



UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA

CAMILA LEHMKUHL DE ARRUDA

TRANSTORNOS MENTAIS COMO FATOR DE RISCO PARA O SUICÍDIO

Palhoça

2012

CAMILA LEHMKUHL DE ARRUDA

TRANSTORNOS MENTAIS COMO FATOR DE RISCO PARA O SUICÍDIO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado no Curso de Graduação em Psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina como requisito parcial para obtenção do título de Psicólogo.

Palhoça

2012

CAMILA LEHMKUHL DE ARRUDA

TRANSTORNOS MENTAIS COMO FATOR DE RISCO PARA O SUICÍDIO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado no Curso de Graduação em Psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina como requisito parcial para obtenção do título de Psicólogo.

Palhoça, novembro de 2012

Prof^a. Orientadora Alessandra D'Avila Scherer, Msc.
Universidade do Sul de Santa Catarina

Prof^a. Maria do Rosário Stotz, Dra.
Universidade do Sul de Santa Catarina

Prof^a. Maria Ângela Giordano Machado, Msc.
Universidade do Sul de Santa Catarina

AGRADECIMENTOS

Faltam-me palavras para expressar e, principalmente, agradecer a todas as pessoas que fizeram parte desta caminhada. Foram 5 longos anos em que pude perceber quantas pessoas maravilhosas estão sempre do meu lado, sei que sem elas nada disso seria possível. Início então os meus agradecimentos à minha família

Aos meus pais, Márcia e Luiz, que são a base de quem eu sou, por sempre se fazerem presentes, acreditarem no meu potencial, se dedicarem integralmente a minha educação e formação e por sempre me fazerem entender a importância que o estudo e o conhecimento têm na vida. Obrigada pela compreensão durante todos esses anos, por aguentarem meus momentos de stress e nervosismo e por todo o amor, carinho e confiança. Até pelos momentos em que me viam e falavam: “não tens que fazer o teu TCC?”, “não precisa virar a noite fazendo isso, filha!”. Sem vocês não seria possível eu realizar mais esse sonho. Amo vocês incondicionalmente.

À minha querida irmã Bruna, o maior orgulho da minha vida. Obrigada por todos os momentos em que tu te dedicaste a me aconselhar não somente sobre meu futuro profissional, mas também em todos os outros aspectos da minha vida. Além de minha irmã, és uma grande amiga. Obrigada por tudo.

À professora Alessandra Scherer, da qual eu tive o prazer de receber orientação. Foi um ano de muitas discussões pertinentes e dias dedicados ao TCC. Obrigada pela disponibilidade, contribuições e paciência para que esta pesquisa fosse realizada, você teve um papel fundamental nessa longa estrada, além de ter sido um privilégio poder ter sua participação neste trabalho. Também à banca qualificadora, que se dispusera a avaliar este trabalho na primeira etapa, professor Maurício Maliska e Maria Ângela. À professora Maria do Rosário Stotz, por todo o seu conhecimento repassado durante os anos da faculdade e agora, participante da banca com o trabalho concluído. Obrigada por todas as contribuições e por aceitarem o convite.

Ao meu grupo de orientação do TCC, Rafaela, Antônio e Vanessa. Foram algumas manhãs dedicadas a confecção desse trabalho, alguns momentos de stress, mas sempre acompanhados de muita risada e bom-humor! Foi muito bom poder conhecê-los melhor. Agradeço também ao grupo de supervisão do SP e do hospital. Foram momentos inesquecíveis que tiveram grande contribuição para a minha formação.

Às minhas grandes amigas, que me mostraram a amizade verdadeira que se pode construir no período da faculdade e que me acompanharam durante todo esse período: Ingrid, Letícia, Renata e Mayara. Não teria sido tão bom se não fosse por vocês! Obrigada por todas as risadas (infinitas!), momentos de nervosismo, angústia, mas sempre acompanhado de muita diversão. Acredito que por sermos tão diferentes, acabamos sendo tão iguais. Amo vocês.

Também aos meus amigos de longa data Luiza, Eduarda, Andrey, Kleber e Rodrigo. Sem palavras para descrever o quão vocês são importantes para mim. Obrigada por tudo, sempre! Não posso deixar de agradecer às minhas primas e também grandes amigas pelo apoio constante, por estarem sempre disponíveis a me ouvir e por todos os momentos que passamos juntas. Amo muito vocês!

Um agradecimento especial à minha tia e madrinha, Izete Lehmkuhl Coelho, que entre suas tarefas pessoais e profissionais, aceitou ler e corrigir este trabalho tão fundamental na minha vida acadêmica e profissional. Madrinha, você é especial! Te amo.

Por fim, mas não menos importante, à minha “filhota” Lola. Por trazer uma alegria imensurável à minha vida, pelo amor incondicional que me proporciona e por estar sempre por perto, se desdobrando entre pedidos de atenção, latidos para brincadeiras, passeios na pracinha para correr atrás dos passarinhos e por todo o carinho que me ensinou a ter.

Agradeço também a todas as pessoas que estiveram presentes e me acompanharam durante esta caminhada. Muito obrigada!

"Se nos matamos mais que ontem não é porque temos que fazer, para nos manter, esforços mais dolorosos nem porque nossas necessidades legítimas estão menos satisfeitas; mas porque já não sabemos onde estão as necessidades legítimas nem tampouco percebemos o sentido de nossos esforços." (DURKHEIM, Émile. O Suicídio, 1917)

RESUMO

O suicídio é considerado, de acordo com a Organização Mundial de Saúde, um problema de saúde pública. São cada vez mais altas as taxas de suicídio no mundo inteiro e esse fenômeno se constitui pela relação de diversos fatores, sendo um deles, o diagnóstico de alguma psicopatologia. Dessa forma, esta pesquisa visa caracterizar, de acordo com a literatura da saúde mental, de que forma os transtornos mentais podem ser diagnosticados como um risco para o suicídio, e tem como objetivos específicos identificar os principais transtornos, sua etiologia e outros fatores de risco do suicídio. Essa pesquisa é caracterizada por levantamento bibliográfico através da base de dados Scielo e MedLine, utilizando-se 14 artigos, dentre eles 12 de literatura nacional e 2 de literatura internacional, para ir mais além da literatura publicada no Brasil. A pesquisa possui caráter exploratório, com abordagem qualitativa e foi utilizada a técnica de análise de conteúdo para a análise dos dados coletados. Ao fim desse processo, foi possível perceber que os autores estão de acordo com relação às psicopatologias que estão mais propensas ao suicídio, como também com a maneira como elas se desenvolvem no sujeito e com outros fatores que estão relacionados o desencadeamento do suicídio, tais como aspectos biológicos, ambientais, histórico familiar e tentativas anteriores. Observou-se que, dos 14 artigos, 11 falam sobre a etiologia dos transtornos mentais; 8 falam sobre quais transtornos mentais estão relacionados ao suicídio e 7 falam sobre outros fatores desencadeantes do suicídio. Ao final da análise, pode-se identificar que os aspectos que constituem os transtornos mentais são similares aos que desencadeiam o suicídio, sugerindo uma forte relação entre psicopatologias e o suicídio, mais especificamente esquizofrenia, depressão, transtorno de humor bipolar, transtornos de personalidade anti-social e borderline. Ainda, os dados também apontaram o risco aumentado para o suicídio quando há associação dos quadros psicopatológicos ao abuso de álcool.

Palavras-chave: psicopatologia; suicídio; transtorno mental.

LISTA DE SIGLAS

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso

OMS – Organização Mundial da Saúde

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

AVC – Acidente Vascular Cerebral

DSM-IV – Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais

CID-10 – Classificação Internacional de Doenças

SNC – Sistema Nervoso Central

TDM – Transtorno Depressivo Maior

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Definições de suicídio por Wenzel, Brown e Beck (2010)	18
Tabela 2 – Artigos utilizados na pesquisa	26
Tabela 3 – Artigos e categorias relacionadas ao primeiro objetivo	30
Tabela 4 – Artigos e categorias relacionadas ao segundo objetivo	33
Tabela 5 – Artigos e categorias relacionadas ao terceiro objetivo	38

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Psicopatologias identificadas nos artigos utilizados consideradas como fator de risco para o suicídio	41
Gráfico 2 – Principais fatores identificados como desencadeante de transtorno mental no sujeito	45
Gráfico 3 – Outros fatores identificados na coleta de dados como de risco para o suicídio ..	51

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	9
1.1 PROBLEMÁTICA	10
1.2 OBJETIVOS	13
1.2.1 Objetivo geral	13
1.2.2 Objetivos específicos	13
1.3 JUSTIFICATIVA	14
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	17
2.1 DEFINIÇÃO DE SUICÍDIO	17
2.2 O SUICÍDIO NA HISTÓRIA.....	18
2.3 ASPECTOS QUE ENVOLVEM O SUICÍDIO	19
2.4 PSICOPATOLOGIA	22
2.5 FATORES DE RISCO PARA O SUICÍDIO.....	23
3. MÉTODO	26
3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA	26
3.2 FONTES DE INFORMAÇÃO	26
3.3 CRITÉRIOS DE SELEÇÃO.....	27
3.4 EQUIPAMENTOS E MATERIAIS	28
3.5 SITUAÇÃO E AMBIENTE	28
3.6 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	28
3.6.1 Procedimentos: da seleção da Base de Dados	28
3.6.2 Da identificação dos artigos.....	28
3.6.3 Da coleta e registro dos dados	29
3.6.4 Da descrição, análise e interpretação dos dados	29
4. DESCRIÇÃO DOS DADOS	30
5. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS.....	40
5.1 PSICOPATOLOGIAS IDENTIFICADAS.....	40
5.1.1 Transtornos de humor e alcoolismo	41
5.1.2 Esquizofrenia	43
5.1.3 Transtorno de personalidade	44
5.2 FATORES DESENCADEANTES DA PSICOPATOLOGIA	45
5.2.1 Envolvimento dos fatores biológicos no curso da psicopatologia	45
5.2.2 Fatores ambientais e eventos estressores	47
5.2.3 Sexo, idade e fatores sócio-demográficos e sócio-econômicos: influências na psicopatologia	48
5.2.4 Infância e traumas.....	49
5.3 OUTROS FATORES DE RISCO DO SUICÍDIO	50
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	54
REFERÊNCIAS.....	57

1. INTRODUÇÃO

A pesquisa apresentada se refere ao Trabalho de Conclusão de Curso - TCC II - do curso de Psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina com a condição de obter o título de psicólogo. Esta pesquisa está associada ao estágio obrigatório realizado no Imperial Hospital de Caridade com foco em Psicologia Hospitalar, além do Núcleo Orientado da Saúde do Curso de Psicologia. Tanto o estágio quanto os estudos desenvolvidos no Núcleo fazem com que sejam envolvidas questões de Saúde Mental e essas questões podem envolver temas como o suicídio. O interesse da pesquisadora sobre o tema surgiu após um documentário chamado "The Brigde", produzido em 2006, que se trata dos altos índices de suicídio cometidos na Golden Gate Brigde, localizada em São Francisco, nos Estados Unidos. Além disso, o fato de esse tema ainda ser muito polêmico e somado à curiosidade de compreender melhor esse fenômeno, foram os principais motivadores deste estudo.

Essa pesquisa foi desenvolvida com o objetivo de levantar dados sobre o que entende a literatura da saúde mental em geral a respeito do desencadeamento dos transtornos mentais no sujeito e como este fator se torna um fator de risco ao suicídio. Para isso, foi necessário definir objetivos específicos para que os resultados esperados fossem alcançados. Dessa forma, foi necessário buscar em artigos publicados em bases de dados Scielo e MedLine dados a respeito do fenômeno suicídio e da relação existente entre ele e os transtornos mentais.

Foram abordadas diferentes questões sobre o suicídio para fundamentar o trabalho proposto. Inicialmente, foi necessário definir suicídio, a história do suicídio, as psicopatologias e os fatores que o envolvem para contextualizar e compreender de maneira mais abrangente o tema. A coleta dos dados nas bases de dados e a análise do que foi constatado trouxeram maior compreensão acerca dos fenômenos centrais desta pesquisa.

1.1 PROBLEMÁTICA

A fim de problematizar a presente pesquisa, se faz necessário apresentar os dados registrados no país que dizem respeito ao suicídio, configurado como um problema de saúde pública, bem como entender de que maneira são compreendidas as psicopatologias na atualidade. Sabe-se que não é somente um diagnóstico de transtorno mental que evidencia um risco de suicídio, porém ele é visto como um dos maiores fatores para o risco de suicídio, denotando então o sentido dessa pesquisa. Segundo Lovisi *et. al* (2009, p. 87), a Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que, até 2020, mais de 1,5 milhões de pessoas vão cometer suicídio. Os mesmos autores ainda indicam a partir dessa mesma pesquisa que o Brasil possui índices baixos de suicídio comparado a outros países, mas que, em se tratando de números absolutos, o Brasil se encontra entre os 10 países com maiores taxas de suicídio.

De acordo com dados da OMS (2000, *apud* Gonçalves *et. al.* 2011), 900.000 pessoas cometeram suicídio em 2003, representando uma morte a cada 35 segundos. Para cada óbito por suicídio, há no mínimo cinco ou seis pessoas próximas ao suicida cujas vidas são profundamente afetadas emocional, social e economicamente (p. 282). Segundo Chachamovic (2009), em dados nacionais, aproximadamente 24 pessoas morrem por dia cometendo suicídio, dado que não é divulgado e se obscurece frente a casos de homicídio e acidentes de trânsito. Segundo Diekstra (1993, *apud* 2000 Mello) “estima-se que, para cada suicídio, existem pelo menos dez tentativas suficientemente sérias ao ponto de exigir atenção médica; mais ainda: para cada tentativa de suicídio registrada, existem quatro não conhecidas”.

Foram identificados ainda por Lovisi *et. al.* (2009) entre os anos de 1980 e 2006, um total de 158.952 casos de suicídio no Brasil, em pessoas acima de 10 anos de idade. Mesmo que dados estatísticos mundiais demonstrem que o Brasil não está entre os países com índices altos de suicídio, como já citado anteriormente, o número encontrado nesses anos é considerado alto comparado a outras épocas, já que durante esse tempo a estatística encontrada foi de 5,7 mortes por suicídio para cada 100.000 habitantes.

Ainda de acordo com Lovisi *et. al.* (2009), existem fatores específicos que podem ser diretamente associados ao suicídio, sendo que um deles é o diagnóstico de um transtorno mental. Além disso, outros fatores que os autores entendem como fatores de risco são tentativas anteriores, falta de rede de apoio social, ocorrência de suicídio na família, pensamento suicida constante, eventos cotidianos que desencadeiam altos níveis de estresse e condições sociodemográficas. Dessa forma, é viável pensar a relação existente com esta

pesquisa, no sentido de estudar de que forma o diagnóstico de transtorno mental e o desenvolvimento do mesmo na vida do sujeito são considerados um risco para a vida.

Segundo Rettersol (1993 *apud* Mello, 2000) a OMS avalia o suicídio como problema de saúde pública, pois se encontra entre as dez causas mais comuns de morte em todas as idades, da mesma forma que é a segunda ou terceira causa de morte entre 15 e 34 anos de idade. O que vai de acordo com Gonçalves *et. al.* (2011, p. 282) que ressaltou o suicídio como um problema de saúde pública ao encontrar que houve um aumento de 60% de casos de suicídio nos últimos 45 anos.

Da mesma maneira, afirmam Hesketh e Castro (1978) que as tentativas de suicídio são mais observadas frequentemente entre as mulheres e então, corroborando o que afirmam Lovisi *et. al.* em que é possível perceber que as tentativas entre as mulheres são de idade mais jovens, enquanto os casos de sujeitos do sexo masculino, são em homens mais idosos. Quanto a respeito do porquê tentar o suicídio, segundo Hesketh e Castro (1978, p. 145), "o homem busca no ato extremo do suicídio a solução drástica para seu fracasso pessoal [...], a mulher tenta através do suicídio remediar as condições adversas de natureza principalmente afetiva". Além desses dados identificados, é de relevância pensar para essa pesquisa nos aspectos psicológicos que norteiam a tentativa de suicídio, juntamente com a possibilidade de um transtorno mental identificado em cada um dos sexos e idades respectivas. Para Ernest *et. al.* (2004) há a possibilidade de todos os casos de suicídio estarem associados a um transtorno psiquiátrico.

Ao afunilar os dados do suicídio apenas para o estado de Santa Catarina, identifica-se que em um estudo realizado com o objetivo de traçar o perfil epidemiológico do suicídio no extremo-oeste, pode-se também perceber algumas conclusões de grande relevância. De acordo com Schmitt, Lang, Quevedo e Colombo (2008, p. 116) "um estudo divulgado pela Secretaria Estadual da Saúde apontou que a mortalidade por suicídio na região extremo oeste de SC apresentou coeficiente de 11/10.000 habitantes no ano de 2001, sendo superior ao coeficiente de mortes por homicídio na região".

Foi encontrada em uma pesquisa realizada por Lovisi *et. al.* (2009) uma média aproximada de 9,3 mortes por suicídio para cada 100.000 habitantes na Região Sul, sendo essa então considerada a região com mais índice de suicídios durante o período estudado. Em comparação com outros estados do Brasil, a Região Centro-Oeste ficou em segundo lugar com uma média aproximada de 6,1 mortes por suicídio a cada 100.000 habitantes, enquanto a Região Nordeste e a Região Norte apresentaram os menores índices de suicídio, de 2,7 mortes para cada 100.000 habitantes e 3,4 mortes por 100.000 habitantes respectivamente.

Observando e articulando todos esses dados já identificados, é relevante salientar a importância de um estudo sobre o suicídio, já que é a partir de estudos científicos que se pode compreender melhor os motivos – ou talvez as próprias angústias – de uma pessoa cometer suicídio.

Para Chachamovic *et. al.* (2009) em uma análise extensa sobre transtornos psiquiátricos e suicídio, foi observado que em 87,3% dos casos de suicídio, os sujeitos eram diagnosticados com algum transtorno mental. Ainda para os mesmos autores, um estudo feito na Finlândia de autópsia psicológica indicou que de 229 casos de suicídio, 93% tinham um diagnóstico psiquiátrico.

Ainda, para Chachamovic *et. al.* (2009)

suicídio é considerado o desfecho de um fenômeno complexo e multidimensional, e decorrente da interação de diversos fatores. É consensual entre os pesquisadores em suicidologia a noção de que não há um fator único capaz de responder pela tentativa ou pelo suicídio propriamente dito. Contrariamente, os fatores que concorrem para este fenômeno ocorrem em conjunto. (p. 19)

Segundo Mello (2000), o diagnóstico de uma doença mental aumenta as possibilidades do suicídio, e sim, se constitui de um fator de risco importante junto com as tentativas prévias de suicídio. O que corrobora com o que dizem Bertolote, Mello-Santos e Botega (2010, p. 89) segundo o qual “a presença de um transtorno mental é um dos mais importantes fatores de risco para o suicídio. Em geral, admite-se que de 90% a 98% das pessoas que se suicidam têm um transtorno mental por ocasião do suicídio” e ainda para Ernst *et. al.* (2004), há uma estimativa de que em 90% dos casos de suicídio pode-se detectar em estudos de autópsia psicológica um transtorno mental. Em um estudo realizado por Wunderlich *et. al.* (*apud* Lovisi *et. al.*) foi possível descobrir que as pessoas diagnosticadas com um transtorno mental possuíam um risco de tentar suicídio 3,5 vezes mais alto do que pessoas que não tinham nenhum transtorno.

Com todos os dados acima registrados a respeito do suicídio no país e no mundo, pode-se pensar no quão o suicídio se configura como um ato mundialmente cometido. Assim se faz necessário estudar o fenômeno também pensando em ações para compreensão e prevenção do suicídio, como também dos transtornos mentais. Enfatiza-se a importância do estudo e delimita-se este a partir da seguinte pergunta de pesquisa: “De que forma os transtornos mentais diagnosticados são considerados um risco para o suicídio?” visando aprofundar estudos sobre os transtornos mentais como um fator de risco direto para o suicídio. Para que seja possível responder essa pergunta, foram delimitados os seguintes objetivos.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo geral:

Caracterizar a partir da literatura especializada em saúde mental de que forma os transtornos mentais diagnosticados são considerados um risco para o suicídio.

1.2.2 Objetivos específicos:

- Identificar quais são os transtornos mentais descritos na literatura especializada que apresentam relação com o suicídio.
- Verificar na literatura quais são os aspectos desencadeantes dos transtornos mentais que apresentam relação com o suicídio.
- Identificar quais são os outros fatores de risco para o suicídio.

1.3 JUSTIFICATIVA

Para justificar este trabalho, cabe ressaltar a relevância que o estudo sobre uma relação existente entre suicídio e psicopatologias trará, além de motivações pessoais, científicas e sociais, acadêmicas e profissionais.

O estágio que está sendo realizado no Imperial Hospital de Caridade com o foco em Psicologia Hospitalar torna a inserção numa instituição de saúde um lugar onde há grandes possibilidades de se deparar com casos de tentativa de suicídio em qualquer idade ou situação. Jorge (1981) especificou que a Psiquiatria entende que o suicídio vai ser sempre a manifestação de algum transtorno mental presente no sujeito, independente da faixa etária em que ele se encontre.

De acordo com Chachamovic et. al. (2009), o risco de suicídio em pacientes que se encontram internados em um hospital geral é de três vezes maior do que o da população em geral. Isso se deve ao fato de que muitos dos pacientes se encontram em sofrimento e dor devido a doenças crônicas ou debilitados em função de sua condição física. Em se tratando da população geral, o suicídio se torna freqüente em pessoas que possuem um transtorno mental e que, muitas vezes, não é identificado pela equipe assistencial. Para Mello (2000) o suicídio está relacionado com algumas doenças físicas como AIDS, AVC, infarto do miocárdio e outras doenças crônicas. Porém, para o autor, as doenças psiquiátricas ainda são as mais observadas e relatadas.

Em relação a dados, Chachamovic et. al. (2009) identificaram em um estudo de autópsia psicológica que 88% dos pacientes que se suicidaram enquanto se encontravam internados sofriam de transtornos mentais.

Os mesmos autores ainda fazem uma proposta para a prevenção do suicídio. Segundo Chachamovic et. (2009), há a possibilidade de se iniciar ações de prevenção em hospitais gerais com pacientes que estão internados devido a uma condição física e é detectado um transtorno mental e também com aqueles que dão entrada na emergência em função de uma tentativa de suicídio.

Além disso, a curiosidade sobre a temática do suicídio e como esse assunto ainda é considerado polêmico pela sociedade foram os motivos principais que fizeram a pesquisadora se interessar a pesquisar sobre o assunto. Imaginar em que condições se encontra uma pessoa que comete suicídio foram as principais questões que nortearam esse trabalho, que teve como idéia inicial uma pesquisa documental em prontuários de hospitais de sujeitos que deram entrada na emergência por tentativa de suicídio. Devido à inviabilidade do método dessa

pesquisa, foi necessário refazer até que se chegou a melhor readequação em realizar a pesquisa propriamente dita. Quando Jorge (1981, p. 169) cita a teoria sociológica proposta por Durkheim a respeito do suicídio, determina-se que “tem-se dito que o que caracteriza o suicídio é a morte como resultado de um ato positivo ou negativo da vítima, com a intenção de matar-se, ou seja, seu autor, conhecendo o resultado que seu ato pode produzir, assume o risco de produzi-lo”.

Para considerar este estudo relevante cientificamente, foi então feita uma busca na base de dados Scielo e MedLine durante o período de março e abril de 2012, a fim de pesquisar artigos que ressaltem estudos já feitos sobre o suicídio correlacionados com psicopatologias e os resultados que foram obtidos a partir dos mesmos. Foram encontrados artigos como o de Chachamovic *et. al.* (2009) em que foi enfatizado que o suicídio é mais frequente em pessoas que possuem uma comorbidade psiquiátrica junto à sua atual condição física e que ainda a assistência de saúde não se mantém focada na parte psiquiátrica e psicológica.

Os autores Bertolote, Mello-Santos e Botega (2010) afirmam um outro ponto de vista, em que o comportamento suicida não está necessariamente constituído de uma doença física específica, apesar de estar, na maioria das vezes, associado a algum transtorno mental; entre os mais frequentes são observados transtornos de humor, uso de substâncias como álcool e drogas, esquizofrenia e transtornos de personalidade, dados que serão posteriormente identificados na coleta de dados e análise dessa pesquisa.

Compreende-se dessa forma, que uma pesquisa a respeito do suicídio trará benefícios para a comunidade científica. A melhor compreensão desse fenômeno pode favorecer não somente os estudos científicos em entender o suicídio e a sua relação com psicopatologias, bem como poderá fornecer subsídios para prevenção deste problema, a partir da compreensão dos fatores e das questões específicas que levaram o sujeito a cometer o ato e ajudar o profissional de saúde a entender como lidar com o paciente em risco de suicídio. Para Bertolote, Mello-Santos e Botega (2010)

o profissional de saúde no serviço de emergência deve estar preparado para se deparar com as características que o paciente suicida normalmente apresenta, quais sejam, pensamentos com conteúdo permeado por desesperança, desespero e desamparo. A desesperança, seja na presença ou na ausência de um transtorno depressivo, aumenta o risco de suicídio. Na avaliação do risco de suicídio, a presença, a persistência e o grau da desesperança devem ser avaliados. (p. 91)

De acordo com muitos estudos já realizados a respeito do suicídio, a construção de políticas públicas e a compreensão maior e mais abrangente desse fenômeno é fundamental

para que esse problema não se agrave na sociedade. Uma relação entre a própria Psicologia e políticas públicas é citada por Durkheim, quando Gonçalves (2011) ressalta que

o suicídio não é apenas um ato individual que depende exclusivamente dos fatores pessoais que se situam unicamente no campo da Psicologia, ou seja, o estudo conjunto dos suicídios cometidos em determinada sociedade, dada unidade de tempo, tem natureza própria e é eminentemente social (p. 286)

Entendendo então o suicídio como um problema social, Gonçalves (2011, p. 290) acrescenta que “de acordo com Durkheim (2003), a sociedade também exerce papel fundamental na construção do indivíduo. Fatores sociais, como a família, a escola, os grupos de que participa, os amigos e a sociedade, influenciam incisivamente na produção de um episódio suicida, tanto para que esse ocorra quanto para evitá-lo.”

Assim, cabe ressaltar a importância do estudo para a prevenção e a criação de políticas públicas, como compreender os aspectos psicológicos e sociais que envolvem a tentativa. Algumas sugestões foram propostas por Gonçalves *et. al.* (2011) como a criação de um "plano nacional" específico para casos de suicídio com o objetivo de demonstrar à sociedade como um todo que o suicídio não é limitado ao sujeito, mas que a sociedade inteira está envolvida, direta ou indiretamente, no ato suicida. Além disso, o autor sugere o investimento em "políticas de cuidados", para que seja possível o acesso do sujeito em risco à terapia, prevenção e a própria qualidade de vida.

Além disso, outra sugestão proposta por Gonçalves *et al.* (2011, p. 312) para a comunidade científica é a de

melhorias nos sistemas de informação sobre o suicídio e a promoção do intercâmbio dessas informações. Investir na educação permanente de profissionais da saúde é outro fator fundamental para identificar um comportamento suicida, sendo um importante mecanismo de prevenção.

Diante do exposto, pode-se entender que pesquisas científicas sobre o suicídio podem contribuir para a prevenção do mesmo, bem como é possível inferir que se faz necessário pesquisar o assunto para que a sociedade, num contexto geral, tenha maior compreensão dos fatores que desencadeiam o suicídio. Também é viável discutir que os estudos podem proporcionar aos profissionais da saúde e familiares de pessoas que tentaram e/ou cometeram suicídio, a compreensão da comorbidade com alguma psicopatologia desconhecida - ou os fatores não só psicológicos, como também sociológicos, antropológicos e biológicos que giram em torno desse assunto, questões que também serão discutidas e fundamentadas adiante.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 DEFINIÇÃO DE SUICÍDIO

Para dar continuidade a este trabalho, é proposto conceituar o termo “*suicídio*” a partir de dicionários relacionados ao assunto e livros que abordam essa temática.

Segundo alguns dicionários, pode-se entender o suicídio de maneiras semelhantes. A começar, para a Filosofia, de acordo com Blackburn (1997, p. 372) suicídio é a

morte intencional de si mesmo. As definições mais amplas podem incluir o martírio e o sacrifício. Definições mais restritas podem ser motivadas pelo pensamento de que esses casos são frequentemente nobres e heróicos, enquanto que o suicídio é em geral objeto de proibição moral.

Já para a Sociologia, suicídio é, segundo Johnson (1997, p. 224) “o ato de acabar com a própria vida, figura com destaque no desenvolvimento da sociologia ao longo da história, porque constituiu da primeira obra sociológica a usar sistematicamente dados empíricos para submeter a teste uma teoria”. O suicídio para a Sociologia será melhor abordado em um capítulo adiante.

Finalmente, para a Psicologia, segundo o Dicionário de Psicologia da American Psychological Association (APA), suicídio é

o ato de se matar. Freqüentemente, o suicídio ocorre no contexto de um episódio depressivo maior, mas pode ocorrer também como resultado de um transtorno por uso de substância ou esquizofrenia. Ele ocorre às vezes na ausência de qualquer transtorno psiquiátrico, especialmente em situações insustentáveis, como luto ou declínio da saúde. (p. 883)

O autor Roosevelt Cassorla se difundiu como um grande estudioso do suicídio em suas diversas obras publicadas, muito citadas neste trabalho. A começar, para Cassorla (1991, p. 193) “na verdade, o ser humano não tem a capacidade de compreender o que seja a morte – sempre que alguém se mata, ele está pensando mais na vida que na morte”. O mesmo autor prossegue afirmando que “a morte é uma necessidade, e o morrer, um ato pleno e vital de conciliação com o destino psico-sócio-biológico.” (p. 38)

Não somente isso, o mesmo autor também considera “por suicídio a agressão deliberada que o indivíduo exerce contra si próprio no sentido de pôr um fim à sua vida.”. (CASSORLA, 1991, p. 90)

Distinguir “ideação suicida”, “ato suicida”, “tentativa de suicídio” e “suicídio” se torna relevante já que cada comportamento se constitui de diferentes atos. Para Wenzel, Brown e Beck (2010), pode-se definir os conceitos das seguintes formas:

<i>Termo</i>	<i>Definição</i>
Suicídio	Morte causada por comportamento danoso autoinfligido com qualquer intenção de morrer como resultado desse comportamento
Tentativa de Suicídio	Comportamento não fatal, autoinfligido, potencialmente danoso, com qualquer intenção de morrer como seu resultado. Uma tentativa de suicídio pode resultar ou não em um ferimento.
Ato suicida	Comportamento autoinfligido, potencialmente danoso, com qualquer intenção de morrer como seu resultado. Um ato suicida pode ou não resultar em morte (suicídio).
Ideação suicida	Quaisquer pensamentos, imagens, crenças, vozes ou outras cognições relatadas pelo indivíduo sobre terminar intencionalmente a sua própria vida.

Tabela 1. Wenzel, Brown e Beck (2010)

Para a confecção desse trabalho, foram utilizadas como ponto de partida as definições de suicídio propostas por Wenzel, Brown e Beck (2010), como aponta a tabela acima.

2.2 O SUICÍDIO NA HISTÓRIA

Contextualizar historicamente o suicídio ajuda a entender como o ato era visto socialmente nos mais diversos momentos da história mundial e em como ele é visto hoje em dia, já que houve mudança nos paradigmas da sociedade e no modo de lidar com esse tema. Cassorla (1992) identifica momentos da história mundial e mostra de que maneira as pessoas que tentavam e/ou cometiam suicídio eram vistas perante a sociedade.

O autor Cassorla (1992) cita brevemente que, na história Romana, os sujeitos que tentavam cometer suicídio, em especial aqueles que o tentavam de forma mais violenta, tinham o risco de ir para a justiça e, os que tentavam cometer no exército, seriam punidos com a morte. Além disso, os bens do sujeito eram confiscados pelo Estado.

O mesmo autor traz um outro ponto de vista da sociedade ao informar que durante a Idade Média, além do confisco dos bens do sujeito pelo estado, o corpo do sujeito que se suicidou era pendurado pelos pés, queimado e enfiado em tonéis ou jogado em rios.

Já de acordo com Alvarez (1999), em tempos primórdios da França, dependendo da localidade do país – em que muitas vezes cada uma dessas localidades possuía suas próprias normas - o cadáver de alguém que cometeu suicídio seguia uma condição semelhante à da

Idade Média: era pendurado pelos pés, porém, arrastado pelas ruas "dentro de uma armação para condenados", além de queimado e jogado em um depósito de lixo.

Ainda, Alvarez (1999) contextualiza que na época de Platão, Atenas, que era considerada uma cidade civilizada, o sujeito que cometia suicídio era queimado fora da cidade e a mão com a qual ele teria cometido suicídio era decepada e queimada separadamente.

Com o passar do tempo, a situação foi tomando um rumo diferente. Segundo Cassorla (1991)

“a repressão ao suicida tende a diminuir a partir dos séculos XVI e XVII, e a Revolução Francesa proíbe qualquer tipo de condenação – com o racionalismo a própria Igreja se torna mais tolerante e as punições religiosas já não se aplicam a quem fez o ato num momento de loucura ou se arrepende frente à morte”. (p. 36)

Dessa forma, pode-se entender que o suicídio era muito reprimido em séculos atrás e que somente com o passar do tempo ele passou a ser visto de maneira diferente. Ainda assim, hoje em dia é observado muito julgamento moral diante esse ato.

2.3 ASPECTOS QUE ENVOLVEM O SUICÍDIO

Considerando que o suicídio envolve diversas questões do sujeito, é viável identificar os aspectos que envolvem o ato suicida.

Para Cassorla (1991) o ato de se suicidar depende do sujeito e da situação em que o mesmo se encontra, mas que, geralmente, o sujeito que tenta ou comete suicídio está tentando fugir de uma situação de sofrimento a qual, para ele, é algo insuportável. O autor dá continuidade para compreender o suicídio entendendo que

“não existe uma causa para o suicídio. Trata-se de um evento que ocorre como culminância de uma série de fatores que vão se acumulando na biografia do indivíduo, em que entram em jogo desde fatores constitucionais até fatores ambientais, culturais, biológicos, psicológicos, etc.” (CASSORLA, 1991, p. 20)

Já para Reinecke (2004) existem três grupos que compõe o suicídio, os que pensam em suicídio, os que tentam e os que efetivamente cometem o ato e que, cada um tem sua importância, apesar de serem distintos em seus comportamentos. Dessa forma é conveniente ressaltar que existem diversos fatores psicológicos que podem estar associados a cada um dos grupos.

Evidenciando fatores do próprio sujeito suicida e o que o leva a tomar a decisão de tirar a própria vida, Cassorla (1991) diz que dentro das condições do sujeito somada a questões de desesperança, tristeza, melancolia e o sentimento de que nada mais na vida vale a

à pena, a morte acaba sendo a única solução. Porém, isso não significa que o sujeito deseja a morte a qualquer custo, mas sim, o fim do sofrimento inacabável. Assim, sendo o suicídio entendido como uma forma de fuga da realidade pode-se acrescentar que “a tentativa de suicídio é a única maneira que a pessoa encontrou para comunicar ao ambiente o seu desespero – e, às vezes, consegue dessa forma alguma ajuda”. (CASSORLA, 1991, p. 193)

O autor Angerami (1997) corrobora ao descrever que o sujeito que busca o suicídio não está recorrendo à morte como seu desaparecimento do mundo, mas que, o suicídio se torna uma tentativa de solução aos seus conflitos pessoais e o sofrimento insuportável em que o sujeito se encontra.

Para Cassorla (1993, p. 82) “os suicidas que morrem geralmente usam métodos mais violentos, a intensidade e gravidade de seus conflitos é maior e verifica-se que tem maiores dificuldade de contato social e são mais isolados”. O autor dá continuidade a essa teoria entendendo que “as pessoas que tentam suicídio e não morrem tem mais facilidade de contato humano e o ato suicida muitas vezes pode ser entendido como forma de comunicação com o ambiente, como um pedido de ajuda de pessoas que não se sentem compreendidas”. (CASSORLA, 1993, p. 82)

Não obstante, Alvarez (1999) indica que uma pessoa que já tentou se matar tem uma possibilidade três vezes maior de tentar cometer suicídio novamente em comparação àquela que nunca tentou.

Os autores Botega, Rapeli e Cais (2007) continuam a afirmar que os sujeitos que cometem suicídio não buscam a morte em si.

apenas um quarto dos pacientes admite que realmente queria morrer, outros dizem que queriam apenas dormir, afastar-se dos problemas. Embora isso não possa ser conscientemente admitido, pode-se inferir que, em uma parcela dos casos, o comportamento suicida pretendia alterar uma situação de desadaptação e sofrimento, influenciado por pessoas significativas. (p. 438)

A concluir, para Cassorla (1993)

estudando-se os casos com mais vagar, notamos que os indivíduos que tentam (e não morrem) geralmente fazem o ato impulsivamente, sem muito preparo, e isso facilita o socorro, enquanto que os suicidas geralmente vêm ruminando suas idéias já há algum tempo e, quando o ato é executado ele já tem um certo grau de planejamento. (p. 83)

Dessa forma, pode-se concluir que os sujeitos que tentam e/ou cometem suicídio estão procurando um fim para o seu sofrimento interior, não a morte em si. Além disso, as pessoas que morrem de fato procuram maneiras mais letais e que, ainda segundo os estudos, a gravidade e intensidade do sofrimento deve ser muito maior.

Não somente fatores psicológicos estão envolvidos no suicídio, como também fatores sociológicos e antropológicos. Cabe então, levantar os aspectos que norteiam o suicídio a partir dessa visão.

Para Cassorla (1991),

de um modo geral, existe uma tendência das taxas de suicídio não variar muito com o tempo, numa determinada sociedade. Essas taxas dependem de fatores complexos, com amplo componente sociocultural. No entanto, tem-se constatado que a distribuição dessas taxas dentro dos grupos tem sofrido variações e, nos países com taxas mais fidedignas, nota-se um aumento acelerado nas idades mais jovens (p. 63)

Em continuidade, o autor ressalta que,

numa abordagem mais social do indivíduo, acredita-se que ele não pode ser explicitado pelas motivações individuais, pelo menos exclusivamente, mas que elas estão associadas a fatos sociais que transcenderiam a esfera da vida pessoal e dependeriam de forças exteriores ao indivíduo presentes na dinâmica dos valores e padrões da cultura de determinada sociedade. (CASSORLA, 1991, p. 91)

Portanto, para Cassorla (1991) o suicídio possui múltiplos fatores que podem ser compreendidos a partir de como o sujeito está inserido na sociedade e de que forma ele interage com o meio.

O autor Alvarez (1999, p. 101) cita que “Durkheim insistiu na idéia de que todo suicídio podia ser classificado cientificamente segundo três tipos gerais – egoísta, altruísta ou anômico – e que cada um desses tipos era fruto de uma situação social específica”.

Segundo Durkheim (2000), o suicídio egoístico ocorreria quando o sujeito passa a não mais acreditar em seus laços sociais, como a família e a sua inclusão na própria sociedade de uma forma geral. No caso do suicídio anômico, Durkheim (2000) enfatiza que ocorreria em sujeitos que estão em crise em relação ao padrão e comportamentos proposto pela sociedade. Por fim, no suicídio altruísta, o sujeito se suicida em razão de uma identificação por um determinado grupo, então, cometendo suicídio pelo bem da sociedade.

Conforme Granda Jr (1984, p. 177) “do ponto de vista individual, o suicídio resulta de uma característica do existir humano. O existir do homem apresenta um aspecto singular, o homem existe e tem consciência disso, ou seja, sabe de sua existência”.

Para Granda Jr (1984) quando um indivíduo comete suicídio, ele busca nesse ato o que o sujeito não acredita que encontrará durante sua existência e consciência no mundo. Dessa forma, Granda Jr (1984) conclui ressaltando que a morte através do suicídio está atrelada a um aspecto individual do sujeito, ainda que para entender essa individualidade, seja necessário compreender a função desse sujeito dentro da sociedade e no contexto em que ele se insere.

Portanto, o sujeito que recorre ao suicídio não está somente fadado à busca da morte por seus conflitos internos e pessoais, mas também influenciado pelas condições impostas pela sociedade em que ele se encontra.

2.4 PSICOPATOLOGIA

Para que possa ser possível estabelecer uma relação entre as psicopatologias e o fenômeno do suicídio, é necessário compreendê-las melhor. Definir o que é psicopatologia e que transtornos se encaixam nas categorias estabelecidas pelos manuais atuais DSM-IV e CID-10 são fundamentais para este trabalho.

Segundo Zanoni e Serbena (2011) o termo “psicopatologia” é geralmente utilizado para se referir a transtornos mentais, utilizando-se das perspectivas e contextos psiquiátricos e psicológicos. Ainda, acrescenta-se a isso que esses transtornos não são apenas descritos diante dos sintomas presentes, mas que também abrangem a origem e o funcionamento psíquico do sujeito. Já para Dalgarrondo (2000), a psicopatologia é o conjunto de conhecimentos sobre o “adoecimento mental do ser humano” (p. 22)

O significado da palavra “psicopatologia”, para Zanoni e Serbena (2011) se divide em três palavras gregas: psico = *psychê*, pato = *pathos* e logia = *logos*. *Psychê* significa psique, psíquico ou até mesmo alma. *Pathos* significa paixão, patológico e sofrimento e *logos*, lógica, estudo. Em resumo, “psicopatologia” significa estudo sobre a paixão da alma, ou até mesmo, do sofrimento psíquico.

Para fins de maior entendimento sobre a psicopatologia, Mello (2000) exemplifica dizendo que o transtorno mental começa a ser percebido no sujeito a partir do momento em que ele não encontra mais subsídios para realizar suas ações de escolha e agir como deseja. O transtorno coloca um limite na ação do sujeito, como quando não sai pelo receio de sofrer um ataque de pânico ou agredir outra pessoa pois vozes o comandaram.

Para que seja possível entender os sintomas psicopatológicos do sujeito, segundo Dalgarrondo (2000) elencam-se em dois fatores: a estrutura do sintoma, ou seja, a presença de alucinações, delírios, labilidade afetiva ou idéias obsessivas; e seu conteúdo, como culpa, religioso, perseguição, que geralmente estão relacionados com a história da vida, personalidade e cultura do sujeito.

Os transtornos mentais são determinados de acordo com o DSM-IV (2003), que diz que os transtornos são identificados a partir de padrões comportamentais de um jeito que estão diretamente associados com algum prejuízo ou sofrimento, com risco de morte ou até

mesmo perda da liberdade. Para ser possível identificar e diagnosticar um transtorno, esse comportamento padrão não pode estar relacionado com algum evento estressor específico na vida do sujeito, como a morte de algum ente querido, ela deve se apresentar de maneira disfuncional nos aspectos da vida do sujeito.

Segundo Kaplan *et. al.* (2007) a dificuldade de realizar um diagnóstico psiquiátrico vem pela tradição do diagnóstico de doenças orgânicas, já que elas são detectadas de maneira mais simples, através de exames, o que não existe no caso dos transtornos mentais. Para Brandão (2009), “como a doença mental não tem achados anatômicos e fisiopatológicos, tornou-se difícil de ser diagnosticada e tratada, cabendo ao médico definir o que é doença e, ao paciente aceitar essa definição.” (p. 30)

Em síntese, as psicopatologias possuem características disfuncionais para o sujeito e, muitas delas, como poderá ser observado adiante, estão atreladas com ideações suicidas e até com o ato suicida propriamente dito.

2.5 FATORES DE RISCO PARA O SUICÍDIO

Além dos transtornos mentais, existem outros fatores que são considerados de risco. Ou seja, não é somente ter o diagnóstico de alguma psicopatologia, mas sim, o conjunto de aspectos que norteiam o sujeito para identificar um paciente suicida.

Segundo a OMS (2000) “o suicídio hoje é compreendido como um transtorno multidimensional, que resulta de uma interação complexa entre fatores ambientais, sociais, fisiológicos, genéticos e biológicos.”

Para Reinecke (2004) “os fatores de risco podem ser definidos como experiências, acontecimentos ou propensões que tornam mais provável um determinado resultado – nesse caso, a tentativa de suicídio ou o suicídio consumado.”

Ainda, segundo Reinecke (2004, *apud* Hagnell e Rorsman, 1980), os estudos já realizados sobre o suicídio indicam que eventos estressores da vida, incluindo problemas profissionais e financeiros e perda recente de um ente querido ou até mesmo histórico familiar de suicídio, estão correlacionados com um risco aumentado de suicídio. Assim, Reinecke (2004, *apud* Buerk, Kurz e Moeller, 1985) enfatiza que todos os fatores e variáveis em conjunto – fatores demográficos, psicológicos e psiquiátricos, sociais e pessoais – estão diretamente associados ao risco de suicídio.

De acordo com autores da literatura referente à saúde mental, um histórico de suicídio na família faz com que um paciente esteja dentre os fatores de risco ao suicídio. Para Barlow

e Durand (2008, *apud* Kety, 1990; Mann et al., 1999), se algum membro da família do paciente cometeu suicídio, é alto o risco de mais alguém da família tentar o mesmo ato. Segundo Barlow e Durand (2008, *apud* Brent *et al.* 2002), existe um risco seis vezes maior de cometer suicídio membros que possuem descendentes que tentaram cometer o ato, isso em comparação com pessoas que não possuem histórico na família.

Para Schmitt, Chachamovic e Kapczinski (2001), o contexto familiar é um fator que aumenta o risco de suicídio, entrando também questões além do histórico, como as próprias relações familiares - quando conturbadas – ou a ausência da mesma, até perdas afetivas e um ambiente desagradável para a família. O que reafirma dados indicados por Brasil (2006) que estressores psicológicos como perdas recentes, perda de figuras paternas durante a infância ou a dinâmica familiar abalada são dados relevantes para se pensar sobre o suicídio. Fatores que também entram dentro do fator de risco social, que serão discutidos mais adiante.

Além dos transtornos mentais como fator de risco para o suicídio, há também os estressores psicológicos cotidianos, que somos obrigados a enfrentar, os quais podem desencadear um aumento no risco de suicídio em um paciente. Para Barlow e Durand (2008), dos casos de suicídio identificados e avaliados, mais de 90% das pessoas sofrem de algum transtorno mental e é geralmente associado a algum transtorno de humor; dado que será analisado nesta pesquisa. Além dos transtornos mentais diagnosticados, para os autores Barlow e Durand (2008), o abuso do álcool está diretamente relacionado ao suicídio, com dados que indicam um índice de 25% a 50% dos suicidas como alcoolistas.

Dados nacionais identificados por Brasil (2006) definem que os transtornos mentais ou psicopatologias estão associados ao suicídio e que a literatura especializada indica que em praticamente todos os casos de suicídio, incluindo somente a tentativa, pode ser possível realizar um diagnóstico psiquiátrico. Segundo a OMS (2000) “o suicídio em si não é uma doença, nem necessariamente a manifestação de uma doença, mas transtornos mentais constituem-se em um importante fator associado com o suicídio.”

Para Wallauer (2008), dentre os fatores de risco mais citados pela literatura, é possível correlacionar com o suicídio principalmente os transtornos mentais e até mesmo temperamentos de risco, associados com as circunstâncias e eventos estressores, podendo então acarretar em um grande sofrimento para o paciente.

Não obstante, Brasil (2006) ressaltou que o diagnóstico de transtornos mentais aumenta o risco de suicídio e que o risco é ainda maior em homens acima de 50 anos, com alguma condição física limitante, junto a problemas conjugais e profissionais. Ainda para

Brasil (2006), datas importantes, aniversários, personalidade com traços de impulsividade e agressividade são condições para uma possível tentativa de suicídio.

Para Roy (1995), as pessoas casadas são as que têm as menores taxas de suicídio, enquanto a de divorciados ou viúvos é de quatro a cinco vezes maior e em relação às condições financeiras, pessoas com queda no status aumenta o risco de suicídio, principalmente as pessoas desempregadas devido a condições sócio-econômicas e eventos estressantes decorrentes do desemprego. Em suma, segundo Roy (1995), os indivíduos que estão no grupo de risco são homens com idade entre 15 e 35 anos e também acima dos 75 anos, desempregados, divorciados em comorbidade com alguma psicopatologia diagnosticada. O que afirma o que Reinecke (2004) diz, que existem características do sujeito diretamente relacionadas ao suicídio, que são homens com mais de 45 anos de idade, separados, desempregados ou aposentados, com diagnóstico de alguma psicopatologia e, o adicional, de algum problema físico nos últimos seis meses.

Pode-se concluir, então, que não é somente um fator que determina a causa de uma tentativa de suicídio, mas um conjunto de fatores, totalizando um processo na vida do indivíduo e culminando para o suicídio como fuga dos problemas cotidianos que são enfrentados.

3. MÉTODO

3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

A pesquisa realizada teve como característica principal o caráter exploratório e bibliográfico, com a técnica de análise de conteúdo para a análise de dados, pois diante este trabalho pretende identificar e verificar de que maneira são apresentados na literatura especializada a etiologia dos transtornos mentais e o seu risco ao suicídio. Para Gil (1999) a pesquisa bibliográfica se constitui de leitura de livros e artigos científicos. A vantagem de uma pesquisa bibliográfica para Gil (1999) é a de que o pesquisador possui uma maior abrangência dos fenômenos que deseja estudar, sem muitas restrições que com frequência ocorrem em outros tipos de pesquisa.

3.2 FONTES DE INFORMAÇÃO

Como fonte de informação para a pesquisa, foi utilizada a base de dados Scielo, já que essa é a principal fonte de dados na área da saúde. Também foi utilizada a base de dados MedLine, em que constam artigos internacionais, também utilizados nessa pesquisa para maior abrangência dos fenômenos. Foram selecionados 14 artigos, como demonstra a Tabela 2:

Autor(es)	Título do artigo	Periódico	Ano	Descriptor
Eduardo Chachamovich; Sabrina Stefanello; Neury Botega, Gustavo Turecki	Quais são os recentes achados clínicos sobre a associação entre depressão e suicídio?	Revista Brasileira de Psiquiatria	2009	Suicídio
Simone Agadir Santos; Giovanni Lovisi; Letícia Legay; Lúcia Abelha	Prevalência de transtornos mentais nas tentativas de suicídio em um hospital de emergência no Rio de Janeiro, Brasil.	Cadernos de Saúde Pública	2009	Psicopatologia
Guilherme V. Polanczyk	Em busca das origens desenvolvimentais dos transtornos mentais.	Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul	2009	Psicopatologia
Marcelo Feijó de Mello	O suicídio e suas relações com a psicopatologia: análise qualitativa de seis casos de suicídio racional.	Cadernos de Saúde Pública	2000	Suicídio / Psicopatologia
Andrew T. A. Cheng; Tony H. H. Chen; Chwen-Chen Chen; Rachel Jenkins	Psychosocial and psychiatric risk factors for suicide: case-control psychological autopsy study.	BJPsych	2000	Suicídio
Luciana Anselmi; Fernando C Barros; Gicele C Minten; Denise P	Prevalência e determinantes precoces dos transtornos mentais comuns na coorte de nascimentos de 1982,	Revista de Saúde Pública	2008	Psicopatologia

Gigante; Bernardo L Horta; Cesar G Victora	Pelotas, RS.			
Gustavo Turecki	O suicídio e sua relação com o comportamento impulsivo-agressivo.	Revista Brasileira de Psiquiatria	1999	Suicídio
Janaína Pacheco ^I ; Patrícia Alvarenga; Caroline Reppold; Cesar Augusto Piccinini; Cláudio Simon Hutz	Estabilidade do comportamento anti-social na transição da infância para a adolescência: uma perspectiva desenvolvimentista	Psicologia: Reflexão e Crítica	2005	Psicopatologia
Regina Cláudia Barbosa da Silva	Esquizofrenia: uma revisão.	Psicologia USP	2006	Psicopatologia
Antonio Carlos de Farias ^I ; Mara Lucia Cordeiro ^{II}	Transtornos do humor em crianças e adolescentes: atualização para pediatras.	Jornal de Pediatria	2011	Psicopatologia
Leandro Michelin ^I ; Homero Vallada ^{II}	Fatores genéticos e ambientais na manifestação do transtorno bipolar.	Revista de Psiquiatria Clínica	2005	Psicopatologia
Aline Bedin Jordão ^I ; Vera Regina Röhnelt Ramires ^{II}	Adolescência e organização de personalidade borderline: caracterização dos vínculos afetivos.	Paidéia (Ribeirão Preto)	2010	Psicopatologia
Anna Lucia Spear King, Antonio Egidio Nardi e Marcelo Santos Cruz	Risco de suicídio em paciente alcoolista com depressão.	Jornal Brasileiro de Psiquiatria	2006	Suicídio/Psicopatologia
Kenneth Conner; Paul R. Duberstein; Yeater Conwell; Larry Seidnitz; Eric D. Caine.	Psychological Vulnerability to Completed Suicide: A Review of Empirical Studies.	The American Association of Suicidology	2001	Suicídio/Psicopatologia

Tabela 2.

3.3 CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

Para selecionar os materiais mais adequados para a pesquisa, foi necessário utilizar como critério os artigos que continham, além das palavras-chave consideradas, informações no resumo do mesmo que indicavam que a pesquisa tratava sobre uma relação existente entre transtorno mental e suicídio, ou o desenvolvimento dos transtornos mentais, bem como também outros fatores de risco ao suicídio. Para a base de dados Scielo, foram utilizadas mais de 3 palavras-chave. Primeiramente, foram utilizadas as palavras-chave: “transtorno”, “mental”, “psicopatologia” e “suicídio” para a seleção de artigos em que continham relações entre os fenômenos. Depois foi feita uma nova pesquisa com as palavras “etiologia”, “psicopatologia”, “transtorno” e “infância” para identificar artigos que se tratavam do desencadeamento do transtorno mental nos sujeitos e por fim, “suicídio”, “fatores”, “risco” para verificar os artigos que tratam do suicídio de uma maneira mais ampla.

Para a base de dados internacional, foram utilizadas palavras-chave em inglês: “mental”; “illness”; “psychopathology”; “suicide” e “etiology”, para selecionar os artigos internacionais. Através delas, se pode ter acesso a 2 artigos.

3.4 EQUIPAMENTOS E MATERIAIS

Foi necessária a utilização de um computador com acesso à internet e recursos para coletar e analisar os dados, como papel e caneta para o preenchimento da Ficha Bibliográfica.

3.5 SITUAÇÃO E AMBIENTE

Para que esta pesquisa fosse devidamente realizada, foi necessário que o ambiente estivesse claro e com iluminação adequada a fim de identificar e registrar os dados coletados nas bases de dados específicas da pesquisa.

3.6 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Para a realização da pesquisa, foi necessário primeiramente decompor as variáveis que constituíram a pergunta da pesquisa. Após a conclusão desse procedimento, foi então construída uma Ficha Bibliográfica (Apêndice), de acordo com as variáveis decompostas, para que fosse possível identificar nos artigos selecionados dados pertinentes com o que se desejava encontrar. Assim que construída, foi buscado e encontrado artigos que faziam menção aos objetivos desta pesquisa, com os critérios já citados anteriormente.

3.6.1 Procedimentos: da seleção da Base de Dados

A base de dados primeiramente selecionada para a pesquisa foi o Scielo, pela abrangência de artigos encontrados sobre o tema. Também foi utilizada a base de dados MedLine a fim de pesquisar em artigos internacionais também outras informações sobre o tema, com o objetivo de especificar e compreender ainda mais os fenômenos, não se restringindo a apenas dados nacionais.

3.6.2 Da identificação dos artigos

Foram selecionados, primeiramente, um total de 48 artigos através das palavras-chave, cada qual com seu foco (desenvolvimento de psicopatologias e/ou suicídio). Após a leitura de cada artigo, foi possível selecionar os artigos que faziam descrição das psicopatologias, relação da psicopatologia com o suicídio ou identificavam fatores de risco ao

suicídio. Dentre esses artigos, foram selecionados os parágrafos que fazem referência ao processo desencadeante do suicídio, do transtorno mental ou a relação entre ambos os fenômenos. Foram utilizados 14 deles para a discussão dos objetivos desta pesquisa.

3.6.3 Da coleta e registro dos dados

Após a leitura dos artigos selecionados, foram selecionados os parágrafos para análise dos dados que estavam relacionados com os objetivos desta pesquisa. Os parágrafos excluídos foram os que não se referiam a nenhum objetivo de pesquisa ou não estavam de acordo com a Ficha Bibliográfica. Os parágrafos foram devidamente selecionados e repassados para a Ficha para a análise no espaço reservado para a citação dos autores que faziam relação com o que se propõe nesta pesquisa, assim como também foi preenchida com um “X” os assuntos que são citados no artigo e nos parágrafos.

3.6.4 Da descrição, análise e interpretação dos dados

Depois de coletados os dados, os mesmos foram descritos a partir da construção de tabelas. Foram construídas 3 tabelas, cada uma de acordo com o objetivo específico desta pesquisa, trazendo quais autores e a que objetivos da pesquisa eles se referem: identificação das psicopatologias; etiologia das mesmas ou outros fatores desencadeantes do suicídio. Depois dos dados descritos de acordo com cada tabela apresentada, a análise foi feita de maneira similar à descrição: foram construídos gráficos indicando quantos artigos tratam sobre as categorias indicadas. Para a análise, foram usadas as citações dos artigos para a coleta de dados dessa pesquisa, juntamente com livros e outros artigos que tratem sobre o tema.

4. DESCRIÇÃO DOS DADOS

Após a coleta dos dados através da leitura dos artigos e a sistematização das citações selecionadas nas Fichas Bibliográficas, faz-se necessário descrever quais dados foram identificados a partir dos objetivos específicos desta pesquisa para posterior análise e interpretação.

O primeiro objetivo deste trabalho é identificar quais são os transtornos mentais descritos na literatura especializada que apresentam relação com o suicídio. Foram identificados 8 artigos do total dos 14 utilizados nessa pesquisa que fazem menção sobre os transtornos mentais mais comuns em sujeitos que cometem suicídio. A seguir, segue a tabela com as categorias identificadas e suas principais variáveis:

Autor	Categoria de análise
CHACHAMOVICH, E.; STEFANELLO, S.; BOTEGA, N.; TURECKI, G.	<p>Depressão: Principal transtorno diretamente associado ao suicídio.</p> <p>Alcoolismo: A dependência de álcool teve uma prevalência de 43% nos casos de suicídio.</p> <p>Transtorno de Personalidade: 16,2% dos casos de suicídio tinham diagnóstico de transtorno de personalidade.</p>
SANTOS, S. A.; LOVISI, G.; LEGAY, L.; ABELHA, L.	<p>Depressão: Em consonância com outras pesquisas, o diagnóstico de depressão teve a maior prevalência nos de suicídio</p> <p>Álcool: Prevalência dependência de álcool de 17,5% a 35,9% em indivíduos suicidas.</p> <p>Esquizofrenia: A esquizofrenia é o transtorno mental que mais contribui para o aumento de risco de suicídio nos indivíduos adultos.</p> <p>Transtorno de Personalidade: Prevalência no T.P. Anti-social de 5,4% a 20,6%.</p>
MELLO, M. F. de.	<p>Depressão, Transtornos de Personalidade e o uso de substância psicoativas (incluindo álcool).</p> <p>Depressão: Responsável por 45% a 70% dos suicídios.</p>
CHENG, Andrew T. A.; CHEN, Tony H. H.; CHEN, C. C.; JENKINGS, R.	<p>Depressão e álcool: As doenças psiquiátricas mais comuns são a depressão e o álcool e achados dos autores indicam que episódio depressivo é o maior fator de risco para o suicídio.</p>
TURECKI, G.	<p>Doenças psiquiátricas: Os principais transtornos psiquiátricos considerados como fator de risco para o suicídio são: transtorno depressivo maior e a dependência ou abuso ao álcool e/ou outras substâncias psicoativas, transtorno da personalidade borderline e anti-social.</p>
FARIAS, A. C. de; CORDEIRO, M. L.	<p>Transtornos mentais: a prevalência dos transtornos mentais em pessoas que cometeram suicídio está calculada entre 80% e 100%.</p>

KING, A. L. S.; NARDI, A. E.; CRUZ, M. S.	Álcool e Depressão: Nos casos em que a depressão ocorre concomitantemente com o alcoolismo, resulta em um quadro grave, aumentando o risco de suicídio. Alcoolistas que não estão sofrendo de uma doença depressiva podem se matar, mas o risco aumenta se a doença está presente.
CONNER, K. R. et. al.	Doença psiquiátrica: 90% dos casos de suicídio há diagnóstico de transtorno mental, entre eles depressão, transtorno bipolar, esquizofrenia, abuso de álcool e outras substâncias e transtornos de personalidade. Depressão: alto fator de risco. Transtorno de Personalidade: Pessoas com transtornos como o Anti-social e o Borderline possuem altos índices em testes de impulsividade/agressividade, podendo-se pensar que são esses fatores que podem aumentar o risco de suicídio.

Tabela 3

Através da categorização dos dados apresentados acima, observa-se que os principais transtornos mentais associados com o suicídio são o transtorno depressivo maior (depressão), esquizofrenia, transtornos de personalidade (borderline e anti-social) e o uso/abuso de álcool. A relação existente entre o uso de álcool em comorbidade com outras doenças psiquiátricas, principalmente a depressão, também ficou evidente.

Não apenas foram selecionadas as doenças psiquiátricas - também chamadas de transtornos mentais ou psicopatologias - principais relacionadas com o suicídio, como também alguns autores fizeram um parâmetro geral sobre o diagnóstico de uma doença mental. Mello (2000), Turecki (1999), Farias e Cordeiro (2011) e Conner (2001) dissertaram sobre a relação direta existente entre os transtornos mentais e o suicídio. Para Mello (2000), o diagnóstico de uma doença mental evidencia uma maior probabilidade de morte por suicídio, sendo então esse diagnóstico um dos mais preditivos para o suicídio; porém, é válido ressaltar que o autor enfatiza que nem todos os sujeitos que cometem suicídio são doentes mentais. Farias e Cordeiro (2011) já abrangem ainda mais esse fenômeno ao dizer que “a prevalência dos transtornos mentais em pessoas que cometeram suicídio está calculada entre 80 e 100%” (p. 375), o que corrobora com a literatura internacional proposta por Conner (2001), em que o autor cita que em estudos retrospectivos foram identificados que aproximadamente 90% dos casos de suicídio possuem um diagnóstico de transtorno psiquiátrico.

Da mesma forma, para Conner (2001), além dos diagnósticos já previamente citados como prevalentes nos casos de suicídio como transtornos de humor, esquizofrenia e abuso de álcool, a Depressão Maior ainda é considerada o maior fator de risco. Da mesma forma, Turecki (1999) cita que estudos já realizados sobre essa temática realmente indicam que

transtornos mentais são um dos maiores fatores de risco para o suicídio, e ainda, especifica que a depressão e o uso/abuso de álcool são os mais prevalentes.

Os autores Chachamovic *et. al.* (2009), Santos *et. al.* (2009) e King *et. al.* (2006) destacam a relação entre álcool e depressão, o que vai de acordo com o que também afirmam Cheng *et. al.* (2005), da literatura internacional que também identifica essa relação. Para Chachamovic *et. al.* (2009) os transtornos mais prevalentes em pessoas que cometem suicídio são a depressão com 59% dos casos e a dependência ou abuso de álcool 43%, assim como para Santos *et. al.* (2009) as maiores prevalências também são de depressão e abuso de álcool. Para King *et. al.* (2006), o álcool aumenta os sintomas depressivos, o que consequentemente também aumenta o risco de morte por suicídio, devido ao álcool ser um depressor do SNC. Além disso, quando os sintomas depressivos ocorrem junto com os episódios de alcoolismo, resultando em um quadro grave, também há um aumento no risco de suicídio. Para King *et. al.* (2006), as pessoas diagnosticadas como alcoolistas não estão necessariamente sofrendo do transtorno depressivo maior, mas se a depressão está ocorrendo concomitantemente com o abuso do álcool, o risco de morte por suicídio aumenta ainda mais. Na literatura internacional, Cheng *et. al.* (2005) identificam que as doenças psiquiátricas mais comuns relacionadas com o risco de suicídio são o abuso de álcool e a depressão, ao passo que há indicativos de que um severo episódio depressivo no sujeito é o maior fator de risco para o suicídio.

A esquizofrenia é um transtorno citado por muitos autores como fator de risco para o suicídio, porém não possui uma incidência tão grande quanto a depressão e o álcool. Chachamovic *et. al.* (2009) citam que transtornos psicóticos como a esquizofrenia possuem cerca de 9,2% dos casos de suicídio e Santos *et. al.* (2009) enfatizam ao dizer que a esquizofrenia se encontra prevalente entre 4,8% e 9,3% dos casos e que é o transtorno mental que mais contribui para o aumento do risco de suicídio em indivíduos adultos.

Os transtornos de personalidade, principalmente o borderline – também conhecido como limítrofe – e o anti-social não ficam atrás nos diagnósticos psiquiátricos como fatores de risco para o suicídio. Segundo Chachamovic *et. al.* (2009) um diagnóstico de transtorno de personalidade se encontra em 31%, acima dos apresentados nos casos de esquizofrenia e segundo Santos *et. al.* (2009), o risco de suicídio em pacientes com transtorno de personalidade anti-social está em 5,4% a 20,6%. O que, para Conner (2001), pessoas com o diagnóstico de transtorno de personalidade anti-social e borderline, que geralmente são identificadas como pessoas com altos índices de episódios de agressão e impulsividade, aumentam o risco de suicídio.

O segundo objetivo desta pesquisa se constitui em verificar quais são os aspectos biológicos, psicológicos e sociais envolvidos nos transtornos mentais que apresentam relação com o suicídio na literatura. Dessa forma, foram selecionados 10 artigos dos 14 utilizados para essa pesquisa, que se destacam por demonstrar de que forma os transtornos mentais podem se desencadear nos sujeitos.

Autor	Categorias de análise
SANTOS, S. A.; LOVISI, G.; LEGAY, L.; ABELHA, L.	Sócio-demográfico: Os casos de tentativas de suicídio masculinos devem ser acompanhados de modo mais rigoroso, as mulheres devem receber atenção quanto à possibilidade de tentativa de suicídio no início do curso do transtorno mental.
POLANCZYK, G. V.	Infância: Desenvolvimento dos transtornos entre a infância, adolescência e idade adulta, e que grande proporção dos adultos com transtornos mentais os apresentava já na adolescência. Compreensão de que os transtornos mentais são possíveis desfechos do processo de desenvolvimento do sujeito. Fatores ambientais: Em relação à depressão, é bastante claro que eventos adversos que envolvem ameaça à vida, perdas, humilhações e privações implicam no seu desenvolvimento. É importante diferenciar se os eventos ambientais ocorreram como resultado do processo psicopatológico ou se esse iniciou anteriormente e foi causa do evento ambiental. Fatores biológicos: Estudos mostram que a expressão reduzida de receptores de glicocorticóides no hipocampo está associada a diversas psicopatologias, como depressão, esquizofrenia e suicídio.
CHENG, Andrew T. A.; CHEN, Tony H. H.; CHEN, C. C.; JENKINGS, R.	Eventos estressores: eventos estressores de perda na vida de um sujeito podem desencadear um transtorno mental, levando-o ao suicídio. Porém, esses eventos podem aparecer como consequência de um transtorno ou também pode desencadear o suicídio.
ANSELMINI, L; et. al.	Sócio-demográficos: Transtornos mentais são mais frequentes entre mulheres, negros, pobres, desempregados, tabagistas, doentes crônicos, indivíduos com baixo apoio social ou que sofreram eventos estressantes, indivíduos com baixa escolaridade ou cujas mães tinham baixa escolaridade, o que consiste com outros estudos que dizem que a prevalência é mais alta entre mulheres, principalmente depressão e ansiedade em fase adulta. Traumas: Os transtornos mentais são relacionados aos traumas emocionais na infância Biológico: Relação mãe-bebê disfuncional ou genética.
PACHECO, J.; ALVARENGA, P.; REPPOLD, C.; PICCININI, A; HUTS, C. S.	Infância: Indivíduos anti-sociais apresentam comportamentos como agressividade, desobediência, oposicionismo, temperamento exaltado, baixo controle de impulsos, roubos e fugas. Os comportamentos são aprendidos na infância nas interações sociais, principalmente dentro do contexto familiar e vão se alterando pelas contingências ambientais e desenvolvimento do indivíduo.

SILVA, R. C. B. da.	<p>Biológico: Desordem hereditária. Possuir um parente com esquizofrenia é o fator de risco mais consistente e significativo para o desenvolvimento da doença. Eventos durante a vida intra-uterina ou logo após o nascimento podem ser de importância fundamental na etiologia de uma parcela dos casos de esquizofrenia, interferindo no desenvolvimento normal de determinadas estruturas cerebrais e tornando o indivíduo vulnerável ao surgimento mais tardio dos sintomas da doença.</p> <p>Eventos estressores: Não estão primariamente relacionados com a etiologia da doença, mas certamente influenciam a forma de aparecimento e o curso dos sintomas esquizofrênicos. Sabe-se que o curso de diversas doenças de clara etiologia biológica pode ser influenciado por "eventos estressores psicossociais" como perda de familiar próximo.</p>
FARIAS, A. C. de; CORDEIRO, M. L.	<p>Biológico: A contribuição genética envolve interferências nos processos de formação e desenvolvimento anatomofuncional do cérebro e as características inatas do temperamento.</p> <p>Ambientais: Estresse, perdas importantes, mudanças de domicílio ou escola, problemas escolares, conflitos interpessoais, uso de drogas e álcool, gravidez precoce e abuso sexual geralmente exercem papel desencadeador ou mantenedor do quadro de transtorno de humor.</p>
MICHELON, L.; VALLADA, H.	<p>Sócio-demográficos: Sexo, etnia, condição socioeconômica desfavorável, como desemprego ou baixa renda, e estado civil solteiro.</p> <p>Biológicos: Fatores relacionados ao nascimento, antecedentes familiares (disfunção familiar, perda parental) e história médica pregressa (epilepsia, trauma craniocéfálico, esclerose múltipla). O fator mais significativamente associado ao desenvolvimento de transtorno bipolar, é história familiar positiva, o que remete aos fatores genéticos</p> <p>Ambientais: Antecedentes pessoais, fatores sociais (padrão socioeconômico, eventos de vida estressantes). Importante interação geneambiente, necessária para a expressão de um fenótipo comportamental.</p>
JORDÃO, A. B.; RAMIRES, V. R. R.	<p>Eventos estressores: Experiências traumáticas (como abuso sexual e físico), negligências, história de prolongadas separações precoces e perdas parentais, violências das mais diversas ordens têm sido apontadas como precursores do desenvolvimento de uma organização de personalidade <i>borderline</i>. A história familiar e os vínculos afetivos ocupam um lugar de destaque na psicodinâmica dos adolescentes <i>borderline</i>. Tais fatores interagem com o temperamento e predisposições genéticas como impulsividade, afeto negativo e propensão à agressão.</p>
KING, A. L. S.; NARDI, A. E.; CRUZ, M. S.	<p>Biológico: Informações clínicas e biológicas de famílias com mais de um caso de alcoolismo indicam que a ação de genes (em conjunto ou separados) pode predispor o indivíduo a essa condição.</p>

Tabela 4

Após a extensa análise das bibliografias coletadas, pode-se indicar que os fatores mais evidentes que se constituem os transtornos mentais são fatores biológicos, ambientais, de origem familiar, demográficos, psicossociais, eventos estressores decorrentes da vida e também traumas de infância e do desenvolvimento do sujeito. Dessa forma, também se identifica que não é somente um fator que está relacionado aos transtornos mentais desencadeados nos sujeitos e que, possivelmente, podem levar a um suicídio, mas que há uma interação de vários fatores constituintes.

Questões de caráter biológico são um dos fatores verificados e bastante citados. Polanczyk (2009), Anselmi et. al. (2008), Silva (2006), Farias e Cordeiro (2011), Michelon e Vallada (2005) e King et. al. (2006) foram alguns dos autores que abordaram a questão biológica diante os transtornos mentais. Polanczyk (2009) cita que não somente o desenvolvimento do sujeito na infância e fatores ambientais constituem um possível transtorno mental, mas que a interação de experiências traumáticas na infância com influências genéticas podem desencadear um transtorno mental (em destaque o anti-social). Anselmi et. al. (2008) identifica que além do fator da relação mãe-bebê durante a gestação e as questões de ordem genética, há uma incidência hereditária de transtorno de humor de mãe-filha maior do que para o filho, justificada pela maior herdabilidade de depressão entre as mulheres. Para Farias e Cordeiro (2011), a genética influencia no processo de formação do cérebro e características inatas do temperamento do sujeito, tendo influência, então, em possíveis transtornos mentais, esses em consonância com outros fatores da vida do sujeito.

Da mesma forma, segundo Farias e Cordeiro (2011), não é um gene específico para os transtornos de humor, mas os genes estão associados às neurotransmissões de serotonina e dopamina. Segundo Michelon e Vallada (2005), fatores relacionados ao nascimento como complicações na gestação ou no parto e até mesmo o histórico de saúde do sujeito. Dentro dessas condições também está a relação com o alcoolismo, quando para King et. al. (2006), a genética influencia a predisposição a essa condição. A esquizofrenia também tem seus fatores biológicos correlacionados, quando para Silva (2006), apesar de as principais causas da esquizofrenia serem desconhecidas, pode-se atribuir a interação de variáveis, inclusive a genética, já que também se entende que um dos principais fatores de risco para a esquizofrenia é ter algum parente com o diagnóstico da doença, pensando na relação entre grau de parentesco e esquizofrenia. Além disso, segundo Silva (2006) há estudos em que, já que esse transtorno é de origem hereditária, pode-se entender como uma parte da etiologia da doença a interferência no desenvolvimento de algumas estruturas cerebrais, o que torna o sujeito mais vulnerável ao desenvolvimento da doença.

A relação dos fatores biológicos entra junto com os fatores ambientais. A interação desses dois fatores faz com que aumente a possibilidade do desencadeamento de um transtorno mental. Fatores ambientais como desencadeantes dos transtornos mentais foram citados por Polanczyk (2009), Farias e Cordeiro (2011) e Michelon e Vallada (2005). Segundo Polanczyk (2009), os transtornos mentais são filtrados em várias relações, como os fatores biológicos, psicológicos e também os ambientais, e então, surge a necessidade de diferenciar se os fatores ambientais são o resultado de uma psicopatologia, ou se essa psicopatologia já se iniciou anteriormente e se é a causa do fator ambiental, que pode ter aumentado o processo psicopatológico. Já, para Farias e Cordeiro (2011) alguns fatores ambientais como estresse cotidiano, perdas importantes, conflitos sociais possuem um papel importante no desenvolvimento dos transtornos mentais, principalmente a depressão.

A infância e de que maneira o sujeito se desenvolve são aspectos que também fazem parte da possibilidade da manifestação de um transtorno mental. Polanczyk (2009), Anselmi *et. al.* (2008) e Pacheco *et. al.* (2005) citam a importância de se atentar para o desenvolvimento do sujeito no que se refere a transtornos mentais na vida adulta. Polanczyk (2009), em seu artigo trata do desenvolvimento dos transtornos mentais nos mais diferenciados fatores; portanto segundo o autor, é evidente que exista uma continuidade nos transtornos, ou seja, fatores que influenciam desde a infância e continuam até a vida adulta e que, quando há a manifestação dos transtornos mentais no sujeito já na vida adulta, também já havia alguns sintomas na adolescência. Para Anselmi *et. al.* (2008), a principal etiologia dos transtornos mentais é atribuída a traumas na infância, o que corrobora com o que Polanczyk (2009), Pacheco *et. al.* (2005) e Jordão e Ramires (2010) propõem. Para Polanczyk (2009), os maus-tratos e experiências traumáticas na infância são um alto fator de risco para o comportamento anti-social – e o possível desencadeamento de um transtorno de personalidade – na vida adulta.

Eventos traumáticos na infância e eventos estressores no desenvolvimento do sujeito e na vida adulta entram também como fator de destaque na perspectiva desenvolvimentista dos transtornos mentais. Polanczyk (2009), Anselmi *et. al.* (2008) e Jordão e Ramires (2010) falam sobre esses eventos desencadeantes e estão de acordo com o que enfatizam Cheng *et. al.* (2000), na literatura internacional, que também citam os eventos estressores, principalmente os de perda, como desencadeante de doenças psiquiátricas. Jordão e Ramires (2010) identificam que no desenvolvimento do transtorno de personalidade borderline – o qual é um dos transtornos que possui relação com o suicídio – a presença de experiências traumáticas como abusos e violências são um dos principais desencadeantes do transtorno.

A influência desses eventos também é ressaltada por Anselmi *et. al.* (2008), ao entenderem que a etiologia dessas doenças, que, por muitas vezes é de caráter biológico, possui uma influência dentro dos eventos que ocorrem na vida do sujeito, e dentre esses eventos estão a perda de um familiar, mudança de moradia e até mesmo situações escolares estressoras quando na infância. Para Anselmi *et. al.* (2008), no desenvolvimento da esquizofrenia, os sujeitos com o diagnóstico da doença podem apresentar uma piora no quadro da doença quando deparados com situações estressoras, da mesma forma que esses fatores não são prioridade dentro da etiologia da doença, mas influenciam o desencadeamento e os sintomas da esquizofrenia. Já para Polanczyk (2009), eventos estressores possuem grande influência dentro de quadros depressivos. Conforme o mesmo autor, há a possibilidade de os eventos estressores desencadearem um episódio depressivo, mas deve haver a compreensão de que a manifestação de estressores é diferente em cada sujeito, ou seja, para algumas pessoas os eventos não são tão estressantes a ponto de desenvolver um transtorno mental. Dessa forma, os autores acima citados compreendem os eventos estressores da mesma maneira que Cheng *et. al.* (2000), quando para esses autores da literatura internacional, os eventos estressores de perda possuem um grande efeito dentro do desenvolvimento dos transtornos predispõem o suicídio, porém, esses eventos podem aparecer já como consequência do transtorno, ou certamente, aparecem junto com o suicídio decorrido do transtorno mental já previamente identificado.

Dados sócio-demográficos também estão relacionados ao desenvolvimento de doenças psiquiátricas, como citaram Anselmi *et. al.* (2008), Santos *et. al.* (2009) e Michelon e Vallada (2005). Para Santos *et. al.* (2009), há uma maior prevalência de transtornos mentais em homens pelos mesmos terem episódios depressivos diferentes que as mulheres, como por exemplo, nos homens há sintomas mais intensos como a baixa tolerância ao estresse, baixo controle de impulso, baixa auto-estima e alcoolismo. Já para Anselmi *et. al.* (2008), os transtornos mentais mais comuns, como a depressão e o transtorno bipolar, são mais frequentes em mulheres, pessoas com baixo nível econômico, desempregadas, doentes crônicos e pessoas com baixo apoio social; o que vai de encontro com o que propõem Michelon e Vallada (2005) que dizem que, nos casos de transtorno bipolar, a variável sócio-demográfica/econômica possui grande influência, com essas condições desfavoráveis como desemprego, baixa renda e até o estado civil solteiro.

O terceiro objetivo desta pesquisa consiste em identificar quais são os outros fatores de risco para o suicídio, visto que foi possível verificar que o desencadeamento de um transtorno mental e o suicídio não estão atrelados a somente um fator, mas sim, à interrelação

de vários fatores. Foram identificados 7 artigos dos 14 utilizados nessa pesquisa que fazem uma relação entre o suicídio e variados fatores que podem predispor esse fenômeno.

Autor	Categoria de análise
CHACHAMOVICH, E.; STEFANELLO, S.; BOTEGA, N.; TURECKI, G.	Constituição de diversos fatores: Não há um fator único capaz de responder pela tentativa de suicídio propriamente dito. Destacam-se tentativas prévias de suicídio, fatores genéticos, suporte social e familiar e psicopatologia, história de abuso sexual na infância.
SANTOS, S. A.; LOVISI, G.; LEGAY, L.; ABELHA, L.	Constituição de diversos fatores: Tentativas de suicídio anteriores (51%), tratamento psiquiátrico/psicológico anterior (44,8%), uso regular de medicamentos psicoativos (40,6%) e uso de álcool/drogas no momento do agravo (35,4%).
MELLO, M. F. de.	Constituição de diversos fatores: Patologia psiquiátrica, uso de álcool e drogas e com tentativa de suicídio anterior. Entre as pessoas que tentam o suicídio é comum a presença de problemas psicossociais , tais como: separações, perdas de pessoas queridas e perda de emprego.
CHENG, Andrew T. A.; CHEN, Tony H. H.; CHEN, C. C.; JENKINGS, R.	Constituição de diversos fatores: Divórcio, desemprego, baixo status socioeconômico, morar sozinho, mudança de cidade, histórico familiar de suicídio e psicopatologia, condições física de saúde e eventos estressores. Existem comparáveis efeitos de fatores psicossociais e psicopatologias no risco de suicídio. Eventos: Eventos de perda tem uma contribuição significativa no risco de suicídio. O efeito do histórico familiar diante o comportamento suicida foi constatado independente de dados demográficos, psicossociais e fatores psiquiátricos.
TURECKI, G.	Constituição de diversos fatores: Determinado pela interação de diversos fatores, entre os quais a constituição biológica do indivíduo, sua história pessoal, eventos circunstanciais , bem como o meio ambiente. Biológico: É possível que sujeitos com uma redução serotonérgica no córtex pré-frontal possam ter uma maior predisposição a atuar impulsivamente e auto-agressivamente quando expostos a situações estressantes, tais como aquelas causadas pela presença de quadros psiquiátricos e, em algumas instâncias, isto poderia resultar na manifestação de comportamento suicida.
FARIAS, A. C. de; CORDEIRO, M. L.	Constituição de diversos fatores: História familiar (pessoas com história familiar de suicídio possuem de duas a quatro vezes mais possibilidades de também cometê-lo); a presença de comorbidades.
CONNER, K. R. et. al.	Constituição de diversos fatores: Pode-se considerar como riscos adicionais ao suicídio morte, outras formas de perda e parâmetros

	neurobiológicos, especialmente disfunção serotoninérgica.
--	---

Tabela 5

Como já foi visto anteriormente na descrição dos outros dados coletados para esta pesquisa, a literatura internacional está de acordo com a nacional no que se tratam psicopatologias e suicídio. Os autores nacionais e internacionais acreditam na interação de fatores que desenvolvem os transtornos mentais e também a morte por suicídio. Autores como Chachamovic *et. al.* (2009), Santos *et. al.* (2009), Mello (2000), Turecki (1999) falam sobre essa interação de fatores da mesma forma que os autores das literaturas internacionais Cheng *et. al.* (2000) e Conner (2001).

Chachamovic *et. al.* (2009) identificam que há um conjunto de fatores que envolve o suicídio e cita principalmente, as tentativas prévias, genética, o suporte social e familiar que o sujeito possui, além do diagnóstico de uma psicopatologia; Santos *et. al.* (2009) em dados estatísticos citaram que, para os casos de suicídio, a maior frequência foram em pessoas com tentativas anteriores com 51%, tratamento psiquiátrico (sugerindo uma possível psicopatologia) com 44,8%, uso de medicamentos psicotrópicos com 40,6% e uso de álcool/drogas com 35,4%. Para Mello (2000), as mesmas variáveis são identificadas nos casos de suicídio, como desemprego, psicopatologia, uso de álcool e também o histórico de tentativas anteriores, além de problemas psicossociais como perda de um ente querido, de emprego e separações. Turecki (1999) também diz que o suicídio é resultado da interação de fatores, como questões biológicas do indivíduo, história de vida, eventos ambientais e circunstanciais.

Segundo os autores, os fatores sexo e idade também estão envolvidos nas tentativas de suicídio. Para Mello (2000) é mais comum a tentativa de suicídio em homens com idade entre 25 e 35 anos, enquanto nas mulheres com idade entre 18 e 30 anos, enquanto para Farias e Cordeiro (2011), em uma análise sobre os riscos de suicídio, se deve levar em conta o sexo, já que para o autor homens cometem mais suicídio do que as mulheres.

Com esses dados, pode-se entender que a literatura internacional compreende o suicídio da mesma maneira. Para Cheng *et. al.* (2000), é significativo como os fatores psicossociais estão associados com o risco de suicídio, como desemprego, divórcio, baixas condições socioeconômicas, histórico familiar, tentativas anteriores e o diagnóstico de alguma psicopatologia; condições também observadas na literatura nacional. Segundo Cheng *et. al.* (2000), o efeito do histórico familiar de suicídio é um fator independente das questões

demográficas, psicossociais e psiquiátricas. Já para Conner *et. al.* (2001), em estudos realizados sobre o tratamento e prevenção do suicídio, identificou-se que riscos incluem perdas na vida do sujeito no sentido da morte.

5. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Visto que os dados para esta pesquisa já foram devidamente coletados e descritos, cabe analisá-los e interpretá-los de acordo com a literatura especializada. Considerando a utilização da base de dados Scielo e MedLine, foi possível identificar 14 artigos nos quais será feita uma relação entre o desenvolvimento das psicopatologias no sujeito e o suicídio, já que um dos maiores fatores de risco para o suicídio é o diagnóstico de uma doença psiquiátrica.

Dessa forma, a análise e a interpretação dos dados serão divididas de acordo com os objetivos desta pesquisa: primeiramente, serão analisados os dados que falam sobre as psicopatologias identificadas como as de maior propensão para o suicídio. Logo após, serão analisados as variáveis que se constituem como desencadeante dos transtornos mentais identificados como principais causas para o suicídio e os fatores que estão relacionados com os mesmos e, por fim, serão analisados os fatores desencadeantes do suicídio.

5.1 PSICOPATOLOGIAS IDENTIFICADAS

Como já visto na descrição dos dados, as psicopatologias mais identificadas foram esquizofrenia, transtornos de humor (principalmente o transtorno depressivo maior), transtorno de personalidade (anti-social e borderline) e o uso e abuso de álcool. Segundo Mello (2000), “a doença mental acarreta maior possibilidade de suicídio, constituindo um dos fatores preditivos mais poderosos ao lado de prévia tentativa de suicídio; porém nem todos os suicidas estão doentes mentais.” (p. 167)

Dessa forma, foram construídos gráficos que demonstrem a ocorrência desses fenômenos de acordo com os autores para que seja possível estabelecer uma relação entre eles. Foram utilizados 8 dos 14 artigos dessa pesquisa, sendo que nesses 8 artigos há a citação de alguma psicopatologia relacionada ao suicídio. Desses 8 artigos, 7 citam a depressão, da mesma forma que os mesmos 7 artigos citam o abuso de álcool; 5 citam os transtornos de personalidade, 2 citam a esquizofrenia e 1 cita o transtorno bipolar de humor, como pode ser observado no gráfico 1.

Psicopatologias identificadas

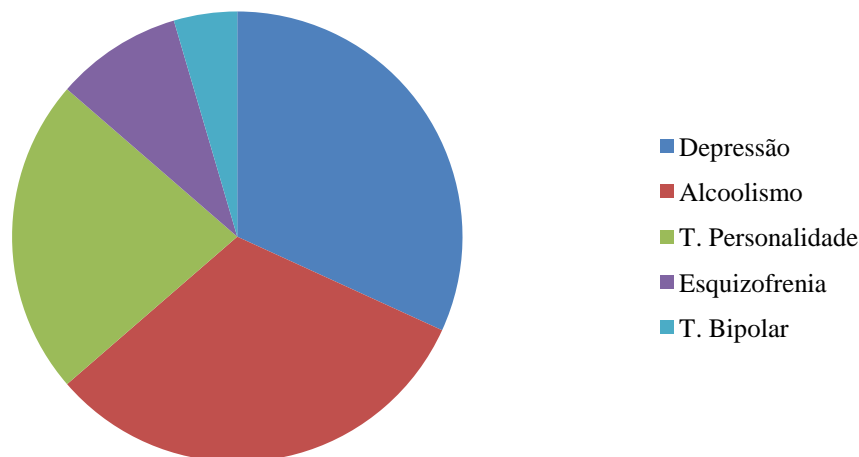


Gráfico 1 – Psicopatologias identificadas nos artigos utilizados consideradas como fator de risco para o suicídio

5.1.1 Transtornos de humor e alcoolismo

Assim, pode-se perceber que a maior incidência de psicopatologia relacionada ao suicídio é a depressão. Santos *et. al.* (2009, p. 2065) destaca a prevalência desses transtornos, ao citar em seu artigo que “dentre os transtornos mentais relacionados às tentativas de suicídio, destaca-se a depressão, cujas frequências encontradas nos estudos variaram de 13% e 53,8%; dependência de álcool de 17,5% a 35,9%”. Uma comorbidade com o alcoolismo aumenta ainda mais essa condição, King *et. al* (2006) demonstram isso ao citar no seu artigo que “a depressão é uma das co-morbidades que acompanham com maior frequência o diagnóstico do alcoolismo: 70% dos suicidas têm depressão maior e 15% das pessoas hospitalizadas por esse transtorno depressivo tentam suicídio” (p. 71). E que, ainda “alcoolistas que não estão sofrendo de uma doença depressiva podem se matar, mas o risco certamente aumenta se a doença está presente” (p. 71). Wallauer e Maliska (2012, p. 52) propõem que “30-70% das pessoas que cometeram suicídio seriam vítimas de transtornos de humor, sendo que sua associação com o álcool ou abuso de substâncias aumentaria ainda mais essa estimativa”. Turecki (1999) identifica que “os transtornos mais prevalentes entre as vítimas de suicídio são o transtorno depressivo maior e a dependência ou abuso ao álcool”.

Reinecke (2004) indica essa alta incidência de depressivos nos casos de suicídio ao constatar que em observações clínicas, existe um forte vínculo entre depressão e suicídio.

Sendo assim, a depressão fica evidente como principal transtorno relacionado com o suicídio. Para Chachamovic et. al. (2009) “depressão é a principal entidade nosológica associada a tentativas de suicídio, à ideação suicida e a planos suicida”, quando para Santos (2009), “o episódio depressivo maior foi o transtorno mental mais frequente neste estudo, o que está em consonância com a grande maioria das pesquisas sobre o tema” (p. 2069), implicando assim, em mais evidências de que a depressão está associada de alguma forma com o risco de suicídio. Da mesma forma para a literatura internacional, segundo Cheng (2000), os transtornos mais comuns relacionados ao suicídio são a depressão e/ou episódio depressivo maior e o alcoolismo e para Conner (2001), pessoas alcoolistas estão dentro da prevalência de 90% das pessoas que cometem suicídio com algum diagnóstico de transtorno mental.

Já o autor Mello (2000) indicou que “a frequência do suicídio entre as patologias também é bastante variável; por exemplo, a depressão pode ser responsável por 45% a 70% dos suicídios” (p. 164). Os dados encontrados acima corroboram com o que sugere Roy (1995), que diz que através de estudos feitos com a população em geral, 70% dos que cometeram suicídio possuíam dois transtornos psiquiátricos principais: depressão e/ou alcoolismo. Já para Schmitt, Chachamovich e Kapczinski (2001), “o suicídio tende a ocorrer mais no início e no fim de um episódio depressivo” (p. 155) e também “outros fatores que aumentam o risco nesses pacientes são a co-morbidade com abuso de álcool, estados mistos (mania/depressão), fase depressiva da doença (bipolar), mania psicótica e alta hospitalar recente” (p. 156).

Um ponto de vista similar ao que traz esses autores é observado por Vieira e Coutinho (2008), ao citar que

a relação entre suicídio e depressão é estreita, a ponto de aquele ser, ainda hoje, considerado por muitos um sintoma ou uma consequência exclusiva deste. De fato, a importância da associação entre um e outro é um dos dados mais conhecidos e replicados na literatura psiquiátrica.

Segundo os mesmos autores, o comportamento suicida também é um dos sintomas de um quadro depressivo e pode ser mensurado através de escalas como a escala de depressão de Beck. Para Ballone (2003, apud Vieira e Coutinho, 2008), “os sintomas depressivos mais associados ao suicídio dizem respeito ao severo prejuízo da auto-estima, aos sentimentos de desesperança e à incapacidade de enfrentar e resolver problemas” e, diante de todo o sofrimento que esse transtorno mental causa, para Vieira e Coutinho (2008), “o transtorno

depressivo ocasiona um sofrimento psíquico que interfere, significativamente, na diminuição da qualidade de vida, da produtividade e da capacitação social do indivíduo”, compreendendo assim, a comum associação existente entre depressão e suicídio.

O transtorno de humor bipolar foi citado pela literatura internacional, para Conner (2001), o diagnóstico de bipolaridade indica um fator de risco para o suicídio. Conforma Wallauer e Maliska (2012, p. 52) complementam, ao dizer que “no transtorno bipolar, além de 10-15% também morrerem por suicídio, as tentativas e ideação suicida aparecem com mais frequência nos episódios depressivos e de mania”.

Dessa forma, observa-se que os artigos utilizados para essa pesquisa, juntamente com as outras literaturas sobre o tema, convergem nas opiniões no sentido de avaliar os transtornos de humor associados ao álcool como fator de risco para o suicídio.

5.1.2 Esquizofrenia

Em consonância, segundo Santos (2009) “é importante destacar que a depressão e a esquizofrenia são os dois principais transtornos mentais que mais contribuem para o aumento de risco de suicídio nos indivíduos adultos.” (p. 2070) e Chachamovic (2009) indica que, dentro dos casos de suicídio, 9,2% possui transtorno psicótico, tal qual a esquizofrenia.

Também indicam Santos *et. al.* (2009), que a esquizofrenia é o transtorno mental que mais contribui para o risco de suicídio nos indivíduos adultos. Para Schmitt, Chachamovich e Kapzinski (2001), “a maioria dos pacientes esquizofrênicos que comete ou tenta o suicídio o faz nos primeiros anos da doença” (p. 156) e que, ainda para os mesmos autores, diferente do que se imagina, os pacientes esquizofrênicos que tentam suicídio não estão fugindo de alucinações auditivas ou persecutórias, mas a tentativa está diretamente associada a um episódio depressivo. Reinecke (2004, p. 83) também identifica esse dado ao dizer que “mais de 80% das pessoas que cometem suicídio estão deprimidas no momento do ato”. Para Conner (2001), a esquizofrenia está entre as principais psicopatologias consideradas como fator de risco para o suicídio.

Conforme destacam Wallauer e Maliska (2012), a maioria das pessoas diagnosticadas com esquizofrenia possuem um grande sofrimento psíquico, além de situações como dificuldade nas relações sociais e afetivas. Houve dificuldades em encontrar artigos e literatura que associem esquizofrenia e suicídio, podendo então se pensar na possibilidade de não haver estudos suficientes que indiquem uma relação direta existente entre esses fenômenos.

5.1.3 Transtorno de personalidade

Os transtornos de personalidade entram no sentido de confirmar que há uma relação existe entre as psicopatologias e o suicídio. Para Chachamovic (2009), nos casos de suicídio, “um diagnóstico de transtorno de personalidade foi aventado para 31%” (p. 20) e através de uma análise, identificou-se que 16,2% das pessoas possuíam o diagnóstico de um transtorno de personalidade, assim como para Santos (2009), o diagnóstico de transtorno de personalidade anti-social é um fator de risco para o suicídio e sua prevalência transita de 5,4% a 20,6%. Mello (2000) também ressalta que, entre vários pesquisadores, o transtorno de personalidade é citado como doença psiquiátrica associada ao suicídio, tal qual Turecki (1999) indica que em mais da metade dos casos de suicídio há características diagnósticas para os transtornos de personalidade anti-social e borderline devido a impulsividade e agressividade do ato. Na literatura internacional, Conner (2001) faz uma alusão à impulsividade e à agressividade presentes nesses transtornos, dizendo que é possível que o comportamento suicida seja possível devido a esses diagnósticos e características de destaque.

Roy (1995) indica que, em estudos feitos com pessoas com menos de 30 anos vítimas de suicídio, 30% delas possuíam diagnóstico de transtorno de personalidade anti-social. Conforme Schmitt, Chachamovich e Kapczinski (2001), “os transtornos de personalidade mais comumente associados às tentativas de suicídio são transtorno de personalidade borderline, histriônica e anti-social” (p. 157). Vale destacar que nessa pesquisa, não foi encontrado nenhum artigo que identificasse o transtorno de personalidade histriônico como fator de risco para o suicídio.

Devido a características de impulsividade e agressividade em pessoas diagnosticadas com transtorno de personalidade antissocial e borderline, observa-se que aumenta o risco de suicídio. De acordo com Wallauer e Maliska (2012, p. 53)

no transtorno de personalidade borderline, há uma constante instabilidade nos relacionamentos interpessoais, comportamentos impulsivos e autodestrutivos, sentimentos de vazio e medo de abandono, episódios de extrema raiva, mudanças de humor além de automutilação e comportamento suicida

Dessa forma, o suicídio entra dentro das características diagnósticas, quando Wallauer e Maliska (2012) citam que, pelo ato de se automutilar, ocorre um reconhecimento similar ao comportamento suicida, podendo aparecer em momentos de raiva, agressividade e

impulsividade. Da mesma maneira que para, os mesmos autores, Wallauer e Maliska (2012, p. 53), “o transtorno antissocial apresenta sintomas que podem gerar um comportamento suicida como impulsividade, agressividade, episódios de raiva extrema, além do envolvimento em situações arriscadas como brigas, abuso de substâncias e imprudências sexuais”.

5.2 FATORES DESENCADEANTES DA PSICOPATOLOGIA

Através das leituras realizadas para a confecção desta pesquisa, foram encontrados artigos que destacaram quais são os principais fatores que estão associados com o desencadeamento/desenvolvimento de uma psicopatologia no sujeito. Para essa pesquisa, o foco foi nas psicopatologias identificadas que são consideradas fator de risco para o suicídio.

Dos 14 artigos utilizados, 11 destacam os fatores relacionados ao desencadeamento de uma psicopatologia. Desses 11, 6 identificaram fatores biológicos – como a genética –, 3 citaram fatores ambientais, 3 citaram eventos estressores, 3 citaram fatores sociodemográficos e 3 citaram fatores correlacionados com a infância e traumas, como o gráfico 2 ilustra.

Fatores desencadeantes

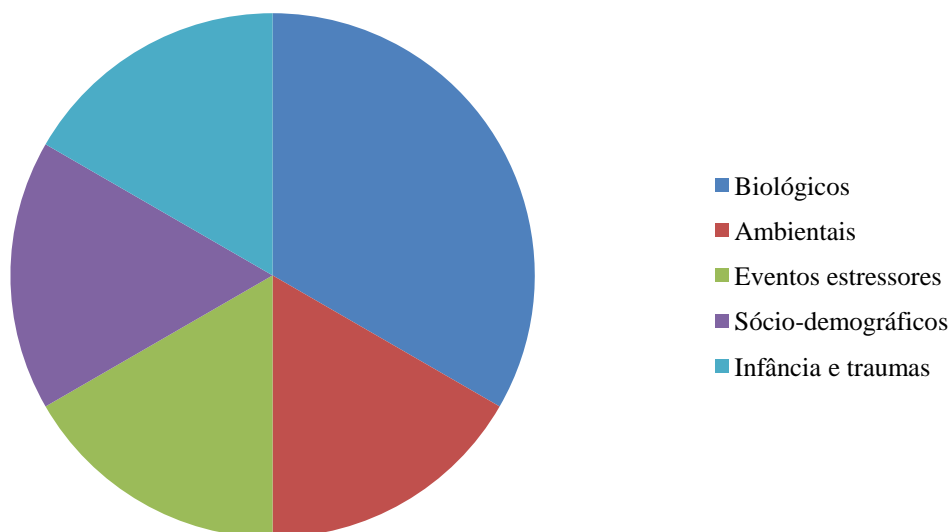


Gráfico 2 – Principais fatores identificados como desencadeantes de transtorno mental no sujeito.

5.2.1 Envolvimento dos fatores biológicos no curso da psicopatologia

Os fatores biológicos foram os que mais apareceram nos artigos como fator de risco para uma psicopatologia.

Para Polanczyk (2009), um dos autores que destaca a questão biológica, “evidências consistentes mostram que a expressão reduzida de receptores de glicocorticóides no hipocampo está associada a diversas psicopatologias, como depressão, esquizofrenia e suicídio” (p. 9). Para o autor Anselmi (2008), existem outros aspectos biológicos envolvidos, como a relação mãe-bebê, origem fetal e a genética.

Um dos transtornos mentais mais citados com relação a condições biológicas é a esquizofrenia. Segundo Silva (2006)

a esquizofrenia é uma desordem hereditária. Possuir um parente com esquizofrenia é o fator de risco mais consistente e significativo para o desenvolvimento da doença. Uma relação clara pode ser encontrada entre o risco de esquizofrenia e o grau de parentesco a uma pessoa com esquizofrenia. (p. 267)

Além disso, Silva (2006) complementa ao dizer que “muitos estudos epidemiológicos mostram que indivíduos que possuem parentes em primeiro grau com esquizofrenia possuem um risco aumentado em desenvolver a doença” (p. 267). Carpenter e Buchanan (1995) complementam, esses dados ao citar que “a esquizofrenia e manifestações do tipo-esquizofrenia ocorrem em uma taxa aumentada entre os parentes biológicos de pacientes com esquizofrenia” (p. 961). Além disso, os mesmos autores contribuem para o entendimento dos fatores biológicos envolvidos ao destacar que “estudos de famílias revelam que parentes em primeiro grau de uma pessoa esquizofrênica tem uma chance aproximadamente cinco a dez vezes maior para o desenvolvimento de esquizofrenia que pessoas sem parentesco” (p. 977)

Michelon e Vallada (2005) também identificaram fatores biológicos para o transtorno bipolar ao concluir que “o fator mais significativamente associado ao desenvolvimento de TB, encontrado em vários estudos, é história familiar positiva” (p. 23). Além disso, conforme Michelon e Vallada (2005), há também fatores relacionados ao nascimento, tais como local de nascimento (urbano/rural), complicações no parto e estação do ano, assim como também problemas de saúde como epilepsia, trauma craneiocefálico e esclerose múltipla. Segundo Farias e Cordeiro (2011), há envolvimento genético e anatômico na manifestação dos transtornos de humor, ao dizer que “a contribuição genética envolve interferências nos processos de formação e desenvolvimento anatomofuncional do cérebro e as características inatas do temperamento.”

Esses dados corroboram com o que Blazer II (1995) traz, em que é citado que a história familiar tem grande influência no curso dos transtornos de humor “a maioria dos

estudiosos atribuem o risco aumentado de depressão quando há história familiar positiva a uma predisposição genética” (p. 1139). Além disso, para Akiskal (1995, p. 1193), de acordo com “a maioria dos estudos epidemiológicos de amostras de contextos de tratamento mostrou um aumento consistente na história familiar de transtornos de humor entre pessoas, especialmente em parentes em primeiro grau.”

O abuso de álcool, transtorno que também contribui para o suicídio, também possui fatores biológicos envolvidos. Segundo Schuckit (1995) há evidências que apóiam que há um risco de três a quatro vezes maior para pessoas com parentes próximos alcoolistas. Já na esquizofrenia, para Carpenter e Buchanan (1995), complicações na gravidez e durante o parto levam a um risco aumentado de desenvolvimento da esquizofrenia na fase adulta, apesar de ainda ser desconhecida a relação existente entre essas variáveis.

5.2.2 Fatores ambientais e eventos estressores

De acordo com os dados coletados, os fatores ambientais e os eventos estressores também influenciam no decorrer do curso de uma psicopatologia. Segundo Polanczyk (2009), não só os fatores ambientais como muitos outros influenciam nesse processo,

os transtornos mentais surgem a partir de interrelações dimensionais, complexas, em múltiplos níveis entre características específicas do indivíduo (fatores biológicos, genéticos e psicológicos), características ambientais (cuidado parental, relacionamentos interpessoais, exposição a eventos estressores).

Outros autores também citaram a influência dos fatores ambientais no desenvolvimento de alguma psicopatologia. Conforme Farias e Cordeiro (2011), “os fatores de risco ambientais para os transtornos mentais atuam através de múltiplos mecanismos e níveis e usualmente são correlacionados a uma cadeia de fatores de risco, que, por sua vez, podem atuar através de diversos mecanismos”. Dessa forma, pode-se entender que existe uma influência do ambiente dentro da possibilidade de se desenvolver uma psicopatologia, mas não é somente esse fator que o integra.

Michelon e Vallada (2005) observam que, no desenvolvimento dos transtornos de humor, há um grande efeito dos fatores ambientais, ao citar que “evidências derivadas de estudos epidemiológicos demonstraram que fatores ambientais como exposições a situações estressantes podem desencadear transtornos mentais, particularmente os TDM”. Blazer II (1995) identificou as causas ambientais dos transtornos de humor como estado civil, citando que “as taxas de transtorno depressivo maior são mais altas entre pessoas separadas e

divorciadas, e mais baixas entre pessoas solteiras e casadas” (p. 1193). Segundo Polanczyk (2009), “é bastante claro que eventos adversos que envolvem ameaça à vida, perdas, humilhações e privações estão implicados no seu desenvolvimento.” (p. 10).

Da mesma forma, segundo Akiskal (1995) há também a influência de eventos estressores para o desencadeamento dos transtornos de humor, principalmente o transtorno depressivo maior, mas que também há a possibilidade da modificação dos efeitos desses estresses. Segundo Akiskal (1995, p. 1194), o suporte social é um deles, ao citar que “o fornecimento de um retorno significativo, adequado e protetor do ambiente social que possibilite a um indivíduo lidar com os estresses ambientais”. Dessa forma, pode se compreender que uma rede de apoio que suporte junto ao indivíduo os estresses cotidianos possam interferir no curso da psicopatologia.

O mesmo ocorre para a esquizofrenia e para o transtorno de personalidade borderline, quando Carpenter e Buchanan (1995, p. 979) identificam que “a esquizofrenia ou a recaída de um transtorno preexistente frequentemente se segue a um estresse extraordinário, de modo que foi sugerido que este estresse poderia provocar a esquizofrenia aguda em uma pessoa saudável” e, para Gunderson e Phillips (1995, p. 1558) “estudos ambiciosos tem sugerido que os pacientes com transtorno de personalidade borderline tem uma alta frequência de perda precoce dos pais, separações traumáticas ou ambas”. Segundo os dados coletados nessa pesquisa, para Jordão e Ramires (2010, p. 423), “experiências traumáticas, negligências, abusos, violências das mais diversas ordens têm sido apontadas como precursores do desenvolvimento de uma organização de personalidade *borderline*”, além disso, os mesmo autores identificam que

a literatura tem enfatizado os antecedentes desenvolvimentais dessa organização de personalidade, discutindo o papel das experiências traumáticas, como abuso sexual e físico, história de prolongadas separações precoces e perdas parentais (como divórcio, doenças, viagens), exposição a atitudes parentais dominadoras, frias afetivamente e sádicas, marcadas por negligência emocional, superproteção e controle excessivo.

5.2.3 Sexo, idade e fatores sócio-demográficos e sócio-econômicos: influências na psicopatologia

Para alguns dos autores utilizados na construção desta pesquisa, questões sociodemográficas e econômicas fazem parte do quadro do desenvolvimento de uma psicopatologia.

Para Anselmi *et. al.* (2008, p. 27), “a prevalência de transtornos mentais em jovens adultos é alta, podendo chegar a 25-40%, possivelmente porque nesta fase a maioria dos transtornos psiquiátricos ocorre em frequências mais elevadas na população”. Anselmi *et. al.* (2008) cita que os transtornos mentais comuns, caracterizados como “uma categoria nosológica que inclui sintomas depressivos não-psicóticos, ansiedade e queixas somáticas que causam prejuízo nas atividades diárias de seus portadores” (p. 27), ocorrem mais frequentemente em mulheres, negros, pessoas com baixa renda, desempregados, fumantes, doentes crônicos, pessoas com baixo apoio social e também sofreram eventos estressores.

Para os autores Michelon e Vallada (2005), a influência parte de uma condição socioeconômica desfavorável, como desemprego e também o estado civil solteiro. Akiskal (1995, p. 1192) identifica nos transtornos de humor que “mulheres tem probabilidade duas vezes maior que os homens de terem um episódio depressivo maior”. Ainda conforme Akiskal (1995, p. 1192) “a idade média de início tanto para transtorno depressivo maior quanto para transtornos bipolares está entre 20 a 40 anos”. O estado civil também influencia, quando Akiskal (1995) identifica que a prevalência de transtorno depressivo maior é maior em pessoas divorciadas e que se tornaram viúvas recentemente e nesse último, está associado aos mais altos índices de transtorno depressivo maior.

Dentre os transtornos mentais, a esquizofrenia também foi identificada à influência de questões sócio-demográficas. Para Silva (2006), os primeiros sinais da doença se manifestam na adolescência ou no início da fase adulta. Já para Carpenter e Buchana (1995, p. 997), “os estudos iniciais mostravam idades médias de início para a esquizofrenia bem abaixo dos 45 anos entre homens e mulheres”, mas que também os homens tem mais propensão a ter o aparecimento dos sintomas entre os 15 e 25 anos de idade, enquanto as mulheres dos 25 aos 35 anos de idade. Novamente, o estado civil aparece como um facilitador para o desenvolvimento de um transtorno mental, quando Carpenter e Buchana (1995) falam que relatos

tem mostrados taxas superiores de esquizofrenia para pacientes não casados do que para aqueles casados, e alguns tem inferido que o estado de solteiro contribui para o desenvolvimento da esquizofrenia. Entretanto, o fenômeno pode ser similar àquele descrito sob a classe social, isto é, a doença diminui a chance de casamento e aumenta as chances de divórcio. (p. 978)

5.2.4 Infância e traumas

Os traumas que ocorrem na infância e também a maneira como a criança interage com o ambiente nessa idade são fatores correlacionados a algumas psicopatologias,

principalmente o transtorno de personalidade anti-social. Segundo Anselmi *et. al.* (2008), durante muitos anos a origem dos transtornos mentais era associada a traumas emocionais na infância. Para Polanczyk (2009), maus-tratos na infância é um grande fator de risco para um possível comportamento antissocial na fase adulta. O autor ainda faz uma relação com os fatores biológicos, ao citar que “uma proporção importante de crianças que sofreram maus-tratos na infância não apresenta comportamento antissocial ao longo do seu desenvolvimento, o que levanta a hipótese de que influências genéticas possam apresentar efeito moderador sobre tal estressor” (p. 11). Da mesma forma que para Wallauer e Maliska (2012, p. 53) “o transtorno de personalidade antissocial geralmente tem início na infância e se caracteriza pela excessiva agressividade e crueldade física, falta de respeito pelo direito dos outros e falta de empatia, assim como pouca capacidade de sentir remorso”.

Segundo Pacheco *et. al.* (2005), a ênfase está no modo como a criança interage com os membros da família e pessoas ao redor; dessa forma, tanto o comportamento pró-social como o comportamento anti-social são aprendidos nessas interações e vão se modificando de acordo com o ambiente em que ela se insere e com a maneira como ela se desenvolve. Para Gunderson e Phillips (1995), outros fatores da infância estão associados ao desenvolvimento de um comportamento anti-social ou ao transtorno de personalidade, como uma infância com pais rígidos, negligentes, ríspidos e fisicamente abusivos. A concluir, para Pacheco *et. al.* (2005)

os comportamentos anti-sociais que ocorrem na infância são protótipos de comportamentos delinquentes que poderão acontecer mais tarde. A delinquência, então, representa um agravamento de um padrão anti-social que inicia na infância e, normalmente, persiste na adolescência e na vida adulta. (p. 58)

Apesar de nos dados coletados nesta pesquisa não ter sido citado por nenhum autor que os transtornos de humor possuem influência na infância, para Akiskal (1995, p. 1193), “a perda dos pais antes da adolescência foi bem documentada como fator de risco de depressão na fase adulta” e que um ambiente familiar conturbado também produz risco.

5.3 OUTROS FATORES DE RISCO DO SUICÍDIO

O último objetivo dessa pesquisa foi identificar quais são os outros fatores desencadeantes do suicídio. Dessa forma, observou-se que dos 14 artigos utilizados para a pesquisa, 7 falaram sobre outros fatores de risco e desses, todos os 7 identificaram que é a constituição de determinados fatores e dentre esses, 4 fazem alusão a fatores biológicos, 3

citaram histórico familiar de suicídio, 3 citaram tentativas anteriores, 3 citaram problemas psicossociais, 2 citaram uso de álcool e drogas e 1 citou o abuso sexual na infância, como ilustra o gráfico 3.

Outros fatores de risco para o suicídio

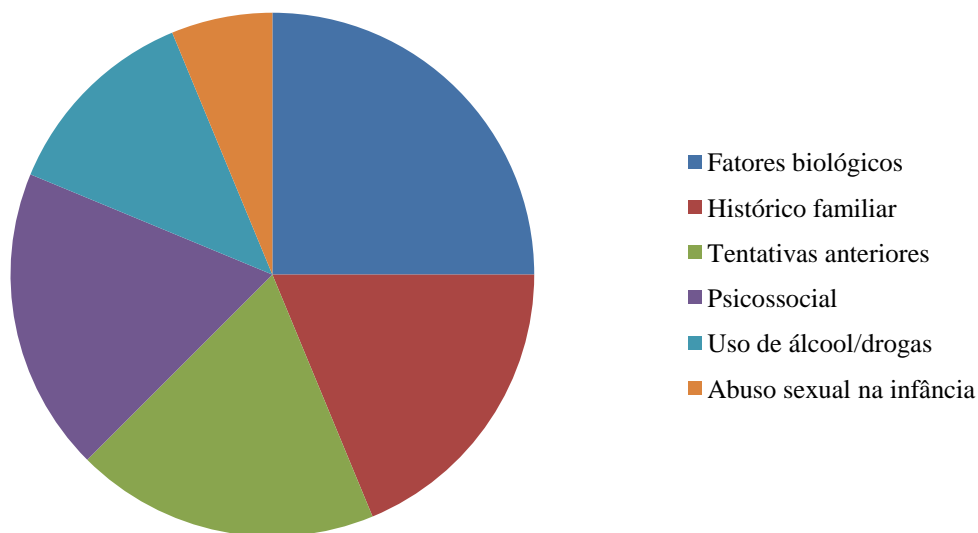


Gráfico 3- Outros fatores identificados na coleta de dados como de risco para o suicídio

A interação de diversos fatores, inclusive o diagnóstico de uma psicopatologia, caracteriza um suicídio. Pensando em todos os fatores em conjunto, Reinecke (2004) cita as principais variáveis que determinam um possível risco ao suicídio, sendo eles os fatores demográficos, sociais, ambientais, comportamentais e psiquiátricos, sendo esses identificados nos artigos utilizados para esta pesquisa. É possível perceber isso conforme Chachamovich *et. al.* (2009), que dizem que não há somente um único fator capaz de justificar um suicídio e que, para esse fenômeno ocorrer, esses fatores devem estar relacionados e entre eles estão tentativas prévias, fatores genéticos, suporte social e familiar e o diagnóstico de uma psicopatologia. Afunilando essas informações, Chachamovich *et. al.* (2009, p. 21) especificam que “do ponto de vista familiar, a presença de suicídio na família está associada não só a uma chance elevada em cerca de três vezes de comportamento suicida”. Além disso, para Chachamovich *et. al.* (2009), abuso sexual na infância já esteve associado a comportamento suicida, da mesma forma que o risco é maior em mulheres do que em homens. Para Mello (2000) as tentativas de suicídio são mais comuns em homens com idade entre 25 e 35 anos e mulheres entre 18 e 30 anos. Os autores Farias e Cordeiro (2011)

também identificam os mesmos fatores ao citar que os riscos de suicídio se constituem maior nas mulheres do que nos homens, histórico familiar positivo com parente com mais que 2 tentativas e comorbidades psiquiátricas. Com relação a infância, para Reinecke (2004), a perda precoce dos pais durante a infância aumenta ainda mais o risco de suicídio na fase adulta.

Os principais fatores para Santos et. al. (2009) são tentativa de suicídio anterior, diagnóstico de alguma psicopatologia, uso de psicotrópicos e abuso de álcool. Da mesma forma, para Mello (2000), a interação de vários fatores para o desencadeamento do suicídio está relacionado a perda do emprego, psicopatologia, problemas psicossociais, perdas de pessoas queridas, uso de álcool e também histórico de tentativa de suicídio. A literatura internacional também identifica a interação desses fatores, quando Cheng *et. al.* (2000) diz que os mais significantes fatores de risco são divórcio, perda do emprego, baixa condição socioeconômica, psicopatologia, condição física debilitada e eventos estressores. Para Reinecke (2004), eventos estressantes na vida como problemas profissionais, situações sociais humilhantes e perda de um ente querido também estão relacionados ao risco de suicídio, da mesma forma que se pode perceber como citado anteriormente que esses eventos também são considerados desencadeantes de um transtorno mental.

Essa constituição de vários fatores também é citada por Turecki (1999, p. 1), quando ele diz que “o suicídio é um fenômeno complexo que é provavelmente determinado pela interação de diversos fatores, entre os quais a constituição biológica do indivíduo, sua história pessoal, eventos circunstanciais, bem como o meio ambiente”. Apesar de o autor compreender essa interação, ele justifica e especifica o fator biológico, ao dizer que pessoas com uma redução serotonérgica no córtex pré-frontal tem maior possibilidade de atuar impulsivamente quando dentro de eventos estressores – fator também identificado na presença de psicopatologias – mas essa impulsividade poderia resultar no comportamento suicida. A literatura internacional identifica que pessoas mais vulneráveis psicologicamente podem explicar alguns casos de suicídio e também algumas psicopatologias. (CONNER et. al., 2001). Esses dados estão de acordo com o que traz Roy (1995) sobre o suicídio. O autor identifica que a interação dos fatores psicológicos, ambientais, biológicos, além de tentativas anteriores e histórico familiar positivo são o que constitui o suicídio e o configura como um problema de saúde pública.

Em síntese, com os dados obtidos nesta pesquisa e a análise dos mesmos, pode-se constatar que há uma forte relação entre o desenvolvimento das psicopatologias identificadas como fator de risco para o suicídio - dentre esses transtornos de humor, de personalidade,

esquizofrenia e alcoolismo - com os outros fatores desencadeantes do suicídio, como histórico de tentativas anteriores e falta de apoio social. Visto que esses fenômenos se constituem através de uma cadeia de aspectos, identifica-se que tanto no desenvolvimento de uma psicopatologia quanto em um caso de suicídio, há uma relação entre diversos fatores, não se restringindo a somente um evento.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se que a partir desta pesquisa cumpriram-se os objetivos delineados. Dessa forma, foi possível compreender de que maneira a literatura da saúde mental descreve o desencadeamento do suicídio e das psicopatologias no sujeito, levando também a identificar a forte relação que existe entre esses fenômenos. Essas conclusões foram demonstradas através dos gráficos que indicaram os argumentos dos autores da literatura pesquisada sobre saúde mental, mostrando consenso ao atribuir os aspectos que envolvem o desenvolvimento das psicopatologias na ocorrência do suicídio.

Em relação ao primeiro objetivo desta pesquisa, onde se propõe identificar as psicopatologias que mais são citadas entre os autores, as quais estão relacionadas com o suicídio, destaca-se em consenso os transtornos de humor, de personalidade, esquizofrenia e alcoolismo. Vale destacar que a depressão ainda é vista como a psicopatologia com maior fator de risco para o suicídio, principalmente quando associado ao abuso de álcool. Pode-se pensar nessa alta associação entre depressão e suicídio devido aos sintomas da doença, tais como apatia, baixa auto-estima, desesperança e desamparo, segundo os manuais diagnósticos DSM-IV e CID-10.

Os transtornos de personalidade antissocial e borderline também se encaixam na categoria de psicopatologias consideradas como fator de risco para o suicídio, principalmente devido aos grandes traços de impulsividade e agressividade presentes em ambos os transtornos.

Para Wallauer e Maliska (2012), a esquizofrenia se encaixa como um preditivo para o suicídio no sentido do alto sofrimento psíquico que os sujeitos esquizofrênicos enfrentam e a dificuldade para administrar questões da vida pessoal. Segundo o próprio CID-10: “os transtornos esquizofrênicos são caracterizados, em geral, por distorções fundamentais e características do pensamento e da percepção e por afeto inadequado ou embotado” (p. 85).

Ressalta-se, ainda, que não foi encontrado em nenhum dos artigos coletados o uso de substância como fator de risco para o desenvolvimento de alguma psicopatologia, apesar de ser citado em outras literaturas não selecionadas. Da mesma forma que o transtorno de personalidade histriônico não foi citado por nenhuma literatura utilizada para a coleta como fator de risco para o suicídio, o que não coincide com o que trazem outras literaturas, tal quais sugerem Wallauer e Maliska (2012).

Em relação ao segundo objetivo desta pesquisa, pode-se compreender de que forma os transtornos mentais se desenvolvem no sujeito, para então poder fazer uma relação com os

fatores que levam um sujeito a cometer suicídio. Segundo Roy (1999, p. 1880), “o risco de suicídio em pacientes psiquiátricos é de 3 a 12 vezes maior que o de não pacientes”. Entende-se então que o desenvolvimento de uma psicopatologia no sujeito atribui um fator de risco para o suicídio, e ainda, possui comuns aspectos e fatores que também podem desencadear um possível suicídio, independente de haver o diagnóstico de um transtorno mental.

Questões como fatores biológicos e ambientais, assim como também traumas de infância e fatores sócio-demográficos foram identificadas como contribuintes para o desenvolvimento de uma psicopatologia. Entender de que maneira uma psicopatologia pode se desencadear no sujeito pode ajudar a compreender possíveis casos de suicídio, fazendo uma relação sobre o que pode ter desencadeado a psicopatologia ou o suicídio em si.

Como tanto os fatores identificados como desencadeantes de algum transtorno mental, quanto os fatores identificados como desencadeantes do suicídio possuem aspectos desencadeantes similares, é possível atrelar ambos os fenômenos, no sentido de compreender que nem todo suicida possui um diagnóstico de transtorno mental, mas as pessoas que possuem uma psicopatologia possuem um grande fator de risco para o suicídio, principalmente se em conjunto com outros fatores desencadeantes.

No terceiro objetivo dessa pesquisa foram então identificados os outros fatores de risco para o suicídio. Questões como tentativas anteriores, histórico familiar, uso de álcool, além de fatores psicossociais estão envolvidos em casos de suicídio. Esses dados apontam o que a literatura indica também como fatores de risco, tais como os autores Roy (1999), Botega Rapeli e Cais (2007), e Reinecke (2004).

No que tange as dificuldades encontradas no processo dessa pesquisa, cabe ressaltar a dificuldade em encontrar artigos que especifiquem o desenvolvimento das psicopatologias, bem como também identificando as relações que já se conhece na comunidade científica sobre um possível risco de suicídio de maneira mais específica.

Da mesma forma, em relação a algumas facilidades encontradas ao longo da confecção da pesquisa, pode-se destacar o envolvimento com o tema e o engajamento da pesquisadora em procurar literaturas sobre o tema e realizar esse trabalho.

Através dos dados coletados e analisados, é possível sugerir pesquisas futuras relacionadas com o tema, tal qual pesquisas que envolvem o destaque da relação de uma determinada psicopatologia com o suicídio, como também pesquisas que enfatizem o desenvolvimento de um transtorno mental no sujeito.

Considera-se, por fim, que com esta pesquisa foi possível verificar a proximidade da relação entre as psicopatologias e o suicídio, cabendo também questionar sobre os

diagnósticos não identificados em alguns casos suicidas, da mesma forma que também se questiona que nem todas as pessoas diagnosticadas com os transtornos mentais identificados necessariamente tentam suicídio. O tema, apesar de ser muito discutido entre os profissionais da saúde, continua a ser gerador de muitas indagações.

REFERÊNCIAS

ALVAREZ, A. **O Deus Selvagem**: Um Estudo do Suicídio. São Paulo: Companhia das Letras, 1999.

AKISKAL, H. S. **Transtornos do humor**: introdução e parorama. 6. ed., v. 2. Porto Alegre: Artmed, 1999

ANGERAMI-CAMON, V. A. **Suicídio**: fragmentos de psicoterapia existencial. São Paulo: Pioneira, 1997.

ANSELMÍ, L. et. al. **Prevalência e determinantes precoces dos transtornos mentais comuns na coorte de nascimentos de 1982, Pelotas, RS**. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102008000900005&script=sci_arttext>

APA, American Psychological Association. **Dicionário de Psicologia**. Rio Grande do Sul: Artmed, 2010.

BARBOSA, V. **Estudo descritivo do suicídio no município de São Paulo (Brasil) – 1959 a 1968**. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101974000100001&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 22 de março de 2012.

BARLOW, D. H; DURAND, V. M. **Psicopatologia**: uma abordagem integrada. São Paulo: Cengage Learning, 2008.

BERTOLOTE, J. M; MELLO-SANTOS, C. de; BOTEGA, N. J. **Deteção do risco de suicídio nos serviços de emergência**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v32s2/v32s2a05.pdf>>

BLACKBURN, Simon. **Dicionário Oxford de Filosofia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1997.

BLAZER II, D. Transtornos do humor: epidemiologia. In: Tratado de Psiquiatria. 6. ed., v. 2. Porto Alegre: Artmed, 1999.

BOTEGA, N. J; RAPELI, C. B; CAIS, C. F. da S. **Comportamento Suicida**. In: Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência. 2ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção do Suicídio**: um manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental, Brasília, 10 out. 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf>

CASSORLA, R. M. S. **O que é Suicídio**. 4ª edição. São Paulo: Editora Brasiliense, 1992.

_____. **Do Suicídio**: Estudos Brasileiros. São Paulo: Papyrus, 1991.

CARPENTER, W. L.; BUCHANAN, R. W. **Esquizofrenia**: Introdução e Panorama Geral. In: Tratado de Psiquiatria. 6. ed., v. 1, Porto Alegre: Artmed, 1999.

CHACHAMOVICH, E; STEFANELLO, S; BOTEGA, N; TURECKI, G. **Quais são os recentes achados clínicos sobre a associação entre depressão e suicídio?** Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462009000500004&script=sci_arttext>

CHENG, Andrew T. A.; CHEN, Tony H. H.; CHEN, C. C.; JENKINGS, R. **Psychosocial and psychiatric risk factors for suicide: case-control psychological autopsy study**. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11116779>>

CONNER, K. R. et. al. Psychological Vulnerability to Completed Suicide: A Review of Empirical Studies. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11775713>>

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DSM-IV-TR™: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 4. ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2002.

DURKHEIM, E. **O Suicídio**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

FARIAS, A. C. de; CORDEIRO, M. L. Transtornos do humor em crianças e adolescentes: atualização para pediatras. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572011000500003&script=sci_arttext>

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 5ª edição. São Paulo: Editora Atlas, 1999.

GONÇALVES, L. R. C; GONÇALVES, E.; JUNIOR, L. B. de O. **Determinantes espaciais e socioeconômicos do suicídio no Brasil: uma abordagem regional**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/neco/v21n2/a05v21n2.pdf>>. Acesso em: 4 de abril de 2012.

GUNDERSON, J. G.; PHILLIPS, K. A. **Transtornos da personalidade**. In: Tratado de Psiquiatria. 6. ed., v. 2. Porto Alegre: Artmed, 1999.

HESKETH, J. L.; CASTRO, A. G. de. **Fatores correlacionados com a tentativa de suicídio**. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101978000200005&lng=pt&nrm=iso> . Acesso em: 22 de março de 2012.

HOLMES, D. S. **Psicologia dos transtornos mentais**. 2. Ed. Porto Alegre: Artmed, 1997.

JORDÃO, A. B.; RAMIRES, V. R. R. Adolescência e organização de personalidade *borderline*: caracterização dos vínculos afetivos. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-863X2010000300014&script=sci_arttext>

JORGE, M. H. P. de M. **Mortalidade por causas violentas no município de São Paulo, Brasil**. III- Mortes intencionais. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89101981000200003&script=sci_arttext>

JOHNSON, A. G. Dicionário de Sociologia. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1997.

LOVISI, G. M; SANTOS, S. A.; LEGAY, L.; ABELHA, L.; VALENCIA, E. **Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006.** Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462009000600007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 3 de abril de 2012.

KAPCZINSKI, F. **Emergências psiquiátricas.** Porto Alegre: Artmed, 2001.

KING, A. L. S.; NARDI, A. E.; CRUZ, M. S. Risco de suicídio em paciente alcoolista com depressão. <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v55n1/v55n1a10.pdf>>.

MELLO, M. F. de. **O Suicídio e suas relações com a psicopatologia:** análise qualitativa de seis casos de suicídio racional. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2000000100017>

MICHELON, L.; VALLADA, H. Fatores genéticos e ambientais na manifestação do transtorno bipolar. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v32s1/24408.pdf>>.

MORAES, M. H. *et. al.* **Depressão e suicídio no filme "As Horas".** Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082006000100011&lng=pt&nrm=iso> . Acesso em outubro de 2012.

OLIVEIRA, M. S. C. P. O manejo que profissionais da saúde realizam para prevenir o suicídio em casos que envolvem risco de suicídio. 2008. 140 pag. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade do Sul de Santa Catarina, 2008.

PACHECO, J.; ALVARENGA, P.; REPPOLD, C.; PICCININI, A; HUTS, C. S. **Estabilidade do comportamento anti-social na transição da infância para a adolescência: uma perspectiva desenvolvimentista.** Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722005000100008&lng=pt&nrm=iso>.

PFÜTZENREUTER, G. R. **O Mapa do Suicídio na Grande Florianópolis.** 2006. 146 pag. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade do Sul de Santa Catarina, Palhoça, 2006.

POLANCZYK, G. V. Em busca das origens desenvolvimentais dos transtornos mentais. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-81082009000100005&script=sci_arttext>.

REINECKE, M. A. **Suicídio e Depressão**. In: Estratégias Cognitivo-Comportamentais de Intervenção em Situações de Crise. 2ª Edição. São Paulo: Artmed, 2004.

ROY, A. **Suicídio**. In: Tratado de Psiquiatria. 6. ed., v. 2. Porto Alegre: Artmed, 1999.

SADOCK, Benjamin J.; SADOCK, Virginia Alcott; KAPLAN, Harold I. Exames clínicos do paciente psiquiátrico. In: **Compendio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

SANTOS, S. A.; LOVISI, G.; LEGAY, L.; ABELHA, L. **Prevalência de transtornos mentais nas tentativas de suicídio em um hospital de emergência no Rio de Janeiro, Brasil**. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2009000900020&script=sci_abstract&tlng=pt>.

SCHMITT, R; LANG, M. G; QUEVEDO, J.; COLOMBO, T. **Perfil epidemiológico do suicídio no extremo oeste do estado de Santa Catarina, Brasil**. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082008000300007&lng=pt&nrm=iso> . Acesso em: 22 de março de 2012.

SCHUCKIT, M. A. **Transtornos relacionados ao álcool**. In: Tratado de Psiquiatria. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 1999.

SILVA, R. C. B. da. Esquizofrenia: uma revisão. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642006000400014>.

STEFANELLO, B; FURNALETTO; L. M. **Ideação suicida em pacientes internados em enfermarias de clínica médica: prevalência e sintomas depressivos associados**. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852012000100002&lng=pt&nrm=iso>

TURECKI, G. **O suicídio e sua relação com o comportamento impulsivo-agressivo.** Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44461999000600006>.

VIEIRA, K. F. L.; COUTINHO, M. da P. de L. **Representações sociais da depressão e do suicídio elaboradas por estudantes de psicologia.** Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932008000400005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em outubro de 2012.

WALLAUER, Alina. O conhecimento dos profissionais da saúde acerca do suicídio. 2009. 122 pag. Trabalho de Conclusão de Curso da Universidade do Sul de Santa Catarina, 2009.

WALLUER, Alina; MALISKA, Maurício Eugênio. **Suicídio: um desafio para os profissionais da saúde.** Florianópolis: Pandion, 2012

ZANONI, A. P.; SERBENA, C. A. **A psicopatologia como uma experiência da alma.** Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-47142011000300006&script=sci_arttext>