

Indicadores de risco para tentativa de suicídio por envenenamento: um estudo caso-controle

Risk indicators for attempted suicide for poisoning: a study case-control

Maria Cláudia da Cruz Pires¹, Maria Cristina Falcão Raposo¹, Everton Botelho Sougey¹, Othon Coelho Bastos Filho¹, Tatiana Santana Silva¹, Marcela Pires dos Passos¹

RESUMO

Objetivo: Considerando o envenenamento como o método mais utilizado para a tentativa de suicídio e a escassez de evidências nacionais sobre o tema, investigamos alguns possíveis indicadores de risco nesse tipo de tentativa. **Métodos:** Estudo do tipo caso-controle em uma emergência geral de um hospital público, na cidade do Recife com 220 indivíduos, distribuídos em dois grupos de 110 pacientes cada, que estavam em tratamento, sendo o grupo casos os sobreviventes de tentativa de suicídio por envenenamento e os controles, sem história de intoxicação/envenenamento nem tentativa de suicídio, pareados por gênero e idade. **Resultados:** O gênero feminino predominou na amostra (70,9%), com idade média de 29 anos; 73% declararam etnia branca ou morena; menos da metade vivia em convívio marital; a maioria tinha religião; ambos tinham poucos anos de estudo. Houve diferença significativa ($p = 0,003$) para dependência financeira entre os grupos, com chance 2,25 vezes maior para tentar suicídio entre os casos. Ter sofrido fatos traumáticos e abuso sexual na infância revelou diferença significativa. **Conclusões:** Foram considerados indicadores de risco no grupo caso: estar em dependência financeira de terceiros, ter sofrido abuso sexual na infância, ideação suicida, histórico de transtorno mental na família, possuir algum transtorno mental e, principalmente, comorbidade(s) psiquiátrica(s). No modelo de regressão, foi possível estimar uma chance de tentativa de suicídio por envenenamento de até 94,0% na presença conjunta de quatro fatores. A pesquisa representa uma das primeiras iniciativas para ampliação das discussões sobre os fatores de risco para tentativa de suicídio em âmbito nacional.

Palavras-chave

Tentativa de suicídio, envenenamento, intoxicação, fatores de risco.

ABSTRACT

Objective: As poisoning is most often used method of attempted suicide and data on this topic are scarce in Brazil, we investigated possible indicators of risk for this type of attempt. **Methods:** A case-control study was conducted at the emergency ward of a public hospital in the city of Recife (Brazil) with 220 individuals divided into two groups, each with 110 participants. The case group comprised survivors of attempted suicide by poisoning. The control group was composed of individuals with no history of attempted suicide matched for gender and age. **Results:** The female gender predominated (70.9%). Mean age was 29 years. Self-described skin color was either white or brown among 73%. Less than half lived with a stable partner. The majority had religion and both groups had a low level of schooling.

¹ Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

Recebido em
26/2/2014
Aprovado em
8/6/2015

Endereço para correspondência: Maria Cláudia da Cruz Pires
Universidade Federal de Pernambuco
Recife, PE, Brasil
E-mail: claudiacpires@globocom

Keywords

Attempted suicide, poisoning, intoxication, risk factors.

INTRODUÇÃO

O comportamento suicida é considerado um tema amplo e polêmico envolvendo múltiplos enfoques e vem suscitando o interesse em vasto espectro do conhecimento científico e literário, produzindo grande diversidade de opiniões ao longo do tempo¹. Portanto, é certo que estudar esse intrigante comportamento apenas do ponto de vista médico não reflete a complexidade que envolve o ato de tirar a própria vida².

O enfoque deste trabalho são as tentativas de suicídio (TS) por envenenamento (TSE), que se caracterizam por atos intencionais de autodestruição que não resultam em morte³ e possuem características próprias quando comparadas ao suicídio^{4,5}.

As TS ocorrem com maior frequência do que os suicídios. Para cada suicídio consumado, estima-se que haja cerca de 20 a 30 tentativas, das quais apenas um quarto teria contato com os serviços de saúde^{6,7}. Assim, os registros oficiais sobre tentativas são mais escassos e menos confiáveis do que os de suicídio⁸. Sabe-se que a maior incidência ocorre em mulheres e, de modo geral, no público jovem, abaixo de 35 anos^{1,6,7,9-12}.

Tratando-se de um tema complexo, evidencia-se a necessidade de conhecimentos mais consistentes sobre os motivos para o comportamento de autodestruição. Dificuldades ainda maiores residem na escassez de evidências científicas universais que possam identificar e classificar, universalmente, os indivíduos com maior risco para a tentativa de suicídio¹³.

Estudos epidemiológicos demonstram que os métodos usados para cometer suicídio variam de acordo com a cultura, a disponibilidade de acesso ao agente e a intencionalidade do ato¹⁴, associado ao comportamento impulsivo¹⁵. Entre os métodos para tentar suicídio, os mais utilizados são as intoxicações/envenenamentos, em especial por agentes químicos, principalmente aqueles que fazem parte do cotidiano¹⁶.

De acordo com resultados de outros estudos, a TS é um comportamento de risco e um forte preditor de recorrências e, conseqüentemente, de suicídio¹⁷⁻¹⁹.

Diversos estudos destacam que o risco de tentativa e suicídio em pacientes psiquiátricos é maior do que na popu-

ling. A significant difference between groups was found regarding financial dependence ($p = 0.003$), the chance of dependence 2.25-fold greater in the case group. The case group reported significantly higher rates of having experienced traumatic events or sexual abuse in childhood. **Conclusions:** Being financially dependent on others, having suffered sexual abuse in childhood, having suicidal ideation, a family history of mental disorders and having psychiatric comorbidities were considered indicators of risk in the case group. The regression model demonstrated up to a 94.0% greater chance of attempted suicide by poisoning in the joint presence of four factors. This study is among the first initiatives to broaden the discussion on risk factors for attempted suicide on the national level.

lação em geral^{4,18,20,21,22}. Tal observação assevera que os transtornos mentais podem ser considerados como predisponentes para o comportamento suicida, em especial as desordens afetivas⁵.

Embora relevantes em nossa região, as pesquisas sobre fatores de risco para a TSE ainda são escassas e inconclusivas. Assim, o presente estudo objetiva contribuir para a identificação de indicadores de risco para a TSE.

MÉTODOS

A pesquisa foi realizada na cidade do Recife, na emergência de adultos do Hospital da Restauração (HR), referência pública no atendimento de todos os tipos de intoxicação/envenenamento. Este estudo analisou uma amostra de 220 pacientes internados durante o período de dezembro de 2008 a agosto de 2009 e é a segunda etapa de uma pesquisa já publicada^{1,10}.

Realizamos um estudo caso-controle com dois grupos, cada um com 110 pacientes. O grupo 1, denominado de casos, continha sobreviventes da TSE com intoxicações por via oral, e o grupo 2, referenciado como controle, constituía-se de pacientes sem história de ocorrência de intoxicação ou TS. Foram excluídos, no grupo caso, pacientes vítimas de intoxicações acidentais.

Ambos os grupos foram pareados por gênero e idade. Entretanto, o grupo 1 (casos) também estava vinculado ao Centro de Atendimento Toxicológico de Pernambuco (CEATOX/PE), que funcionava em coparticipação com a emergência do HR. O CEATOX/PE continha o registro de todos os pacientes atendidos por intoxicações de modo geral, as quais eram classificadas de acordo com o método utilizado e a intenção do ato.

Ambos os grupos foram formados de pacientes internados na emergência de adultos do HR. Embora não tenha havido um processo de sorteio, a amostra pode ser considerada aleatória, visto que a pesquisa foi realizada com os pacientes internados nos dias visitados pela pesquisadora e que se encontravam em condição de alta.

A amostra dos casos corresponde a 11,7% da população de estudo e tem tamanho suficiente para permitir identificar

diferenças no perfil sociodemográfico dos grupos. O cálculo do tamanho da amostra foi feito para estudo do tipo caso-controle e considerando as principais variáveis do estudo, com base em um nível de confiança de 95%, com erro máximo admissível de 5% em estudos de proporções.

As variáveis pesquisadas foram os fatores sociodemográficos, a presença de vivências traumáticas, a alteração do pensamento (ideação suicida) e a história pessoal e na família de transtorno psiquiátrico.

A coleta de dados envolveu o uso de dois instrumentos: um formulário especialmente desenvolvido para a coleta das informações sociodemográficas e avaliação da presença de fatores traumáticos (outros fatores traumáticos na infância, abuso sexual na infância e transtorno mental na família) e a entrevista diagnóstica denominada *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI 5.0.0 Versão Brasileira/DSM-IV/Atual), validada por Amorim (2000)²⁰, com o objetivo de explorar os principais transtornos psiquiátricos do Eixo I do DSM-IV (*American Psychiatric Association*, 1994)²³. Para o diagnóstico psiquiátrico, foram considerados os pontos de corte originais da entrevista. Ambos os instrumentos foram utilizados pela autora e mais duas profissionais da área de saúde, na época mestrandas em Psicologia, que foram familiarizadas e calibradas nos instrumentos.

A calibração constituiu-se de duas fases: uma teórica e outra prática. A calibração teórica consistiu no treinamento da equipe sobre a teoria envolvida na pesquisa. Posteriormente ao estudo de material selecionado por pesquisador padrão-ouro (profissional experiente na área), foram sedimentados conceitos entendidos da mesma forma pela equipe de pesquisa. A calibração prática foi realizada num estudo piloto, com a aplicação dos instrumentos de pesquisa.

Para análise dos dados, foram construídas tabelas bidimensionais com as frequências absolutas e relativas, bem como calculados os valores das *odds-ratio* e seus respectivos intervalos com 95% de confiança (IC), associados aos níveis descritivos do teste qui-quadrado de independência de Pearson (p-valor). Posteriormente, para uma análise multivariada, foi ajustado um modelo de regressão logística binária, sendo Y = 1 para os casos (os que tentaram suicídio) e Y = 0 para os controles (os que não tentaram suicídio), incluindo como possíveis variáveis explicativas todas aquelas que na análise bidimensional apresentaram associação significativa ao nível inferior a 0,20.

Por meio do procedimento de seleção de variáveis (*backward*), foi escolhido o melhor modelo de regressão para estimar a probabilidade de TS, controlando-se os possíveis fatores explicativos.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos do referido hospital, sob o parecer CAAE 0033.0.102.102-08, e conduzido de acordo com a Declaração de Helsinki.

RESULTADOS

A amostra estudada foi pareada por idade (média de 28,9 e 28,8 anos para os casos e controles, respectivamente) e sexo, constituindo 70,9% de mulheres. Os dados da tabela 1 mostram que 73% se declararam de etnia branca ou morena, mais da metade dos pacientes de cada grupo vivia sem convívio marital, a maioria tinha religião e poucos anos de estudo, sem diferença estatística entre os grupos.

Tabela 1. Distribuição dos pacientes segundo variáveis sociais e biodemográficas, por grupo

Variáveis	Casos, n = 110		Controles, n = 110		OR (IC)	p - valor
	n	%	n	%		
Idade média (anos)	28,9		28,8		-	-
Sexo feminino	78	70,9	78	70,9	-	-
Etnia branca ou parda	81	73,6	80	72,7	0,95 (0,53; 1,73)	0,879
Escolaridade inferior ao fundamental completo	45	40,9	53	48,2	0,75 (0,44; 1,27)	0,278
Depende financeiramente da família	64	58,2	46	41,8	2,25 (1,31; 3,86)	< 0,01
Convívio marital	44	40,0	46	41,8	0,93 (0,54; 1,59)	0,784
Tem religião	74	67,3	84	76,4	0,64 (0,35; 1,15)	0,134

OR: *odds ratio*; IC: intervalo de confiança.

Quanto à situação de estar na dependência financeira da família, identificou-se maior número (58,2%) entre os casos, estatisticamente significativo quando comparado aos controles, com 41,8%, mostrando uma chance 2,25 maior de tentativa de suicídio.

Analisando as diferenças por grupo em relação a ter vivenciado alguns fatos traumáticos, os dados apresentados na tabela 2 expõem as diferenças significativas entre os grupos, e a ocorrência de "Outros fatos traumáticos na infância" foi bem mais elevada no grupo dos que tentaram suicídio (62,7%) comparado com os controles (34,5%), com OR = 3,19 (1,84; 5,53); igualmente, o percentual dos indivíduos com história de "Abuso sexual na infância" foi também mais elevado nos casos quando comparados com os controles (25,2% vs. 10%), resultando em uma chance 3,04 (1,42; 6,50) vezes maior de tentar o suicídio entre estes.

Tabela 2. Distribuição dos pacientes segundo fatores traumáticos, por grupo

Variáveis	Casos, n = 110		Controles, n = 110		OR (IC)	p - valor
	n	%	n	%		
Outros fatos traumáticos na infância	69	62,7	38	34,5	3,19 (1,84; 5,53)	< 0,01
Abuso sexual na infância	27	25,2	11	10,0	3,04 (1,42; 6,50)	< 0,01
Transtorno mental na família	99	90,0	84	76,4	8,64 (2,50; 29,90)	< 0,01

OR: *odds ratio*; IC: intervalo de confiança.

A tabela 3 apresenta os dados das frequências por grupo, relativos aos transtornos mentais e ideação suicida baseados na entrevista diagnóstica MINI. Observou-se que entre os casos houve maior ocorrência de: Transtorno Psiquiátrico (97,3%); Transtorno Mental na Família (90,0%); Ideação Suicida (81,8%); Episódio Depressivo Maior com características melancólicas (70,0%); Comorbidade Psiquiátrica (64,5%) e Transtorno de Ansiedade Generalizada (49,1%). As variáveis “Dependência de Substâncias Psicoativas/exceto Álcool” e “Abuso e Dependência de Álcool” não apresentaram diferença entre os grupos.

Tabela 3. Distribuição dos pacientes segundo variáveis relacionadas a transtornos mentais e distorção do pensamento, por grupo

Variáveis	Casos, n = 110		Controles, n = 110		OR (IC)	p-valor
	n	%	n	%		
Ideação suicida	90	81,8	25	22,7	15,30 (7,92; 29,6)	< 0,01
Transtorno psiquiátrico	107	97,3	64	58,2	25,63 (7,66; 95,82)	< 0,01
Transtorno de ansiedade generalizada (TAG)	54	49,1	15	13,6	6,15 (3,13; 12,06)	< 0,01
Síndrome psicótica	10	9,1	2	1,8	5,4 (1,2; 25,20)	0,018
Comorbidade psiquiátrica	71	64,5	26	23,6	5,81 (3,23; 0,47)	< 0,01
Maior com características melancólicas	77	70,0	14	12,7	16,00 (8,0; 32,0)	< 0,01
Dependências de substâncias psicoativas, exceto álcool	12	10,9	11	10,0	1,10 (0,46; 2,62)	0,826
Abuso e/ou dependência de álcool	30	27,3	26	23,6	1,21 (0,66; 2,22)	0,536

OR: odds ratio; IC: intervalo de confiança.

É importante destacar os elevados valores das OR, sendo 25,63 vezes maior a chance de tentar suicídio na presença de estar com transtorno psiquiátrico e 15,3 vezes maior na presença de ideação suicida.

O modelo de regressão foi ajustado com todas as variáveis que apresentaram, na análise bivariada, significância inferior a 20% e com base no procedimento de seleção, foi significativo no modelo: ter ideação suicida; histórico de transtorno psiquiátrico na família; transtorno psiquiátrico; transtorno depressivo maior e melancólico; transtorno de ansiedade generalizada.

As probabilidades de tentativa de suicídio estimadas com base no modelo de regressão se encontram na tabela 4, na qual se pode destacar que, no “pior cenário”, ou seja, na presença dos quatro fatores simultaneamente, a chance de tentar suicídio seria de 94,0%; no caso da presença de três dos quatro fatores (outra comorbidade psiquiátrica asso-

ciada a episódio depressivo e de transtorno de ansiedade generalizada), mesmo não apresentando a ideação suicida, essa probabilidade ainda seria de 78,7%. Por outro lado, no “melhor cenário”, qual seja a ausência dos quatro fatores selecionados, a probabilidade de TS ainda seria de 3,7%.

Tabela 4. Probabilidades estimadas de tentar suicídio, segundo possíveis fatores de risco selecionados pelo modelo de regressão (em %)

Ideação suicida	Transtorno psiquiátrico	Depressão maior e melancólica	Transtorno de ansiedade generalizada (TAG)	
			Sim	Não
Sim	Sim	Sim	94,0	73,7
		Não	82,7	46,0
	Não	14,3		
Não	Sim	Sim	78,7	39,6
		Não	52,8	16,6
	Não	3,7		

DISCUSSÃO

Ambos os grupos foram compostos por indivíduos jovens, com idade média de 29 anos, em sua maioria do gênero feminino, dados que corroboram outras pesquisas^{11,12,21,24-27}. Adicionalmente, acredita-se que a idade pode ser relevante quando relacionada a outras questões, tais como outros estressores, ressaltando-se os psicossociais e a presença de transtornos psiquiátricos.

A população jovem economicamente ativa se defronta com inúmeras dificuldades, tais como a inserção no mercado de trabalho e, conseqüentemente, a vivência de problemas financeiros e incertezas sobre o futuro. Tais questões poderiam contribuir para a presença de comportamentos suicidas²².

Houve predominância do gênero feminino em consonância com diversos estudos que apontam as mulheres como maioria entre as tentativas de suicídio^{15,28-30}. É válido ressaltar questões excepcionais, como as que ocorrem na China, onde o suicídio é mais prevalente nesse gênero, estimando-se que a taxa pode superar até 25% quando comparada a dos homens. Admite-se que a exposição ao mesmo tempo de vários fatores de risco predisporia à morte por suicídio³¹.

Quanto ao gênero e à ocorrência de tentativa de suicídio, destaca-se a correlação dessa variável com outras questões^{32,33} que contribuem para o risco em geral, mas que podem estar presentes em graus distintos em homens e mulheres. Quando se analisam, por exemplo, as influências culturais, estas agem de modo particular entre os gêneros. Assim, exemplificando, os homens apresentam menor ex-

pectativa de buscar ajuda ou aceitar tratamentos, aumentando, assim, o risco para o suicídio²⁷. Destacamos que, na amostra deste estudo, o ato de atentar contra a própria vida nem sempre revelou o desejo de morrer, mas uma espécie de “grito de socorro”, uma busca por ajuda¹⁰.

O nível educacional também foi avaliado, sendo constatados poucos anos de estudo em ambos os grupos. Porém, os controles apresentaram menos anos de estudo quando comparados aos casos, resultados semelhantes aos que foram revelados em algumas poucas publicações^{12,22,28} e que são divergentes da maioria delas^{15,27,34-36}. Possivelmente, o nível educacional com poucos anos de estudo poderia refletir em dificuldades na integração social, bem como na inserção no mercado de trabalho, contribuindo para a intensificação dos estressores, que, por sua vez, poderiam culminar com comportamentos e ideações suicidas¹⁵.

Na amostra desta pesquisa, o fato de ter mais anos de estudos não revelou vantagens quanto a ter maior resiliência, se comparado ao controle. Dados semelhantes foram obtidos em outro estudo que apontou que jovens, mulheres, solteiros e pessoas com maior nível educacional e com história psiquiátrica na família têm mais alto risco para tentativa e recorrências²². Portanto, ter alguns anos de estudo a mais em associação com estar com um transtorno mental sem tratamento adequado não se configura como um fator de proteção para a tentativa de suicídio.

A dependência financeira foi a única variável sociodemográfica com diferença significativa entre os grupos, ressaltando que ela pode ser interpretada tanto como “motivo” quanto como “consequência” da tentativa de suicídio. O estressor do fato de estar desempregado aparece em vários outros artigos como um dos predisponentes para a tentativa de suicídio^{15,27}.

Os dados relativos ao *status* marital demonstraram similaridade entre os grupos, predominando estar sem convívio marital. Os dados da literatura apontam que o estado civil casado pode ser um possível fator de proteção para a tentativa de suicídio²⁷, mas em nosso estudo não houve essa correlação. Assinala-se a importância de maior vínculo de redes sociais que funcionariam como fatores protetores, ao contrário do isolamento, que poderia impulsionar e desencadear eventos relacionados à vulnerabilidade e tendência ao suicídio^{22,27}.

Dados da literatura confirmam que maior envolvimento religioso se associa a menor taxa de comportamento suicida^{37,38}. Entretanto, esses achados não foram confirmados em nossa pesquisa, uma vez que se pesquisou apenas se o paciente tinha uma religião.

Na tabela 2, outra questão identificada foi o relato de ter sofrido maus-tratos na infância, que apareceu como um risco maior para tentar suicídio³⁹⁻⁴¹. Com relação aos eventos estressores, foi incluída a presença de outros fatos traumáticos e história de abuso sexual na infância, ambas com dife-

rença significativa entre os grupos e maior prevalência nos casos. Embora alguns estudos tenham encontrado uma relação entre abuso físico e comportamento suicida, a maioria mostra um efeito relevante em vivência de abuso sexual⁴²⁻⁴⁷ e outros descrevem um agravamento do risco de tentativa de suicídio naqueles que relataram mais de uma ocorrência desse tipo de abuso^{46,47}.

Assim, pode-se considerar que ter sofrido abuso sexual se encontra relacionado com o comportamento suicida, também justificado porque estaria intimamente ligado a sentimentos de vergonha ou atribuições internas de culpa, o que pode aumentar a vulnerabilidade à interiorização de comportamentos como automutilação e suicídio^{46,47}.

Na tabela 3, a ocorrência de transtornos mentais revelou a associação mais expressiva nesse estudo, cuja presença foi fortemente relacionada à tentativa de suicídio. A literatura destaca que o risco de tentativa e suicídio em pacientes psiquiátricos é maior do que na população em geral^{4,18,20-22}. Essa observação tem sido confirmada por estudos que apontam os transtornos mentais como predisponentes de destaque para o suicídio, especialmente os transtornos afetivos, sendo o diagnóstico mais relevante⁵.

Em nosso estudo, a presença de depressão maior com características melancólicas também esteve fortemente associada à tentativa de suicídio. Evidências assinalam que a depressão é um dos mais relevantes fatores associados à tentativa e ao suicídio na quase totalidade das pesquisas. Essa enfermidade é vista associada a questões de sofrimento físico crônico, de finitude da vida ou ainda relacionada a problemas de ordem social e cultural, entre outras, como perdas, abandonos, solidão/conflitos no interior das famílias⁴⁸.

Assim, a forte associação entre suicídio e depressão recomenda a necessidade de cuidados especiais em relação aos que apresentam esse transtorno mental, sendo o diagnóstico, o tratamento e o manejo clínico fatores importantes na prevenção do suicídio^{48,49}.

A última variável analisada em nosso estudo foi a distorção do pensamento de ter ideiação suicida, observada na tabela 4. Algumas publicações associam a ideiação ao risco de tentativa, o que foi corroborado com nossos resultados⁵⁰. Dados adicionais indicam que 60% dos indivíduos que já tentaram suicídio relataram ideiação suicida prévia⁵¹. Outra referência conclui que a gravidade e a duração dos pensamentos suicidas se correlacionam com a probabilidade de tentativa, que é, segundo o autor, o principal fator de risco para suicídio consumado⁵¹.

Na cidade de Campinas, São Paulo, Brasil, foi realizado, em 2003, um inquérito de base populacional, constituinte do projeto SUPRE-MISS, que revelou a associação da ideiação suicida ao risco de tentativa de suicídio⁵¹, evidenciando-se relações importantes entre pensamento e ato no contexto dos comportamentos suicidas.

Apesar dos esforços para evidenciar os indicadores de risco para a tentativa de suicídio por envenenamento, nosso estudo apresentou algumas limitações, tais como: ter sido realizado em um único centro; estudos multicêntricos mostram resultados mais consistentes; a abordagem dos pacientes foi realizada na emergência geral do hospital; o fato de a entrevista ter sido realizada durante a internação, imediatamente antes da alta, pode ter levado alguns pacientes a relatarem sintomas depressivos com mais intensidade e não houve controle sobre a confirmação dos tipos de agentes tóxicos por testes de laboratório, o que fez com que os relatos do tipo de substância de autointoxicação tenham sido imprecisos.

CONCLUSÕES

Foram considerados indicadores de risco no grupo caso: estar em dependência financeira de terceiros, ter sofrido abuso sexual na infância, ter ideação suicida, ter histórico de transtorno mental na família, possuir algum transtorno mental e, principalmente, possuir comorbidade(s) psiquiátrica(s).

No modelo de regressão foi possível estimar uma chance de tentativa de suicídio por envenenamento de até 94,0% na presença conjunta de quatro fatores. A pesquisa representa uma das primeiras iniciativas para ampliação das discussões sobre os fatores de risco para tentativa de suicídio em âmbito nacional.

CONTRIBUIÇÕES INDIVIDUAIS

Maria Cláudia da Cruz Pires – O trabalho em equipe é saudável, compartilhado e enriquecedor no pensar e no fazer. Assim, a autora principal deu continuidade à pesquisa. Contribuiu significativamente na concepção e desenho do estudo, na análise e interpretação dos dados, e na elaboração e revisão crítica do conteúdo intelectual do artigo, e aprovou a versão final a ser publicada.

Maria Cristina Falcão Raposo – Contribuiu significativamente na concepção e desenho do estudo, na análise estatística, modelagem e interpretação dos dados, na elaboração e revisão crítica do conteúdo intelectual do artigo, e aprovou a versão final a ser publicada.

Everton Botelho Sougey – Contribuiu significativamente na concepção e desenho do estudo, na análise e interpretação dos dados, na elaboração e revisão crítica do conteúdo intelectual do artigo, e aprovou a versão final a ser publicada.

Othon Coelho Bastos Filho – Contribuiu significativamente na concepção e desenho do estudo, na análise e interpretação dos dados, na elaboração e revisão crítica do conteúdo intelectual do artigo, e aprovou a versão final a ser publicada.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os Drs. Maria Cláudia da Cruz Pires, Maria Cristina Falcão Raposo, Everton Botelho Sougey e Othon Coelho Bastos Filho não possuem conflitos de interesse a serem declarados.

REFERÊNCIAS

1. Pires MCC. Estudo sobre tentativa de suicídio por envenenamento no Recife-PE, Brasil. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2010.
2. Meleiro AMAS. A complexidade multidimensional no processo suicida. *Rev Bras Med.* 2013;70(3):12-24.
3. Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS); Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
4. Bastos Filho OC. Comportamentos suicidas em uma unidade psiquiátrica de um hospital universitário [tese]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 1974.
5. Licinio J, Wobg ML. História e epidemiologia da depressão. Porto Alegre: Artmed; 2007.
6. Rapeli CB, Botega NJ. Severe suicide attempts in young adults: suicide intent is correlated with medical lethality. *Sao Paulo Med J.* 2005;123(1):43.
7. Stefanello S, Cais CFS, Mauro MLF, Freitas GVS, Botega NJ. Gender differences in suicide attempts: preliminary results of the multisite intervention study on suicidal behavior (SUPRE-MISS) from Campinas, Brazil. *Rev Bras Psiquiatr.* 2008;30(2):139-43.
8. Bernardes SS, Turini CA, Matsuo T. Perfil das tentativas de suicídio por sobredose intencional de medicamentos atendidas por um Centro de Controle de Intoxicação do Paraná, Brasil. *Cad Saude Publica.* 2010;26(7):1366-72.
9. Mello MF, Mello AA, Kohn R. Epidemiologia da saúde mental no Brasil. *Cad Saude Publica.* 2007;4:1955-6.
10. Pires MCC, Raposo MC, Passos M, Sougey EB, Bastos Filho OC. Stressors in attempted suicide by poisoning: a sex comparison. *Trends Psychiatry Psychother.* 2012;34(1):25-30.
11. Zyoud SH, Awang R, Sulaiman SA, Al-Jabi SW. A cross-sectional observation of the factors associated with deliberate self-poisoning with acetaminophen: impact of gender differences and psychiatric intervention. *Hum Psychopharmacol.* 2010;25(6):500-8.
12. Rezaie L, Khazaie H, Soleimani A, Schwebel DC. Is self-immolation a distinct method for suicide? A comparison of Iranian patients attempting suicide by self-immolation and by poisoning. *Burns.* 2011;37(1):159-63.
13. Cassorla R, Smeke ELM. Autodestruição humana. *Cad Saude Publica.* 1994;10:61-73.
14. Sougey EB, Carvalho TFR, Gomes Matos MAG, Ferreira CRP. Tentativas de suicídio com medicamentos: experiência do CEATOX-PE em 1995. *Inf Psiquiatr.* 1998;17(1):22-5.
15. Flavio M, Martin E, Pascal B, Stephanie C, Gabriela S, Merle K, et al. Suicide attempts in the county of Basel: results from the WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour. *Swiss Med Wkly.* 2013;143:w13759.
16. Botega NJ, Marín-León L, Oliveira HB, Barros MB, Silva VF, Dalgalarondo P. [Prevalence of suicidal ideation, suicide plans, and attempted suicide: a population-based survey in Campinas, São Paulo State, Brazil]. *Cad Saude Publica.* 2009;25(12):2632-8.
17. Hirayasu Y, Kawanishi C, Yonemoto N, Ishizuka N, Okubo Y, Sakai A, et al. A randomized controlled multicenter trial of post-suicide attempt case management for the prevention of further attempts in Japan (ACTION-J). *BMC Public Health.* 2009;9:364.
18. Hayashi N, Igarashi M, Imai A, Osawa Y, Utsumi K, Ishikawa Y, et al. Psychiatric disorders and clinical correlates of suicidal patients admitted to a psychiatric hospital in Tokyo. *BMC Psychiatry.* 2010;10:109.
19. Brown GK, Ten Have T, Henriques GR, Xie SX, Hollander JE, Beck AT. Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2005;294(5):563-70.
20. Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev Bras Psiquiatr.* 2000;22:106-15.
21. Carter GL, Safranko I, Lewin TJ, Whyte IM, Bryant JL. Psychiatric hospitalization after deliberate self-poisoning. *Suicide Life Threat Behav.* 2006;36(2):213-22.

22. Turhan E, Inandi T, Aslan M, Zeren C. Epidemiology of attempted suicide in Hatay, Turkey. *Neurosciences (Riyadh)*. 2011;16(4):347-52.
23. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Washington, DC: APA; 1994.
24. Carter GL, Issakidis C, Clover K. Correlates of youth suicide attempters in Australian community and clinical samples. *Aust N Z J Psychiatry*. 2003;37(3):286-93.
25. Douglas J, Cooper J, Amos T, Webb R, Guthrie E, Appleby L. "Near-fatal" deliberate self-harm: characteristics, prevention and implications for the prevention of suicide. *J Affect Disord*. 2004;79(1-3):263-8.
26. Fekete S, Voros V, Osvath P. Gender differences in suicide attempters in Hungary: retrospective epidemiological study. *Croat Med J*. 2005;46(2):288-93.
27. American Psychiatric Association. *Diretrizes para o tratamento de transtornos psiquiátricos: compêndio*. Porto Alegre: Artmed; 2008.
28. Lee CA, Choi SC, Jung KY, Cho SH, Lim KY, Pai KS, et al. Characteristics of patients who visit the emergency department with self-inflicted injury. *J Korean Med Sci*. 2012;27(3):307-12.
29. Rančić N, Ignjatović Ristić D, Radovanović S, Kocić S, Radević S. Sociodemographic and clinical characteristics of hospitalized patients after suicide attempt: a twenty-year retrospective study. *Med Glas (Zenica)*. 2012;9(2):350-5.
30. Williams-Johnson J, Williams E, Gossell-Williams M, Sewell CA, Abel WD, Whitehorne-Smith PA. Suicide attempt by self-poisoning: characteristics of suicide attempters seen at the Emergency Room at the University Hospital of the West Indies. *West Indian Med J*. 2012;61(5):526-31.
31. Phillips MR, Yang G, Zhang Y, Wang L, Ji H, Zhou M. Risk factors for suicide in China: a national case-control psychological autopsy study. *Lancet*. 2002;360(9347):1728-36.
32. Rao KN, Kulkarni RR, Begum S. Comorbidity of psychiatric and personality disorders in first suicide attempters. *Indian J Psychol Med*. 2013;35(1):75-9.
33. Alaghebandan R, Gates KD, MacDonald D. Suicide attempts and associated factors in Newfoundland and Labrador, 1998-2000. *Can J Psychiatry*. 2005;50(12):762-8.
34. Ozdel O, Varma G, Atesci FC, Oguzhanoglu NK, Karadag F, Amuk T. Characteristics of suicidal behavior in a Turkish sample. *Crisis*. 2009;30(2):90-3.
35. Chowdhury AN, Brahma A, Banerjee S, Biswas MK. Pattern of domestic violence amongst non-fatal deliberate self-harm attempters: a study from primary care of West Bengal. *Indian J Psychiatry*. 2009;51(2):96-100.
36. Srivastava MK, Sahoo RN, Ghotekar LH, Dutta S, Danabalan M, Dutta TK, et al. Risk Factors associated with attempted suicide: a case control study. *Indian J Psychiatry*. 2004;46(1):33-8.
37. Anderson PL, Tiro JA, Price AW, Bender MA, Kaslow NJ. Additive impact of childhood emotional, physical, and sexual abuse on suicide attempts among low-income African American women. *Suicide Life Threat Behav*. 2002;32(2):131-8.
38. Quas JA, Goodman GS, Jones D. Predictors of attributions of self-blame and internalizing behavior problems in sexually abused children. *J Child Psychol Psychiatry*. 2003;44(5):723-36.
39. Brabant ME, Hébert M, Chagnon F. Identification of sexually abused female adolescents at risk for suicidal ideations: a classification and regression tree analysis. *J Child Sex Abus*. 2013;22(2):153-72.
40. Cankaya B, Talbot NL, Ward EA, Duberstein PR. Parental sexual abuse and suicidal behaviour among women with major depressive disorder. *Can J Psychiatry*. 2012;57(1):45-51.
41. Maltsberger JT, Goldblatt MJ, Ronningstam E, Weinberg I, Schechter M. Traumatic subjective experiences invite suicide. *J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry*. 2011;39(4):671-93.
42. Durkheim E. O suicídio anônimo. In: Fontes M, editor. *O suicídio: estudo sociológico*. São Paulo: Martins Fontes; 2004. p. 177-203.
43. Almeida AM, Almeida FLN. Religião e comportamento suicida – a cultura da morte. In: Meleiro AMAS, Teng CT, Wang YP. *Suicídio: estudos fundamentais*. São Paulo: Segmento Farma, 2004.
44. Molnar BE, Berkman LF, Buka SL. Psychopathology, childhood sexual abuse and other childhood adversities: relative links to subsequent suicidal behaviour in the US. *Psychol Med*. 2001;31(6):965-77.
45. Fergusson DM, Beautrais AL, Horwood LJ. Vulnerability and resiliency to suicidal behaviours in young people. *Psychol Med*. 2003;33(1):61-73.
46. Ystgaard M, Hestetun I, Loeb M, Mehlum L. Is there a specific relationship between childhood sexual and physical abuse and repeated suicidal behavior? *Child Abuse Negl*. 2004;28(8):863-75.
47. Brodsky BS, Mann JJ, Stanley B, Tin A, Oquendo M, Birmaher B, et al. Familial transmission of suicidal behavior: factors mediating the relationship between childhood abuse and offspring suicide attempts. *J Clin Psychiatry*. 2008;69(4):584-96.
48. Carter GL, Child C, Page A, Clover K, Taylor R. Modifiable risk factors for attempted suicide in Australian clinical and community samples. *Suicide Life Threat Behav*. 2007;37(6):671-80.
49. Vijaykumar L. Suicide and its prevention: the urgent need in India. *Indian J Psychiatry*. 2007;49(2):81-4.
50. Silva VF, Oliveira Hd, Botega NJ, Marín-León L, Barros MBA, Dalgalarrrondo P. Fatores associados à ideação suicida na comunidade: um estudo de caso-controle. *Cad Saude Publica*. 2006;22(9):1835-43.
51. Botega NJ, Barros MBA, Oliveira HB, Dalgalarrrondo P, Marín-León L. Suicidal behavior in the community: prevalence and factors associated with suicidal ideation. *Rev Bras Psiquiatr*. 2005;27(1).