na CID (19); a organização dos registos; o tipo de informação a registar; os agentes envolvidos na recolha de dados e o tratamento dos dados obtidos.

Existem vários subtipos metodológicos identificados, tais como desagregação geográfica de taxas; desagregação de taxas por subgrupos (por exemplo, grupo etário, estado civil, religião); correlação da taxa de suicídio com outras variáveis (como alcoolismo ou indicadores económicos) (2).

Tendo em conta o subtipo metodológico de desagregação de taxas de suicídio por grupos etários, em Portugal temos um padrão tipicamente ascendente, em que 50 % dos suicídios ocorrem após os 64 anos de idade, exceto fora do território continental, Madeira e Açores, em que temos um padrão descendente (13).

Em relação à etiologia, mais de 90% dos suicídios são atribuídos a patologias psiquiátricas nos países desenvolvidos e 22% estão relacionadas com o consumo de álcool

(15).

Os suicídios são realizados frequentemente por métodos violentos, principalmente com armas de fogo e por enforcamento, em particular nos rapazes. Os métodos mais comuns de suicídio a nível mundial são a ingestão de pesticidas, enforcamento e o uso de armas de fogo (20).

Por fim, o suicídio deve ser incluído dentro dos problemas sociais e das mais questões de saúde pública, tendo em conta as taxas de suicídio, além dos custos económicos associados que são da ordem dos biliões de euros (16).

## C. Adolescência

Alguns autores de referência, tais como Piaget, Freud, Wallon, Gesell, Erikson abordaram o desenvolvimento humano (21). Adolescência, etimologicamente, provém de *adolescere*, que designa desenvolver-se ou crescer, daí, o adolescente é um ser em crescimento (22).

Este conceito de adolescência teve origem no final do século XX, quando esta se tornou objeto de investigação científica (2), bem mais tarde que a infância (22).

É considerada como uma etapa de desenvolvimento e maturação (3) da vida entre a infância e a vida adulta, que é considerada como *a complex stage of human development* (Coleman, 1992). É um período, cada vez mais longo, durante o qual o adolescente tem que se tornar independente, autónomo e maduro (4).

É caracterizada por importantes mudanças inter-relacionadas quer ao nível fisiológico quer ao psicossocial e muito influenciada pela interação do adolescente com os seus contextos, reforçando, assim, a individualidade de cada adolescente e, conseqüentemente, a heterogeneidade desta fase que impossibilita a determinação de um padrão comum e universal (23). Além das mudanças fisiológicas e psicossociais, há que considerar também as seguintes alterações inevitáveis, tais como alterações cognitivas, morais e espirituais (4,24).

Esta transição é marcada igualmente por mudanças consideráveis na identidade, consciência e flexibilidade cognitiva (24). Começam a adquirir valores e autonomia e, a estruturar uma personalidade (2), em que o apoio dos pais e de pares é essencial (4).

Há uma tentativa de construção de autonomia em relação à família e a construção de um *self* integrado que leve à identidade que marca o final da adolescência. Portanto, os comportamentos de risco são frequentes neste processo (por exemplo tabagismo, consumo de

álcool e/ou drogas; relações sexuais não protegidas, entre outros) (3).

Adquirem uma capacidade para interiorizar conceitos multidimensionais e são mais capazes de pensar de uma forma mais estratégica (25). Alcançam, portanto, o domínio das operações formais (como sugere *Piaget*, em 1977), que *confere ao adolescente a capacidade de ter pensamentos abstratos e um raciocínio formal, que lhe possibilita gerar hipóteses, manipular diversas variáveis, elaborar os seus próprios pensamentos, estabelecer relações entre conceitos, abordar qualquer questão sob diversos pontos de vista e encontrar uma estratégia lógica para a entender* (22). E por último, temos a teoria do desenvolvimento cognitivo de Piaget que pressupõe estádios de desenvolvimento cognitivo progressivos no ser humano ou formas cada vez mais diferenciadas de adaptação entre o indivíduo e o meio envolvente (22).

A adolescência trata-se de uma etapa onde existe uma grande inquietação e oscilação emocional face às transformações que ocorrem (caso da puberdade), às tarefas que exigem atenção e empenho, às grandes dúvidas e certezas que emergem, tantas vezes desproporcionadas ou contrapostas (22). Com efeito, é neste momento que questões como o sentido da vida, a morte, a imortalidade e o suicídio assumem a maior relevância (2).

Ela poderá ser dividida em três fases: a primeira fase (12-15 anos) ou pré-adolescência onde ocorrem mudanças físicas e sentimentos de solidão e um certo isolamento; a 2ª fase (15-18 anos) é a adolescência propriamente dita; e finalmente, a fase final da adolescência (18-21 anos) designado também como pós-adolescência (22).

Resumindo, a adolescência começa com importantes mudanças físicas e do temperamento, desde há muito descritas, e termina com a formação de valores e de identidade. Por vezes, o adolescente é incapaz de confrontar e lidar com sucesso o desafio. É por isso que o aconselhamento pode ser útil (4). Esta lacuna pode levar o jovem a tentar o

suicídio, onde há portanto um fracasso de desenvolvimento, quer a nível individual quer familiar e social, determinando uma visão negativa de si mesmo, provavelmente de organização desde a infância, mas que eclodiu (2) apenas na *idade do barulho, mas também do silêncio* (26).

## D. Etiologia/Fatores de Risco

O suicídio é um problema de saúde pública que preocupa e afeta todo o mundo, sendo a 2ª causa de morte nos adolescentes (16,27).

Um fator de risco pode ser definido como uma circunstância, condição, acontecimento de vida, patologias ou traços de personalidade que poderá aumentar a probabilidade de tentar o suicídio, bem como de o cometer (6). Os fatores de proteção, como por exemplo um bom suporte social, uma boa integração social, ausência de doença mental e acesso a serviços e cuidados de saúde mental, entre outros, reduzem o risco de suicídio e são considerados isoladores contra o suicídio (28).

Os comportamentos suicidários são mais comuns em certas circunstâncias devido a fatores de risco, de que são exemplo os culturais, os genéticos, os psicossociais e os ambientais, entre outros (28). Os fatores de risco são semelhantes entre adultos e adolescentes. O comportamento de impulsividade/agressividade é um fator de risco para ambos, no entanto este comportamento é uma característica importante no comportamento suicidário do adolescente (29). Alguns fatores psicossociais associados a esta faixa etária podem ser diferentes do adulto, tais como o *stress*, o *bullying*, o contágio, entre outros. Por exemplo, as crianças e adolescentes podem ter uma tendência para imitar, bem como podem ser mais influenciadas pelos média (30,31). O ser humano é facilmente impressionável e contagiado, apesar de gostar tanto de ser diferente, deseja e consegue identificar-se com os “diferentes como nós” (14). O efeito *Werther*, usado na literatura técnica para designar a imitação de suicídios, é mais proeminente nos jovens (30).

Existem diversos fatores de risco de suicídio que podem estar agrupados em três grupos, com ordem crescente de valor preditivo:

1. Sociodemográficos – idade, género, religião/espiritualidade;

2. Contextuais – doença psiquiátrica grave, história de abuso/dependência de álcool ou drogas, história familiar, abuso físico e sexual, orientação sexual, *bullying*;
3. Fatores da esfera suicida – história de tentativas de suicídio prévias, plano suicida e acesso a meios letais (13).

## **1. Fatores sociodemográficos**

### **Idade**

Existe um aumento consistente na taxa de suicídio desde a infância até à adolescência devido à maior prevalência de psicopatologia nos adolescentes (11). Esta diferença está muito bem estabelecida (32). Estes são mais capazes cognitivamente para planejar e executar um suicídio que seja letal, tendo uma intenção e motivação, bem como uma letalidade superior (11), o que torna o suicídio pouco frequente antes da puberdade (13). Por exemplo, as taxas de suicídio em 2011, segundo a OMS, representavam 2 por 100 000 habitantes na faixa etária entre os 5 e os 14 anos, ao invés de 24 por 100 000 habitantes na faixa entre os 15 e os 24 anos de idade.

As tentativas de suicídio, igualmente raras antes da puberdade, apresentam, por sua vez, uma incidência máxima na adolescência e adultos jovens, comparativamente aos adultos (13).

### **Género**

Na maioria dos países, tal como em Portugal, as taxas de suicídio dos indivíduos do género feminino são três vezes menores (6,10) do que a do género masculino, com exceção da China (11). Contrariamente à ideação suicida e às tentativas de suicídio, onde as mulheres lideram, principalmente após a puberdade, com uma probabilidade dez vezes maior de realizar tentativas de suicídio (13).

### **Religião/espiritualidade**

Alguns estudos demonstraram uma menor frequência de comportamentos suicidários

nos indivíduos que tinham uma crença religiosa, comparativamente aos outros.

Além da religião/espiritualidade a raça e etnia são fatores também importantes. Por exemplo o aumento do suicídio entre as mulheres chinesas pode estar relacionado com a disrupção e a marginalização da mulher, consequência da transição de uma sociedade tradicional agrária para uma sociedade capitalista e urbana (33).

## **2. Fatores contextuais**

### **Doença psiquiátrica grave**

A perturbação psiquiátrica está presente em 80 a 90% das vítimas de suicídio, tal como nas tentativas de suicídio. As perturbações mais comuns são do estado de humor, de ansiedade, de conduta e, de abuso de substâncias como álcool e drogas (32). Além disso, a cronicidade e a severidade das perturbações foram associadas com um incremento do risco suicidário (11).

É de salientar que os comportamentos autolesivos e atos suicidas podem ocorrer em adolescentes que não apresentavam nenhum quadro de perturbação mental, o que sucede em cerca de 5- 10% dos jovens que se suicidam (6).

### **História de abuso/dependência de álcool ou drogas**

O abuso de substâncias, como álcool ou drogas, representa um fator de risco de suicídio importante, especialmente em adolescentes que têm concomitantemente perturbações de humor ou disruptivas. Este abuso é também um fator de risco nas tentativas de suicídio (11).

Além disso, os indivíduos que atentam o suicídio são mais frequentemente associados ao abuso de substância relativamente aos que apenas têm ideação suicida, sugerindo uma transição facilitada de uma ideação para um comportamento suicidário (34).

Alguns estudos analisaram a relação entre um consumo de álcool episódico muito

elevado (*binge drinking*), conhecido por *rauschtrinken* na Alemanha (35), e as tentativas de suicídio nos adolescentes, que revelaram um risco de tentativa de suicídio, em adolescentes com 13 ou menos anos de idade, 2,6 vezes superior dos que não consumiram. Já nos adolescentes com 18 ou mais anos de idade houve um aumento de 1,2 vezes (32). Relativamente aos países Europeus, os adolescentes alemães lideram juntamente com os holandeses e dinamarqueses. Por sua vez, os países do sul da Europa (Portugal, França, Turquia) revelam taxas de prevalência mais baixas com um consumo episódico elevado (35).

Um consumo de álcool excessivo episódico não foi associado apenas a complicações somáticas, mas também a acidentes de viação e outros tipos de acidente, comportamento violento e, suicídio (35).

Por último, o abuso de substâncias tem um risco mais elevado nos rapazes, sobretudo em associação com perturbações do comportamento (6).

### **História familiar**

O estudo realizado por *Pitts e Winokur*, um dos primeiros, verificou que 4,9% de doentes admitidos frequentemente no hospital apresentavam um suicídio efetivo ou possível em familiares de primeiro grau (14).

Fatores familiares, incluindo a psicopatologia dos pais, a história familiar de comportamentos suicidários, a perda de um parente ou divórcio, relação entre pais-filhos problemática e, maus-tratos estão associados com um aumento do risco do ato suicida e do comportamento suicidário nos adolescentes (11).

A psicopatologia nos pais, incluindo a depressão, o abuso de substâncias, e o comportamento anti-social, constitui fatores de risco quer de tentativa de suicídio quer do ato suicida nos jovens (11).

Existe uma grande e forte evidência que os comportamentos suicidários são transmissíveis, e porventura a genética e a labilidade desses comportamentos são transmitidos

independentemente das perturbações psiquiátricas (36). Isto é, história de comportamentos suicidários na família de doentes que morrem por suicídio ou com história de tentativas de suicídio são mais frequentes, comparativamente com os indivíduos sem nenhum registo de ato suicida (13). Estudos recentes relatam ainda que a presença de história familiar de suicídio poderá influenciar a idade de início do comportamento suicidário, tornando-a mais precoce (37).

Os comportamentos suicidários demonstraram uma tendência familiar e hereditária marcada, isto é, existem fatores biológicos predisponentes. A disfunção da serotonina foi algo que despertou a atenção desde a década de 60 (1). Existem alguns estudos que demonstraram anormalidades do serotoninérgico, tal como o incremento de subtipos de recetores de serotonina e a diminuição dos metabolitos de serotonina, por exemplo o 5-HIAA (29,38). Anormalidades na sinalização celular, por exemplo o adenilato ciclase e o fosfoinositol. Outros sistemas biológicos parecem também estar desregulados envolvendo o eixo hipotálamo-hipófise-supra-renal, neurotrofinas e recetores de neurotrofinas. Recentemente, vários estudos indicam que as funções do sistema neuroimune podem estar igualmente alteradas.

Porém, pode-se comentar que não é explícito se os comportamentos suicidários se devem a herança genética ou à influência de um contexto familiar que valida o suicídio como forma de reagir ao sofrimento ou às adversidades (14).

Vários estudos também revelaram que o falecimento de um parente, um divórcio ou a distância habitacional longe de um ou de ambos os pais são fatores de risco significativos para cometer suicídio. Todavia, Wagner afirma que o divórcio, a separação parental e a morte de um dos pais não constituem fatores de risco, apenas a existência de perdas precoces e múltiplas perdas possa influenciar a emergência de comportamentos autodestrutivos (14).

A qualidade da relação pais-filhos é igualmente um fator de risco de suicídio

importante. Em contrapartida, a coesão familiar, uma relação positiva com os pais, a supervisão dos pais, bem como um grau acadêmico elevado são fatores de proteção (11).

Existem alguns fatores na comunicação familiar associados ao suicídio, segundo Aldrige (39), tais como, um padrão de hostilidade marcada; um padrão de perturbação de papéis e falha de papéis; um processo de escalada de conflito quando ocorre uma mudança desenvolvimentista relacionada com o ciclo vital da família; uma relação simbiótica entre parceiros que não tolera a autonomia; intolerância à crise; uma relação entre gestão de crises, conflito familiar e organização familiar; comportamento suicida como uma forma de comunicação; e existência de uma tradição familiar de gerir as crises através da manifestação de comportamentos sintomáticos.

Ainda em relação à família, temos o estudo da emoção expressa que caracteriza a família através de uma avaliação de cinco dimensões: hostilidade; comentários críticos; sobre-envolvimento emocional; comentários positivos; e calor afetivo (14).

Por último, as famílias dos jovens suicidas são frequentemente caracterizadas por ter uma estrutura disfuncional no sentido de alta rigidez e coesão, autoridade excessiva ou inadequada, expectativas rígidas ou irrealistas, frequentes conflitos intrafamiliares, dificuldades marcadas na comunicação, sobre-envolvimento emocional e escassas redes de sociabilidade. São também fatores associados a disputa parental o divórcio, a separação, a morte de uma das figuras parentais e/ou famílias adotivas (6).

### **Abuso físico e emocional**

Os maus-tratos que inclui o abuso sexual, físico, emocional e a negligência estão associados independentemente com a ideação suicida e com as tentativas de suicídio (31,40,41).

O abuso sexual é definido como um contato forçado ou uma conduta sexual inapropriada que envolve contato entre um adulto e uma criança (42). O abuso físico engloba

agressões corporais infligidas que podem potencializar ou mesmo causar sequelas (43). O abuso emocional é algo mais difícil de categorizar nas outras formas de abuso, pois é mais subjetivo: inclui insultos verbais ao bem-estar ou à auto-estima, ou qualquer ameaça e/ou humilhação, entre outros, por um adulto (44). Finalmente, a negligência é definida como uma falha dos progenitores em saber quais são as necessidades físicas básicas da criança, como sejam alimentação, abrigo, segurança e supervisão, não esquecendo as necessidades psicológicas e emocionais (45).

Tal como os comportamentos suicidários, os maus-tratos não são incomuns na juventude. As taxas de prevalência de maus-tratos são cerca de 13 a 20 % em amostras comunitárias significativas (40).

O abuso físico e sexual, particularmente tardio nos adolescentes, está associado fortemente a uma história de tentativa de suicídio, bem como de suicídio (11). O abuso na infância aumenta três vezes a probabilidade dos adolescentes ficarem deprimidos ou com comportamentos suicidas do que aqueles sem qualquer história de abuso (14).

Há evidências que sugerem que o abuso sexual e emocional são fatores de risco mais importantes relativamente ao abuso físico e negligência. Existe também um efeito aditivo para cada forma de maus-tratos (40).

### **Orientação sexual**

O suicídio na adolescência é um problema de saúde pública global e uma prioridade médica (46). Uma das mais consistentes evidências da epidemiologia psiquiátrica é a influência da orientação sexual no suicídio na adolescência (47), lésbicas, *gays*, bissexuais e transsexuais (LGBT, ou minorias sexuais) apresentam uma maior probabilidade de planear e cometer suicídio relativamente aos correspondentes heterossexuais, e esta disparidade foi documentada em vários países (27).

Os adolescentes homossexuais têm um maior risco de cometer suicídio, e esse risco

persiste mesmo após o controlo de outros fatores de risco de suicídio, incluindo abuso de álcool, depressão, história familiar de suicídio (32). Verifica-se também a presença de risco acrescido de tentativas de suicídio e comportamentos autolesivos em jovens com orientação homossexual e bissexual, com risco 6 vezes mais elevado que o grupo heterossexual em estudo, registando-se tentativas de suicídio em 20 a 40% dos jovens homossexuais entre os 15 e 17 anos (48).

Por último, o risco de tentativa de suicídio foi 20% maior entre as minorias sexuais que vivem em ambientes menos tolerantes, relativamente à população LGBT que vivem em ambientes mais tolerantes (27).

### ***Bullying***

Um fator que foi relacionado com a ideação suicida foi o *bullying* (49). É um tipo de violência exercida entre pares em contexto escolar (50), ou mesmo nos arredores da escola e vizinhança (49), que deriva de *bully* que significa valentão, estando o termo relacionado com agressividade e vitimização. Trata-se de comportamento agressivo exercido por um indivíduo ou grupo de indivíduos sobre outro indivíduo ou grupo - havendo uma desigualdade de poder - é realizado de forma intencional e repetitiva ao longo do tempo sem razão aparente. Não é considerado *bullying*, quando dois indivíduos da mesma idade ou tamanho se envolvem numa discussão ou briga, pois não há uma desigualdade de poder (51).

Existe também o *cyberbullying* que consiste na utilização das tecnologias de informação e comunicação para divulgar mensagens, comentários, imagens e/ou vídeos de carácter íntimo da vítima, com o intuito de assediar, difamar e espalhar rumores (49).

As vítimas e os agressores têm ambos um risco elevado para ideação suicida, tentativas de suicídio, bem como de cometer suicídio (49). Raparigas, enquanto vítimas, encontram-se em maior risco - mantendo-se esta associação mesmo após o controlo da depressão e de problemas de comportamento (32). Na verdade, a associação entre

*cyberbullying* e suicídio é uma área que ainda carece de mais investigação (31).

### **3. Fatores da esfera suicida**

#### **História de tentativas de suicídio prévias**

Em primeiro lugar, as tentativas de suicídio são mais frequentes que o suicídio nos jovens, com uma relação de 30 para 1, bem como no gênero feminino. Cerca de 86% não contata os serviços de saúde (6).

Constitui o fator de risco mais potente para o suicídio na adolescência (31).

As tentativas de suicídio prévias foram identificadas como um fator que prevê a possibilidade de ocorrer futuramente mais tentativas de suicídio nos adolescentes e de morte por suicídio nos adultos. Foi estimado que mais de 36 a 42% dos jovens irão fazer uma nova tentativa de suicídio após dois anos da tentativa de suicídio inicial (8).

Existe um aumento do risco para cometer suicídio, 10 a 60 vezes superior, sobretudo nos primeiros 3 a 6 meses após uma tentativa de suicídio, podendo verificar o recurso a métodos cada vez mais perigosos nos adultos (6). As características das tentativas de suicídio em adolescentes podem diferir relativamente às dos adultos, pois não ocorre necessariamente um aumento da severidade com a repetição (8).

#### **Plano suicida**

Existe uma associação positiva entre um plano suicida e um método com letalidade superior, com um maior risco de suicídio (13).

A letalidade refere-se ao potencial de perigo de morte associado ao método utilizado; tal torna a utilização de armas de fogo, a precipitação de alturas ou o enforcamento, métodos de alta letalidade. Os indivíduos que se tentam suicidar com uma alta letalidade médica encontram-se em risco elevado para cometer suicídio (31).

A intencionalidade é um conceito controverso, mas pode ser definida como a

determinação para agir de modo a atingir um objetivo, neste caso o suicídio (3).

O método refere-se à forma ou processo utilizado para o sujeito se auto-lesionar. E o resultado pode ser morte (acidental ou suicídio), a sobrevivência com ferimentos/lesões ou sobrevivência sem lesões/ferimentos (3). Os métodos de suicídio mais prevalentes nas crianças e nos adolescentes dos 0 aos 19 anos são enforcamento, precipitar-se de alturas, suicídios ferroviários (ambos os gêneros), intoxicação (gênero feminino) e armas de fogo (gênero masculino) (30). Em todos os países, os homens têm um risco maior do que as mulheres em usar armas de fogo e enforcamento e um risco menor de envenenamento com drogas, afogamento e de precipitar-se de alturas (20).

### **Acesso a meios letais**

A acessibilidade aos meios que oferecem risco é um importante facilitador do suicídio. Muitos dos atos suicidas em jovens (6), demoram apenas alguns minutos entre a decisão e o ato suicida indicando um grau elevado de impulsividade.

Estes suicídios impulsivos utilizam métodos normalmente mais violentos, como armas de fogo, enforcamento e precipitação de alturas. Logo, é importante restringir o acesso a métodos altamente letais para prevenir o suicídio nos adolescentes e adultos jovens (30).

Em suma, a presença de armas de fogo em casa, e de outros meios letais (como medicamentos) e a supervisão parental inadequada aumentam o risco de suicídio (6,11).

Além dos fatores de risco, temos também diversos fatores protetores que são semelhantes aos da população em geral, porém com mais relevo para os adolescentes:

- Fatores familiares: cuidados parentais mantidos, coesão familiar, capacidade de envolvimento mútuo, partilha de interesses e suporte emocional;

- Fatores individuais: capacidades de resolução dos problemas, sentido de valor pessoal, abertura para novas experiências e projetos de vida e a não utilização de substâncias nocivas;

- Fatores sociais: pertença a um ambiente escolar positivo, boa relação com amigos e colegas, boas relações com professores e outros adultos, suporte dos pares e valores culturais e/ou religiosos (6).

O suicídio, bem como o comportamento suicidário são portanto multifatoriais (29).

A importância de cada fator de risco e a forma como ele é classificado dependerá de cada contexto. Os fatores podem contribuir diretamente ou indiretamente para comportamentos suicidários, influenciando a susceptibilidade individual para transtornos psiquiátricos. Além do mais, os fatores estão interrelacionados uns com os outros (15).

No fundo, a identificação dos fatores de risco ou de proteção é essencial na estratégia de prevenção do suicídio, para podermos depois delinear e detetar a natureza e o tipo de intervenção necessários (6).

## E. Perturbações mentais e suicídio

O fator de risco principal de suicídio é a presença de patologia psiquiátrica, incluindo o abuso de substâncias (29,52). Estima-se que cerca de 90% dos indivíduos que cometeram suicídio tinham alguma perturbação mental e, que nesse momento, 60% deles estavam deprimidos. Todos os tipos de perturbações de humor (depressão, hipomania/mania ou estados mistos) têm sido associados aos comportamentos suicidários (28).

Além das perturbações de humor, o suicídio também tem sido associado com esquizofrenia, abuso de substâncias, perturbações de personalidade, perturbações de ansiedade, incluindo o *stress* pós-traumático, e comorbilidade destes diagnósticos, assim como, com perturbações de comportamento do funcionamento social (53,54).

Deve salientar-se que os comportamentos autolesivos e atos suicidas podem ocorrer em adolescentes que não apresentavam nenhuma perturbação mental, o que sucede em cerca de 5 a 10% dos jovens que se suicidam (6).

O comportamento suicidário é uma das complicações da **perturbação depressiva** mais temível. Cerca de 60% dos suicídios acontecem no contexto de uma depressão. Cerca de 5 a 10% dos suicídios ocorrem nos primeiros quinze anos após o episódio depressivo, havendo também um aumento do risco suicida durante um episódio depressivo *major*, bem como pela duração da depressão (5).

Entre os doentes de ambulatório com perturbação depressiva, os comportamentos autolesivos têm uma forte predileção para comportamentos suicidários, bem como o abuso de álcool (55).

Por último, adolescentes deprimidos com comportamentos autolesivos requerem uma avaliação urgente e tratamentos, tal como aqueles que tentaram suicidar-se (55).

A **doença bipolar** não é apenas uma única perturbação, mas uma categoria de

perturbações ao longo da vida caracterizado por um ou mais episódios recorrentes de mania, hipomania ou depressão. Indivíduos que experienciaram episódios maníacos, também experienciam frequentemente episódios depressivos, ou episódios mistos em que estão presentes características de ambos. Usualmente os episódios são intercalados por períodos de eutímia, porém em alguns doentes há uma rápida alternância (56).

A perturbação bipolar na população pediátrica é um problema de saúde pública que afecta 1,8% da população nos Estados Unidos da América (57) e, tem sido associada com taxas de suicídio entre 20 a 44% (6).

Os fatores de risco de suicídio nas perturbações bipolares podem ser categorizados em quatro grupos: demográficos (idade e género), clínicos (depressão, mania, perturbações de ansiedade, sintomas psicóticos e abuso de substâncias), psicológicos (desesperança, baixa auto-estima, impulsividade e agressividade, história de ideação suicida prévia, hospitalizações psiquiátricas anteriores, entre outros) e familiares/sociais (história familiar de tentativas de suicídio, de depressão e de maus-tratos, entre outros) (57).

Nos indivíduos com perturbação bipolar, a primeira tentativa de suicídio ocorre mais prematuramente, relativamente aos indivíduos que têm uma perturbação depressiva *major*. O género também pode ser relevante nestes indivíduos, pois as raparigas poderão ter um risco acrescido (57).

Os comportamentos suicidários também estão mais associados com a mania, do que com episódios de depressão e hipomania. E os sintomas psicóticos representam também um risco acrescido de ideação suicida e planos suicida comparativamente com os jovens com perturbação bipolar sem sintomas psicóticos (57).

O lítio é um estabilizador de humor que se tornou numa estratégia farmacológica muito eficaz para reduzir o risco de suicídio, e além disso parece diminuir as taxas de suicídio nos adultos com perturbação bipolar (58).

Por fim, os jovens com perturbação bipolar têm um maior risco de comportamentos suicidários (57).

O suicídio é a principal causa de morte prematura nos doentes com **esquizofrenia**, aproximadamente 2 a 5%, ao contrário dos clássicos 10%, cometem suicídio (59).

Estudos revelaram uma relação fraca entre comportamento suicidário e eventos de vida stressantes em doentes com esquizofrenia relativamente aos que não tinham (60). Em doentes adolescentes com esquizofrenia, os comportamentos suicidários estão menos associados com os eventos de vida e mais com a percepção dos eventos como negativos e o impacto destes no indivíduo (59).

Vários fatores de risco estão implicados no suicídio de doentes com esquizofrenia. O risco suicidário nestes casos está associado principalmente a sintomas afetivos, a uma história de tentativa de suicídio prévia e ao número de internamentos psiquiátricos. Outros fatores de risco identificados foram idades mais jovens, a proximidade com o início da doença, a idade avançada no início da doença, género masculino, abuso de substâncias e o período durante e após um internamento psiquiátrico (61), além da má adesão ao tratamento. Os doentes esquizofrénicos têm uma tendência a não transmitir a ideação suicida, que é um fator de risco comum para a maioria das outras condições psiquiátricas. Logo, os fatores de risco de suicídio conhecidos parecem ser mais relevantes para indivíduos sem esquizofrenia (59).

O método de suicídio mais utilizado é precipitação de alturas, ao invés do enforcamento que é o mais comum nos indivíduos sem esquizofrenia (59). Desta forma, a limitação ao acesso a meios letais constitui uma forma de reduzir as taxas de suicídio, por exemplo restringir o acesso a *hotspots* de suicídio como alturas colocando barreiras de segurança (62).

A identificação de fatores de risco de suicídio em indivíduos diagnosticados com esquizofrenia é imperativo para melhorar a gestão clínica e para desenvolver estratégias que

reduzam a incidência do suicídio nesta população (61).

As perturbações alimentares, isto é a **anorexia** e a **bulimia nervosas**, partilham muitos fatores de risco de suicídio (63).

Nas últimas décadas houve um decréscimo no risco de suicídio para a anorexia nervosa, apesar de ainda continuar com taxas de suicídio superiores às da população em geral. Isto é atribuído a uma melhoria na deteção dos casos de anorexia nervosa que necessitavam de tratamento na sequência da melhoria dos critérios de diagnóstico, na redução do estigma contra o tratamento das perturbações mentais, e pelo aumento dos especialistas na área das perturbações alimentares (63).

Importa referir que as perturbações alimentares frequentemente têm como comorbilidades as perturbações de humor (63). As perturbações de humor, abuso de substâncias e perturbações de conduta são perturbações psiquiátricas reconhecidas como fatores de risco de suicídio nas crianças e nos adolescentes.

Recentemente houve um aumento do interesse na possibilidade de se estabelecer uma associação entre **perturbação de hiperatividade/défice de atenção (PHDA)** e o suicídio (64). A PHDA refere-se a um comportamento hiperativo, desatenção, dificuldade em concentrar-se, impulsividade, num grau que é considerado desadequado para a sua idade e para o seu nível de conhecimento, que interfere com a capacidade da criança em aprender, realizar as atividades diárias, interagir com a sua família e com os outros (65).

Os indivíduos com PHDA têm um risco maior para comorbilidades psiquiátricas associadas. Enquanto em crianças, os sintomas da PHDA foram associados com perturbações de ansiedade, alterações de humor e perturbações de comportamento, em adolescentes foram associados mais a perturbações de tiques, abuso de substância e dependência. No entanto, existe em ambos uma elevada prevalência, crianças e adolescentes, de ideação suicida, o que torna importante o rastreio nesta população de ideias suicidas (64).

As **perturbações de ansiedade**, especialmente em comorbilidade com depressão, têm sido identificadas como aumentando o risco de comportamentos suicidários (6).

Além das perturbações psiquiátricas, existem características da personalidade que podem ser consideradas fatores de risco ou de proteção. Os níveis aumentados de neuroticismo, mais comum na adolescência que na vida adulta e no género masculino, constituem o preditor mais fidedigno de comportamentos suicidários. Além deste fator, temos outros fatores de risco para o comportamento suicidário como a ansiedade, a introversão, a agressividade, a impulsividade, a desesperança, a auto-crítica, o perfeccionismo, o sentimento de culpa e a irritabilidade (14).

O modelo de *stress*-diátese estabelecido por Amsel e Mann (2001), no qual existiria uma interação entre fatores de *stress*, características tipo estado – como os problemas psiquiátricos – e tipo traço, que é o exemplo a personalidade. A diátese traduz um processo de vulnerabilidade persistente ou predisposição para o comportamento suicidário (66).

Por fim, existem diversas características psicológicas, cognitivas e vulnerabilidades do indivíduo que aumentam a tendência a ter comportamentos suicidários. Fatores, como a desesperança, o pensamento dicotómico e a confusão de identidade são particularmente significativos. Outros que poderão estar associados incluem a baixa auto-estima ou autoconfiança, um modelo de autoapreciação e de culpabilidade negativamente distorcido e um *locus* de controlo externo. Os traços de personalidade mais associados são a impulsividade, a agressividade e o perfeccionismo (6).

## **F. Psicofármacos e suicídio**

O suicídio está quase sempre associado à presença de doença psiquiátrica, principalmente depressão, cerca de 60% (5). É de salientar também que tentativas de suicídio prévias são o fator de risco de suicídio mais significativo (13).

O tratamento farmacológico das várias perturbações psiquiátricas constitui uma arma na prevenção do suicídio. Há, de facto, evidências da atuação dos psicofármacos na gestão da ideação suicida e dos comportamentos suicidários.

A medicação tem um papel relativamente *minor* na prevenção do suicídio apesar de a sua importância ter sido subestimada (58).

### **1. Antidepressivos**

A prevalência da depressão nos jovens é menor que nos adultos (67). Há cerca de 4 a 8 % de adolescentes no mundo com depressão *major*, sendo a probabilidade de recaída após dois e cinco anos de 40 e de 70%, respetivamente (5).

A perturbação depressiva pode ter um impacto negativo na saúde, no rendimento escolar, nas relações interpessoais, na vulnerabilidade ao uso de substâncias, tais como tabaco e drogas e no aumento do risco de tentativas de suicídio, em crianças e adolescentes (5, 64).

Os antidepressivos aumentam a disponibilidade de monoaminas na fenda sináptica, e apesar de este efeito ocorrer em poucas horas a nível central, é necessário até 8 semanas de tratamento diário para se tornar clinicamente evidente. Esta dissociação entre o início do tratamento e a melhoria clínica, isto é dissociação iniciativa-humor precoce é, um fator de risco para o suicídio (5). Logo, todos os jovens medicados com antidepressivos devem ser cuidadosamente monitorizados em relação ao comportamento suicidário, bem como a eventuais efeitos secundários (13).

A *US Food and Drug Administration* (FDA) e a *UK Medicine and Healthcare*

*Products Regulatory Agency* (MHRA) alertaram para o aumento dos riscos de ideação suicida, mas não para o de suicídio consumado com antidepressivos (67).

Um estudo sobre os antidepressivos para a depressão na população pediátrica revelou um risco/benefício apenas para a fluoxetina, um inibidor seletivo da recaptação de serotonina (ISRS) (67), sendo este o mais utilizado e recomendado (13).

Em estudos com os indivíduos que cometeram suicídio, não existiam sinais de que os antidepressivos, principalmente os ISRS, seriam um fator causal significativo. Também não houve evidência de que um número maior do que esperado de jovens que se suicidou estava a fazer terapêutica antidepressiva (67).

Por fim, a maioria dos adolescentes que cometeram suicídio não beneficiou do efeito potencial dos antidepressivos. Por isso, a prescrição de ISRS deve ser prescrita em jovens com um episódio de depressão *major* moderado ou severo (68), com ou sem psicoterapia, devendo ser assegurada a monitorização cuidadosa do comportamento suicidário (5).

## **2. Estabilizadores de humor – Lítio**

O lítio foi o primeiro estabilizador de humor a ser utilizado no tratamento da perturbação bipolar, e desde logo demonstrou eficácia na prevenção do suicídio e tentativas de suicídio em doentes com perturbação de humor, bipolar ou unipolar (13).

O lítio é um tratamento a longo prazo eficaz, quer nas perturbações bipolares quer nas unipolares, além de reduzir o risco de cometer suicídio e o número total de mortes nestes doentes (69).

O lítio foi associado a uma redução do risco de suicídio comparativamente com o placebo, bem como a uma redução do risco de comportamentos autolesivos comparativamente com a carbamazepina. Consegue igualmente diminuir a agressividade e possivelmente a impulsividade, o que poderá explicar o seu efeito anti-suicídio (58).

De facto, o lítio reduz o risco de suicídio e possivelmente os comportamentos

autolesivos em indivíduos com perturbação bipolar ou unipolar recorrente, o que justifica a sua importância clínica apesar das reações adversas que lhe estão associadas (58) como a toxicidade crónica, renal e tiroideia, e a neurotoxicidade aguda devido a sobredosagem que poderiam ser causa de maior mortalidade (13)

### **3. Antipsicóticos**

Os antipsicóticos de primeira geração são eficazes no tratamento de sintomas positivos da esquizofrenia, porém não estão associados necessariamente a uma diminuição do risco de suicídio, havendo apenas um benefício modesto. Ao contrário dos de segunda geração, especialmente a clozapina, que parecem ser mais eficazes (70).

A maioria dos indivíduos com esquizofrenia e que morreram por suicídio, ou receberam doses inadequadas de antipsicóticos ou não houve adesão ao tratamento prescrito (70).

A clozapina foi descrita pela primeira vez alegando-se que reduzia as taxas de suicídio na sequência de um estudo com pacientes com esquizofrenia refratária ou perturbação esquizoafetiva (70). A mortalidade parece ser menor com a clozapina, comparativamente aos outros antipsicóticos havendo, então, uma diminuição do risco de suicídio nos esquizofrénicos (71).

Porém, a clozapina pode ter efeitos cardiovasculares potencialmente graves e hematológicos que devem ser ponderados com os benefícios anti-suicídio do fármaco (72). A monitorização hematológica a longo prazo torna-se importante durante o tratamento com este fármaco, que além disso pode ser considerado oneroso. Outras reações adversas associadas são convulsões, distúrbios metabólicos, entre outros. Na verdade, alguns pacientes podem necessitar de aumentar a dose, podendo aumentar a sua toxicidade (70).

Realmente, os antipsicóticos de primeira geração podem até ser protetores, mas não são tão eficazes como os de segunda geração, que deve ser usada com precaução devido às

possíveis reações adversas (70).

## **G. Prevenção do suicídio na adolescência – PNPS**

Em 1999, a OMS lançou o SUPRE, uma iniciativa a nível mundial para a prevenção do suicídio. Este guia era dirigido a grupos sociais e profissionais específicos, que são de particular importância para a prevenção do suicídio (15).

Com a prevenção do suicídio, o objetivo é prevenir mortes prematuras pelo suicídio, limitar a recorrência de outros comportamentos autolesivos, minorar as sequelas de tais comportamentos nos elementos mais próximos, promovendo oportunidades e contexto para incentivar a resiliência e os recursos para o indivíduo e a comunidade (14).

No Plano de Ação de Saúde Mental da OMS 2013 a 2020, os Estados-membro comprometeram-se a trabalhar no sentido de reduzir a taxa de suicídio em 10% até 2020 (15).

Segundo o PNPS 2013-2017, uma prevenção efetiva do suicídio deverá combinar estratégias dirigidas à população em geral, aos grupos de risco e grupos específicos e, os planos já implementados em vários países com resultados positivos (6).

Neste momento, estamos na 2ª fase (2014-2017) do PNPS, que tem como objetivos: aumentar os níveis de bem-estar psicológico; diminuir os comportamentos autolesivos e atos suicidas; aumentar a informação e educação em saúde mental; aumentar o acompanhamento de pessoas com ideação suicida, comportamentos autolesivos e atos suicidas ao nível dos cuidados primários; aumentar o acesso a cuidados diferenciados através da criação de consultas especializadas em todos os distritos; aumentar a investigação neste domínio com ênfase nos aspetos socioculturais e outros correlacionados com comportamentos autolesivos e atos suicidas; e, por fim, monitorizar e avaliar o PNPS (6).

O PNPS tem prevenido o suicídio nos adolescentes através de campanhas de: prevenção nas escolas procurando o combate ao estigma em saúde mental; na identificação de fatores de risco e protetores da sintomatologia depressiva, ideação suicida, comportamentos

autolesivos e atos suicidas; na criação de sinergias entre a escola, a família, os serviços de saúde e a comunidade, favorecendo uma visão ecológica e integradora; numa maior restrição ao consumo de bebidas alcoólicas e de outras substâncias psicoativas; e ainda, no aumento da cobertura de respostas de saúde mental da infância e adolescência (6).

## Discussão/Conclusão

O suicídio, problema de saúde pública, é um fenómeno complexo e multideterminado, onde interagem vários fatores. Todos os dias, aproximadamente 3000 pessoas cometem suicídio e, quase 75% acontecem em países em vias de desenvolvimento. É considerado uma das três principais causas de morte na faixa etária entre os 14 e os 24 anos.

Em Portugal, no ano de 2010, a taxa de suicídio foi de 2,5 por 100 000 habitantes na faixa etária dos 15 aos 19 anos. Porém, estes dados não correspondem à realidade do país, tal como os correspondentes a comportamentos autolesivos e tentativas de suicídio, onde apresentam dados bastante incompletos. Há um padrão tipicamente ascendente, onde 50% dos indivíduos que cometeram suicídio tinham mais de 64 anos. Todavia, na Madeira e nos Açores temos um padrão descendente.

As tentativas de suicídio, raras antes da puberdade, têm uma incidência máxima na adolescência e adultos jovens. O género feminino revela taxas de suicídio três vezes menores, relativamente ao masculino, com exceção da China. Em relação às tentativas de suicídio as mulheres têm dez vezes maior probabilidade de o cometerem.

A perturbação mental encontra-se em 80 a 90% das vítimas de suicídio, bem como nas tentativas de suicídio. A mais comum é a perturbação afetiva que está presente em 60% dos suicídios.

Na esquizofrenia, o risco suicidário está associado principalmente a sintomatologia afetiva, a uma história de tentativa de suicídio prévia e ao número de internamentos psiquiátricos.

Por sua vez, na perturbação depressiva, existe uma dissociação iniciativa-humor precoce, sendo este um fator de risco para o suicídio. Deste modo, é importante que os jovens medicados com antidepressivos sejam monitorizados em relação ao comportamento

suicidário, bem como a eventuais reações adversas.

O lítio é um estabilizador de humor eficaz a longo prazo, quer em perturbações afetivas bipolares quer em unipolares, uma vez que reduz o risco de cometer suicídio. A clozapina também demonstrou reduzir as taxas de suicídio em indivíduos com esquizofrenia ou com perturbação esquizoafetiva.

Além das perturbações psiquiátricas, existem características da personalidade que podem ser consideradas fatores de risco ou de proteção. O neuroticismo - associado mais ao género masculino - a ansiedade, a introversão, a agressividade, a impulsividade, a desesperança, a auto-crítica, o perfeccionismo, o sentimento de culpa e a irritabilidade são fatores de risco para os comportamentos suicidários.

Os fatores de risco são idênticos quer nos adolescentes quer nos adultos, por exemplo o comportamento de impulsividade/agressividade. Contudo, diferem em alguns aspetos, como o *bullying* ou o contágio - efeito *Werther*.

Antecedentes de tentativas de suicídio prévios são o fator mais preponderante para o suicídio na adolescência. Nos primeiros 3 a 6 meses após essa tentativa há um risco de 10 a 60 vezes de cometer suicídio.

A existência de história familiar de comportamentos suicidários é recorrente em indivíduos que cometeram suicídio ou tentativas de suicídio. Constata-se uma tendência familiar e hereditária marcada, isto é, uma predisposição biológica que foi demonstrada em estudos onde revelaram anormalidades do sistema serotoninérgico.

O abuso de substâncias é um fator de risco de suicídio de relevo, principalmente em adolescentes com perturbações de humor ou disruptivas. Este abuso tem um risco mais relevante nos rapazes. Estudos revelaram que a ingestão excessiva de álcool episódica exibiu um risco de tentativa de suicídio em adolescentes com 13 anos, ou menos, de cerca de 2,6 vezes superior aos que não ingeriam.

As vítimas e os agressores de *bullying* têm ambos um risco elevado para ideação suicida, tentativas de suicídio, bem como de cometer suicídio, em que as raparigas enquanto vítimas têm maior risco.

O abuso físico e sexual, principalmente tardio em adolescentes, correlaciona-se fortemente a história de tentativa de suicídio, bem como de suicídio.

Uma das mais consistentes evidências da epidemiologia psiquiátrica é a influência da orientação sexual no suicídio na adolescência, em que existe uma probabilidade maior de planejar e cometer suicídio.

O recurso a métodos violentos, como armas de fogo ou enforcamento, é utilizado principalmente em rapazes. Os supracitados, bem como ingestão de pesticidas são considerados os métodos mais comuns utilizados mundialmente.

Por último, o suicídio, apesar de complexo, pode ser prevenido. O diagnóstico das perturbações mentais e uma terapêutica adequada contribui significativamente para a redução das taxas de suicídio. Outras medidas como a restrição ao acesso a meios letais, a restrição ao consumo de bebidas alcoólicas e de outras substâncias psicoativas podem também reduzir o risco de suicídio.

## Referências bibliográficas

1. Saraiva CB. Suicídio : de Durkheim a Shneidman , do determinismo social à dor psicológica individual. 2010;(3):185–205.
2. Peixoto B, Saraiva CB, Sampaio D. Comportamentos Suicidários em Portugal. 1ª Edição. Coimbra: Sociedade Portuguesa de Suicidologia - [www.spsuicidologia.pt](http://www.spsuicidologia.pt); 2006.
3. Guerreiro DF, Sampaio D. Comportamentos autolesivos em adolescentes: uma revisão da literatura com foco na investigação em língua portuguesa. Rev Port Saúde Pública [Internet]. Escola Nacional de Saúde Pública; 2013 Jul [cited 2014 Nov 11];31(2):204–13. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0870902513000308>
4. Coleman JC. The Nature of Adolescence, 4th Edition [Internet]. 2011 [cited 2014 Nov 18]. Available from: [http://books.google.pt/books/about/The\\_Nature\\_of\\_Adolescence\\_4th\\_Edition.html?id=Sb\\_qF0zbA4AC&pgis=1](http://books.google.pt/books/about/The_Nature_of_Adolescence_4th_Edition.html?id=Sb_qF0zbA4AC&pgis=1)
5. Revis ADE. ANTIDEPRESSIVOS E SUICÍDIO NOS ADOLESCENTES. 2011;603–12.
6. Carvalho Á, Peixoto B, Saraiva CB, Al Et. Plano Nacional de Prevenção de Suicídio. DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE PROGRAMA NACIONAL PARA A SAÚDE MENTAL Plano. 2013.
7. Anton J, Van Hoof L. A Historical Perspective on Suicide. Comprehensive Textbook of suicidology. The Guilford Press; 2000. p. 122.

8. Miranda R, Shaffer D. Understanding the suicidal moment in adolescence. *Ann N Y Acad Sci* [Internet]. 2013 Nov [cited 2015 Jan 20];1304:14–21. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24138124>
9. Karaman D, Durukan I. Suicide in Children and Adolescents. *Psikiyatry Guncel Yaklasimlar - Curr Approaches Psychiatry* [Internet]. 2013 [cited 2015 Feb 1];5(1):30. Available from: <http://www.scopemed.org/?mno=24532>
10. Dias L, Souza DM, Azevedo R, Jansen K, Kuhn RP, Horta L, et al. Suicidal ideation in adolescents aged 11 to 15 years : prevalence and associated factors *Ideação suicida em adolescentes de 11 a 15 anos : prevalência e fatores associados*. 2009;32:37–41.
11. Pandey GN. Biological basis of suicide and suicidal behavior. *Bipolar Disord* [Internet]. 2013 Aug [cited 2014 Nov 4];15(5):524–41. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3749837&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
12. Durkheim É. *O Suicídio - Estudo Sociológico*. 1ª Edição. Editorial Presença; 2001.
13. Saraiva CB. *Depressão e Suicídio - Um guia clínico dos cuidados de saúde primários*. 1ª Edição. LIDEL, editor. Lisboa; 2014.
14. Braz Saraiva C, Peixoto B, Sampaio D. *Suicídio e Comportamentos Autolesivos , Dos Conceitos à Prática Clínica*. 1ª Edição. LIDEL, editor. 2014.
15. Saxena S, Krug E, Chestnov O. *Preventing suicide: a global imperative*. Geneva: WHO Press; 2014.

16. Mental Health - Data and statistics - Suicide [Internet]. World Health Organization; [cited 2014 Nov 6]. Available from: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/data-and-statistics>
17. Kutcher S, Chehil S. Gestão de Risco de Suicídio - Um manual para Profissionais de Saúde. 1ª Edição. Lundbeck Institute - Portugal; 2007.
18. Suicide death rate , by age group - Total [Internet]. 2014 [cited 2014 Nov 12]. p. 2014. Available from: [http://ec.europa.eu/geninfo/legal\\_notices\\_en.htm](http://ec.europa.eu/geninfo/legal_notices_en.htm)
19. International statistical classification of diseases and related health problems. 10ª Revisã. World Health Organization; 2010.
20. Värnik a, Kõlves K, van der Feltz-Cornelis CM, Marusic a, Oskarsson H, Palmer a, et al. Suicide methods in Europe: a gender-specific analysis of countries participating in the “European Alliance Against Depression”. J Epidemiol Community Health [Internet]. 2008 Jun [cited 2014 Nov 13];62(6):545–51. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2569832&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
21. Noack J. Reflexos sobre o acesso empírico da teoria de identidade de Erik Erikson. Interação em Psicol. 2007;11 (1):135–46.
22. Oliveira A. Ilusões: A Melodia e o Sentido da Vida na Idade das Emoções - Representações Sociais da Morte, do Suicídio e da Música na Adolescência. Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa - ISCTE; 2003. p. 742.
23. Shaffer D, Kipp K. Developmental Psychology: Childhood and Adolescence [Internet]. 2013 [cited 2014 Nov 18]. Available from: <http://www.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=qTgLAAAAQBAJ&pgis=1>

24. Rutter M, Rutter M. *Developing Minds: Challenge and Continuity Across the Life Span* [Internet]. 1993 [cited 2014 Nov 18]. Available from: [http://books.google.pt/books/about/Developing\\_Minds.html?id=mF4spW\\_89\\_sC&pgis=1](http://books.google.pt/books/about/Developing_Minds.html?id=mF4spW_89_sC&pgis=1)
  
25. Blakemore S-J, Choudhury S. Development of the adolescent brain: implications for executive function and social cognition. *J Child Psychol Psychiatry* [Internet]. 2006 [cited 2014 Sep 20];47(3-4):296–312. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16492261>
  
26. Braconnier A. *Guia da adolescência*. Lisboa: Prafácio, 2002; 2002.
  
27. Duncan DT, Hatzenbuehler ML. Lesbian, gay, bisexual, and transgender hate crimes and suicidality among a population-based sample of sexual-minority adolescents in Boston. *Am J Public Health* [Internet]. 2014 Feb [cited 2015 Jan 16];104(2):272–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24328619>
  
28. OMS. **PREVENÇÃO DO SUICÍDIO - UM RECURSO PARA CONSELHEIROS**. Genebra; 2006. Report No.: 92 4 159431 4.
  
29. Pandey GN. Biological basis of suicide and suicidal behavior. *Bipolar Disord* [Internet]. 2013 Aug [cited 2015 Jan 20];15(5):524–41. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3749837&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
  
30. Hepp U, Stulz N, Unger-Köppel J, Ajdacic-Gross V. Methods of suicide used by children and adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 2012 Feb [cited 2015 Jan 20];21(2):67–73. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22130898>

31. Bridge JA, Goldstein TR, Brent DA. Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*. 2006. p. 372–94.
32. Cash SJ, Bridge JA. Epidemiology of youth suicide and suicidal behavior. *Curr Opin Pediatr*. 2009;21(5):613–9.
33. Ji, J., Kleinman, A., & Becker AE. Suicide in contemporary China: A review of China's distinctive suicide demographics in their sociocultural context. *Harv Rev Psychiatry*. 2001;9:1–12.
34. Gould MS, et al. Psychopathology associated with suicidal ideation and attempts among children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1998;37:915–23.
35. Stolle M, Sack P-M, Thomasius R. Binge drinking in childhood and adolescence: epidemiology, consequences, and interventions. *Dtsch Arztebl Int* [Internet]. 2009 May [cited 2015 Jan 22];106(19):323–8. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2689602&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
36. Brent, DA Mann J. Family genetic studies, suicide, and suicidal behavior. *Am J Med Genet Part C*. 2005;133C:13–24.
37. Roy A. Family history of suicidal behavior and earlier onset of suicidal behavior. *Psychiatry Res*. 2004;129:217–9.
38. González-Castro TB, Tovilla-Zárate CA, Juárez-Rojop I, Pool García S, Genis A, Nicolini H, et al. Association of 5HTR1A gene variants with suicidal behavior: case-control study and updated meta-analysis. *J Psychiatr Res* [Internet]. Elsevier Ltd; 2013

- Nov [cited 2015 Jan 21];47(11):1665–72. Available from:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23911056>
39. Aldridge D. Family interaction and suicidal behaviour: a brief review. 1984;(April):309–22.
  40. Miller AB, Esposito-Smythers C, Weismore JT, Renshaw KD. The relation between child maltreatment and adolescent suicidal behavior: a systematic review and critical examination of the literature. *Clin Child Fam Psychol Rev* [Internet]. 2013 Jun [cited 2014 Dec 29];16(2):146–72. Available from:  
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3724419&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
  41. Dunn EC, McLaughlin K a, Slopen N, Rosand J, Smoller JW. Developmental timing of child maltreatment and symptoms of depression and suicidal ideation in young adulthood: results from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Depress Anxiety* [Internet]. 2013 Oct [cited 2015 Jan 2];30(10):955–64. Available from:  
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3873604&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
  42. Finkelhor D. Current information on the scope and nature of child sexual abuse. *Futur Child*. 1994;31–53.
  43. Malinosky-Rummell, R. , Hansen DJ. Long-term consequences of childhood physical abuse. *Psychol Bull*. 1993;
  44. Glaser D. Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): A conceptual framework. *Child Abus Negl*. 2002;26 (6):697–714.

45. Crouch, J. L. , Milner JS. Effects of child neglect on children. *Crim Justice Behav.* 1993;20 (1):49–65.
46. Hawton K, Saunders KEA, O'Connor RC. Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet.* 2012. p. 2373–82.
47. Haas AP, Eliason M, Mays VM, Mathy RM, Cochran SD, D'Augelli AR, et al. Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: review and recommendations. *J Homosex.* 2011;58:10–51.
48. GREYNDANUS D, CALLES J. Suicide in Children and Adolescents. *Prim Care Clin Off Prat.* 2007;34:259–73.
49. Hinduja S, Patchin JW. Bullying, cyberbullying, and suicide. *Arch Suicide Res.* 2010;14:206–21.
50. H. GM. Bullying – A violência nas organizações escolares; quando os professores são as vítimas: Um estudo descritivo na Região Autónoma da Madeira. Universidade da Madeira; 2011.
51. Matos MGDE. Bullying – A provocação / vitimação entre pares no contexto escolar português. 2001;4:523–37.
52. Screening for Suicide Risk in Adolescents, Adults, and Older Adults in Primary Care: U.S. preventive services task force recommendation statement .
53. Sanchez HG. Risk Factor Model for Suicide Assessment and Intervention. *Prof Psychol Res Pract.* Vol. 32(4):p351. 8p.
54. Shaffer D CL. Methods of adolescent suicide prevention. *J Clin Psychiatry.* 1999;60 (Supp.2:70–4.

55. Tuisku V, Kiviruusu O, Pelkonen M, Karlsson L, Strandholm T, Marttunen M. Depressed adolescents as young adults - predictors of suicide attempt and non-suicidal self-injury during an 8-year follow-up. *J Affect Disord* [Internet]. Elsevier; 2014 Jan [cited 2015 Jan 24];152-154:313–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24144580>
56. Vieta E, Blasco-Colmenares E, Figueira ML, Langosch JM, Moreno-Manzanaro M, Medina E. Clinical management and burden of bipolar disorder: a multinational longitudinal study (WAVE-bd study). *BMC Psychiatry* [Internet]. 2011 Jan;11:58. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3087674&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
57. Halfon N, Labelle R, Cohen D, Guilé J-M, Breton J-J. Juvenile bipolar disorder and suicidality: a review of the last 10 years of literature. *Eur Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 2013 Mar [cited 2015 Jan 20];22(3):139–51. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23053775>
58. Cipriani A, Hawton K, Stockton S, Geddes JR. Lithium in the prevention of suicide in mood disorders: updated systematic review and meta-analysis. *BMJ* [Internet]. 2013 Jan [cited 2015 Jan 20];346(June):f3646. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23814104>
59. Lopez-Morinigo J-D, Fernandes AC, Chang C-K, Hayes RD, Broadbent M, Stewart R, et al. Suicide completion in secondary mental healthcare: a comparison study between schizophrenia spectrum disorders and all other diagnoses. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2014 Jan [cited 2015 Jan 13];14:213. Available from:

[http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4149212&tool=pmcentrez  
&rendertype=abstract](http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4149212&tool=pmcentrez&rendertype=abstract)

60. Kawashima Y, Ito T, Narishige R, Saito T, Okubo Y. The characteristics of serious suicide attempters in Japanese adolescents--comparison study between adolescents and adults. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2012 Jan;12:191. Available from: [http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3539954&tool=pmcentrez  
&rendertype=abstract](http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3539954&tool=pmcentrez&rendertype=abstract)
61. Popovic D, Benabarre A, Crespo J, Goikolea J, González-Pinto A, Vieta E et al. Risk factors for suicide in schizophrenia: systematic review and clinical recommendations. *Acta Psychiatr Scand* [serial Internet]. 130 (6):418–26.
62. Bennewith O, Nowers M GD. Suicidal behaviour and suicide from the Clifton Suspension Bridge, Bristol and surrounding area in the UK: 1994–2003. *Eur J Public Health*. 2011;21(2):204–8.
63. Preti a, Rocchi MBL, Sisti D, Camboni M V, Miotto P. A comprehensive meta-analysis of the risk of suicide in eating disorders. *Acta Psychiatr Scand* [Internet]. 2011 Jul [cited 2015 Jan 21];124(1):6–17. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21092024>
64. Balazs J, Miklósi M, Keresztény Á. Attention-deficit hyperactivity disorder and suicidality in a treatment naïve sample of children and adolescents. *J Affect ...* [Internet]. Elsevier; 2014 Jan [cited 2014 Nov 4];152-154(1):282–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24183487>
65. Johnson JJ. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorders Among Students in Christian Colleges and Universities. *Christ High Educ* [Internet]. 2011 Jan 13 [cited 2015 Jan

24];10(1):57–70.

Available

from:

<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15363751003609119>

66. Saraiva CB, Cerejeira J. *Psiquiatria fundamental*. 1<sup>a</sup> ed. LIDEL, editor. 2014.
67. Isacson G, Rich CL. Antidepressant drugs and the risk of suicide in children and adolescents. *Paediatr Drugs* [Internet]. 2014 Apr [cited 2015 Jan 20];16(2):115–22. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24452997>
68. Dudley M, Goldney R, Hadzi-Pavlovic D. Are adolescents dying by suicide taking SSRI antidepressants? A review of observational studies. *Australas Psychiatry* [Internet]. 2010 Jun [cited 2015 Jan 25];18(3):242–5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20482427>
69. Cipriani A, Smith K, Burgess S, Carney S, Goodwin G GJ. Lithium versus antidepressants in the long-term treatment of unipolar affective disorder. *Cochrane Database*. 2006;
70. Kasckow J, Felmet K, Zisool S. *Managing Suicide Risk in Patients with Schizophrenia*. 2011;25(2):129–43.
71. Risk TI. Some antipsychotics and adjunctive antidepressants may minimize the risk of suicide in patients with schizophrenia. *Drugs Ther Perspect* [Internet]. 2011 Oct;27(10):15–8. Available from: <http://link.springer.com/10.2165/11207950-000000000-00000>
72. Thomas P, Alptekin K, Gheorghe M, Mauri M, Olivares JM, Riedel M. Management of patients presenting with acute psychotic episodes of schizophrenia. *CNS Drugs* [Internet]. 2009 Jan;23(3):193–212. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19320529>

