

Análise dos Comportamentos Autolesivos na Unidade de Comportamentos Suicidários do Hospital de Braga

Analysis of Self-Injury Behaviours in the Unit of Suicidal Behaviour of Hospital de Braga

Sara Jorge Carneiro¹, Sónia Azenha¹, Alberto Bessa Peixoto¹

Autor Correspondente:

Sara Jorge Carneiro [saracarneiro27@gmail.com]

Rua das Sete Fontes, 4710-243 Braga, Portugal

RESUMO

INTRODUÇÃO: O suicídio representa uma das principais dez causas de morte, a nível mundial.

No presente trabalho, pretende-se estudar a realidade da consulta da Unidade de Comportamentos Suicidários (UCS) do Hospital de Braga, realizando uma análise estatística de carácter descritivo e analítico.

MATERIAL E MÉTODOS: Análise retrospectiva, descritiva e analítica de uma amostra referente às primeiras consultas da Unidade de Comportamentos Suicidários do Hospital de Braga entre 2012 e 2016, inclusive. Esta análise traduz-se no estudo do movimento da consulta, de parâmetros clínicos e da distribuição dos comportamentos suicidários pelas variáveis mês, género, grupo etário, situação profissional, estado civil e métodos suicidários utilizados.

RESULTADOS: O diagnóstico mais frequente foi o de perturbação depressiva, em 51,3% da amostra. Verificou-se que os métodos violentos se encontravam associados de forma estatisticamente significativa com o género masculino, com o abuso de substâncias e com comportamento de repetição.

Por sua vez, o comportamento de repetição mostrou ter uma associação de significado estatístico com acompanhamento psiquiátrico, com perturbação da personalidade e uso de psicofármacos.

DISCUSSÃO/CONCLUSÃO: A associação entre métodos violentos e género masculino é reportada em outros estudos. Em investigações anteriores, foi observada uma elevada frequência de distúrbios da personalidade entre para-suicidas recorrentes, o que vai de encontro à associação que obtivemos entre comportamento de repetição e perturbação da personalidade.

Foi verificada, em vários estudos, uma elevada incidência de suicídio nos pacientes com patologia depressiva, estando de acordo com os nossos resultados.

PALAVRAS-CHAVE: Comportamento Autolesivo; Fatores de Risco; Ideação Suicida; Tentativa de Suicídio

1. Serviço de Psiquiatria, Unidade de Comportamentos Suicidários, Hospital de Braga, Braga, Portugal.

Recebido: 28/07/2017 - Aceite: 26/10/2017

ABSTRACT

OBJECTIVE: Suicide is one of 10 leading causes of death worldwide. In the present work, we intend to study the reality of the medical consultation in Unit of Suicidal Behaviour of Hospital de Braga, through carrying out a descriptive, analytical and statistical analysis.

MATERIAL AND METHODS: A descriptive, retrospective and analytical analysis of a database referent to patients of the Unit of Suicidal Behaviour of Hospital Braga, between 2012 and 2016, including. This analysis encompasses the study of the consultation's movement and the clinical-psychiatric parameters of each patient, as well as the distribution of social behaviours regarding month, gender, age group, professional status, marital status and used suicide methods.

RESULTS: The most frequent diagnosis was depressive disorder in 51.3% of the sample. Violent methods were found to have an association of statistical significance with male gender, substance abuse and repetitive behaviour. Consecutively, repetitive behaviour disclosed to having an association of statistical significance with psychiatric accompaniment, personality disorder and use of psychotropic drugs.

DISCUSSION/CONCLUSION: The association between violent methods and male gender is reported in several similar contextualized studies.

The association found between repetitive behaviour and personality disorder is in agreement with previous investigations, where it was identified a high correlation of personality disorders among recurrent para-suicides.

Furthermore, the high incidence of suicide related to depressive disorders established in the literature is in accordance with our results.

KEYWORDS: Risk Factors; Self-Injurious Behavior; Suicidal Ideation; Suicide, Attempted

INTRODUÇÃO

A saúde mental é parte integrante do bem-estar geral do indivíduo e do seu papel na sociedade. A epidemiologia mostra que as doenças mentais são responsáveis por elevados graus de incapacidade (sobretudo laboral e social) e elevadas taxas de morbidade e mortalidade.^{1,2} Esta última deve-se, em grande parte, ao suicídio que, em termos mundiais, é uma das dez principais causas de morte.^{3,4} Na faixa etária dos 15-29 anos, o suicídio representa a segunda principal causa de morte.⁵

Em Portugal, os dados estatísticos mostram que a taxa de mortalidade por suicídio em cada 100 000 habitantes, tem vindo a aumentar nos últimos anos, sendo que em 2008 se situava nos 9,7; em 2012 nos 10,1 e em 2014 nos 11,7. No entanto, em 2015 verificou-se uma pequena descida deste valor em relação a 2014, tendo-se verificado uma taxa de 10,9.⁶

Em Portugal, o número de mortes de causa indeterminada ainda se encontra muito elevado (882, correspondendo a uma taxa de 8,48 por 100 000 habitantes), sobretudo no grupo dos idosos. Segundo a perspectiva internacional, estima-se que cerca de 20% das mortes registadas por causa indeterminada correspondam a suicídios. Se assim for, a taxa de suicídio a nível nacional ultrapassará os valores calculados.⁶

Segundo dados obtidos pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), o sexo masculino apresenta uma taxa de suicídio três vezes maior em relação ao sexo feminino.

Os estudos realizados têm mostrado que o suicídio tem vindo a apresentar um padrão de distribuição geográfico mais uniforme nos últimos anos, contrariando a diferença entre a região norte e sul verificada anteriormente (taxas de suicídio mais altas no sul e mais baixas no norte do país).⁶

Tem-se estabelecido uma relação entre precariedade e suicídio, uma vez que as regiões rurais e com maior privação de bens têm apresentado um aumento significativo do número de mortes por esta causa.^{4,7-9} Do mesmo modo, a Organização Mundial de Saúde (OMS) tem constatado que 75% dos suicídios ocorrem nos países mais afetados pela crise económica e social.⁵

No entanto, o suicídio é passível de ser prevenido e, para a implementação de medidas objetivas é necessário o conhecimento pormenorizado das características das populações afetadas por esta problemática.^{5,10} Para além disso, será sempre necessário haver uma articulação entre os múltiplos setores da sociedade (educação, locais de trabalho, meios de comunicação social, entre outros).¹¹

O Plano Nacional de Prevenção do Suicídio traçou objetivos, entre os quais podemos destacar: aumento dos níveis de bem-estar psicológico; aumento da acessibilidade aos cuidados de saúde; redução do acesso a meios letais; melhoria do acompanhamento após a alta hospitalar; aumento do acompanhamento de pessoas com ideação suicida, comportamentos autolesivos e atos suicidas ao

nível dos cuidados de saúde primários; melhoria da informação e educação em saúde mental; sensibilização dos meios de comunicação para a necessidade de aplicação dos princípios definidos para a informação/descrição de comportamentos autolesivos e atos suicidas; diminuição do estigma em torno da depressão, ideação suicida, comportamentos autolesivos e atos suicidas.¹¹⁻¹³

Com este trabalho pretende-se estudar a realidade da consulta da Unidade de Comportamentos Suicidários (UCS) do Hospital de Braga, através de uma análise estatística de caráter descritivo e analítico.

A UCS de Braga pertence ao departamento de Psiquiatria e foi criada em 1996, estando sob coordenação do Dr. Bessa Peixoto. As consultas têm lugar uma vez por semana e são realizadas pelo Dr. Bessa Peixoto e pela Dra. Natália Fernandes, contando com a contribuição dos Internos de Formação Específica de Psiquiatria e de Medicina Geral e Familiar.

O estudo da realidade local e os resultados obtidos poderão contribuir para a identificação dos grupos mais vulneráveis e em maior risco e, por comparação com outras realidades, permitir o desenvolvimento de estratégias preventivas.

MATERIAL E MÉTODOS

Análise retrospectiva, descritiva e analítica de uma amostra referente às primeiras consultas da UCS do Hospital de Braga entre 2012 e 2016, inclusive.

A análise traduziu-se no estudo do movimento da consulta e de parâmetros clínicos e sociodemográficos, bem como na distribuição dos comportamentos suicidários pelas variáveis mês, género, grupo etário, situação profissional, estado civil e métodos suicidários utilizados.

Para efetuar o tratamento e análise descritiva e analítica dos dados referidos, estes foram codificados e informatizados através da utilização do *Statistical Package for the Social Sciences* (IBM-SPSS) versão 24.

Procedeu-se à aplicação do teste estatístico qui-quadrado (χ^2) para obtenção das inferências estatísticas entre as variáveis estudadas, com um intervalo de confiança de 95%. Foi também calculado o valor do *odds* e *odds ratio* para caracterizar a natureza da associação.

ÉTICA

A proposta para a realização do presente estudo foi apresentada à Comissão de Ética para a Saúde do Hospital de Braga, com aprovação da mesma.

RESULTADOS

MOVIMENTO DA CONSULTA

No presente trabalho, a amostra analisada é constituída por 452 doentes, de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 18 e os 90 anos, inclusive.

Relativamente ao movimento da consulta, o número de primeiras consultas não apresentou variações significativas ao longo dos cinco anos estudados: 91 em 2012, 87 em 2013, 101 em 2014, 86 em 2015 e 87 em 2016.

DISTRIBUIÇÃO PELO GÉNERO

Quanto à distribuição dos comportamentos suicidários por género, verificou-se uma predominância do género feminino em relação ao masculino ao longo dos cinco anos analisados (Fig. 1).

DISTRIBUIÇÃO PELO GÉNERO E FAIXA ETÁRIA

Em 2012, a maioria dos comportamentos suicidários foi observada nas faixas etárias dos 25-34 anos e dos 45-54 anos, em ambos os géneros (Fig. 2).

Em 2013, manteve-se a mesma tendência no género feminino. Já no género masculino, verificou-se um aumento nas faixas etárias mais velhas: entre os 45-54 anos e os 65-74 anos de idade (Fig. 2).

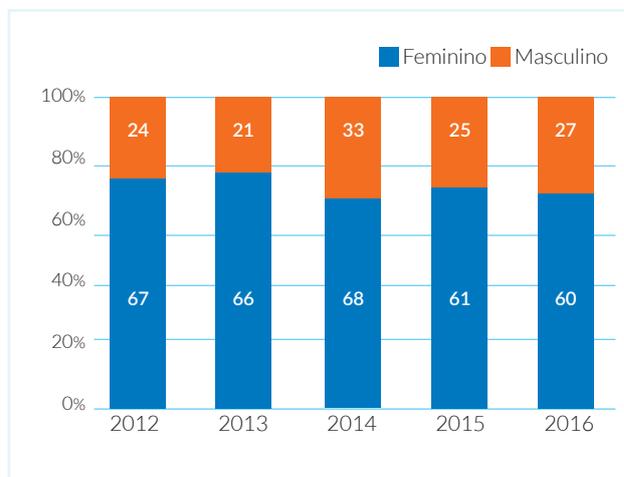


FIGURA 1. Género.

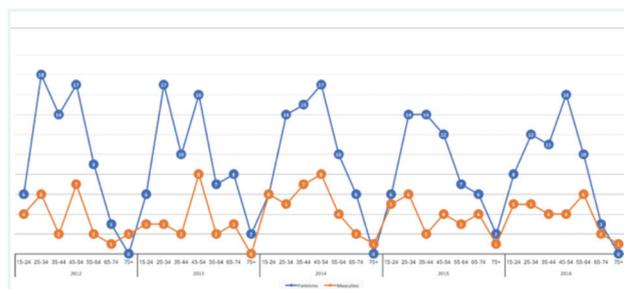


FIGURA 2. Distribuição do género pela faixa etária.

Em 2014, a maioria das tentativas de suicídio ocorreu na faixa etária dos 35-44 anos e dos 45-54 anos, em ambos os géneros, sendo que em 2015, a mesma verificou-se nas faixas etárias dos 25-34 anos, dos 35-44 anos e dos 45-54 anos de idade no género feminino. O género masculino mostrou um pico na faixa etária dos 15-24 anos e outro na faixa dos 25-34 anos (Fig. 2).

Em 2016, ocorreram comportamentos suicidários mais tardiamente em ambos os géneros. No género feminino, a maioria das tentativas de suicídio ocorreu entre os 45-54 anos e no género masculino entre os 55-64 anos (Fig. 2).

ESTADO CIVIL

Em relação ao estado civil, 60% do total das pessoas que constituem a amostra encontravam-se casadas; 33% solteiras; 5% divorciadas e 2% viúvas.

Ao longo dos cinco anos estudados, o estado civil casado manteve-se o mais frequente.

Dos doentes admitidos em 2012, 60% eram casados; 33% eram solteiros; 4% eram divorciados e 3% eram viúvos.

Em 2013, 64% dos doentes eram casados; 28% eram solteiros; 6% eram divorciados e 2% eram viúvos.

Em 2014, 2015 e 2016 os resultados foram semelhantes: a maioria das pessoas era casada, aproximadamente 60%. O segundo grupo mais frequente foi o dos solteiros, aproximadamente 35%, seguido do grupo dos divorciados com valores inferiores a 10%. Uma minoria pertencia ao grupo dos viúvos (nenhum em 2014; 1% em 2015 e 2% em 2016).

Não foram observadas diferenças significativas relativamente ao género nos grupos estudados.

SITUAÇÃO PROFISSIONAL

Em relação à situação profissional, 50% do total da amostra encontravam-se ativos profissionalmente; 33% pertenciam ao grupo dos inativos; 11% reformado e em 6% desconhecia-se a situação profissional.

Em 2012, 50% dos doentes apresentavam-se ativos profissionalmente, enquanto 36% encontravam-se inativos (desempregados ou de baixa médica), 8% eram reformados e em 6% dos doentes a sua situação profissional era desconhecida.

Em 2013, apenas 43% dos doentes se apresentavam com uma situação profissional ativa, sendo que 36% encontravam-se inativos, 14% reformados e 7% apresentavam situação profissional desconhecida.

Em 2014, 2015 e 2016 os resultados obtidos foram se-

melhantes: a maioria dos doentes encontrava-se ativa profissionalmente (55% em 2014; 52% em 2015 e 48% em 2016), o segundo grupo mais frequente foi o grupo dos doentes inativos (27% em 2014; 32% em 2015 e 31% em 2016) e o terceiro grupo mais frequente foi o dos doentes reformados (14% em 2014; 10% em 2015 e 11% em 2016). Uma minoria de doentes apresentava situação profissional desconhecida (4% em 2014; 6% em 2015 e 10% em 2016).

MÉTODOS

No nosso estudo, observou-se que a maioria do total da amostra (262 doentes; 58%) realizou intoxicação medicamentosa voluntária (IMV). A ingestão de tóxicos constituiu o segundo método mais frequente, tendo sido observada em 24 doentes (5,3%), seguido de precipitação e automutilação, cada uma observada em 19 doentes (4,2%). O enforcamento foi o método utilizado por oito doentes (1,8%) e seis (1,3%) realizaram IMV e ingestão de tóxicos simultaneamente. A flebotomia foi realizada por cinco doentes (1,1%) e a tentativa de suicídio na linha de comboio por quatro (0,9%). Os métodos menos utilizados foram o uso de arma de fogo, em dois doentes (0,4%) e tentativa de afogamento, também em dois doentes (0,4%) (Fig. 3).

Da totalidade da amostra, 77 doentes (17%) apresentaram apenas ideação suicida, sem antecedentes de comportamento autolesivo prévio. Em 22 doentes (4,9%) a referência para a consulta ocorreu por ideação suicida, com antecedentes de comportamentos autolesivos prévios.

MÉTODOS POR GÉNERO

A distribuição dos métodos utilizados nas tentativas de suicídio pelo género é apresentada na Fig. 4. A IMV constituiu o método mais frequente em ambos os géneros.

O uso dos métodos violentos, nomeadamente arma de fogo, enforcamento e tentativa de suicídio na linha de comboio foi observada no género masculino (12 no sexo masculino *versus* dois no género feminino). O afogamento verificou-se em duas mulheres e para a precipitação os números foram semelhantes em ambos os géneros.

DIAGNÓSTICO

Em relação ao diagnóstico, a maioria dos doentes apresentava o diagnóstico de perturbação depressiva (232 doentes, correspondendo a 51,3% do total da amostra).

O segundo diagnóstico mais frequente foi o de perturbação de adaptação, em 121 doentes (26,8%), seguido da perturbação de personalidade observada em 36 doentes (8%) (destes últimos nove apresentavam per-

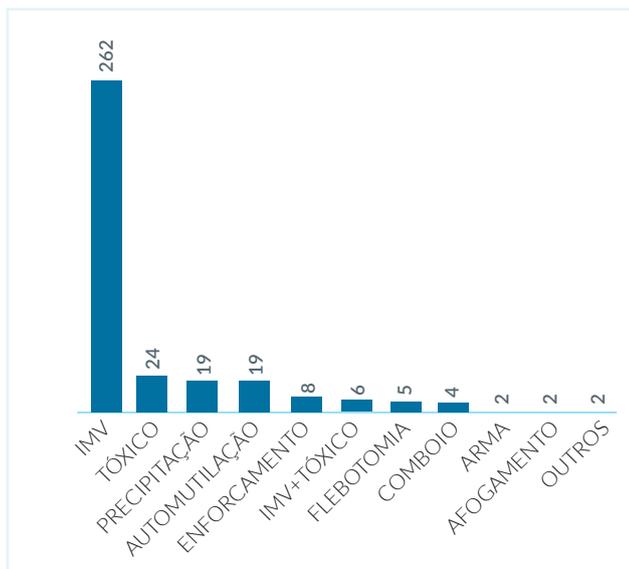


FIGURA 3. Métodos.
(IMV= intoxicação medicamentosa voluntária)

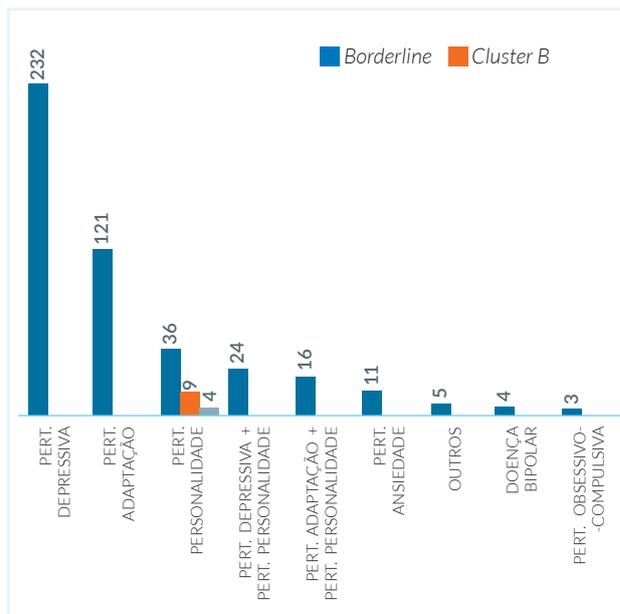


FIGURA 5. Diagnósticos.



FIGURA 4. Distribuição dos métodos por gênero.
(IMV= intoxicação medicamentosa voluntária)

turbação da personalidade pertencente ao *cluster B*, sendo que quatro deles apresentavam perturbação da personalidade do tipo *borderline*). Foi feito o diagnóstico de perturbação de ansiedade em 11 doentes (2,4%), doença bipolar em quatro (0,9%), perturbação obsessivo-compulsiva em três (0,7%). A comorbilidade psiquiátrica foi observada em 40 doentes (8,8%). Destes, 24 (60%) apresentavam perturbação depressiva + perturbação da personalidade e 16 (40%) foram diagnosticados com perturbação de adaptação + perturbação da personalidade.

ABUSO DE SUBSTÂNCIAS

Verificou-se a existência de abuso de substâncias em 70 doentes (15,5% do total da amostra). Destes, 58 (82,9%) realizavam abusos etílicos, sem consumo de outras subs-

tâncias e seis doentes (8,6%) apresentavam consumo de álcool concomitantemente com outras drogas (canabinoides, cocaína e heroína).

Verificou-se consumo isolado de canabinoides em cinco doentes (7,1%) e um doente (1,4%) realizava consumos de canabinoides e heroína.

ACOMPANHAMENTO EM CONSULTA DE PSIQUIATRIA E TRATAMENTO COM PSICOFÁRMACOS

Mais de metade dos doentes (264 doentes, 58%) não apresentava acompanhamento psiquiátrico prévio.

No que se refere ao uso da medicação, 64% (290 doentes) estavam medicados com psicofármacos.

COMPORTAMENTO DE REPETIÇÃO

O comportamento de repetição, que nesta análise foi considerado como a existência de mais do que uma tentativa de suicídio, foi observado em 173 doentes (38% do total da amostra).

INFERÊNCIAS ESTATÍSTICAS

No nosso estudo, foi possível a obtenção de associações entre algumas das variáveis analisadas.

Verificou-se que os métodos violentos possuíam uma associação estatisticamente significativa com o gênero, nomeadamente associação negativa com o gênero feminino, traduzindo-se este último num fator protetor ($p < 0,001$; OR = 0,236) e associação positiva com o gênero masculino ($p < 0,001$; OR = 4,239), constituindo, portanto, fator de risco.

Também se observou que os métodos violentos se en-

TABELA 1. Inferências estatísticas entre as diversas variáveis.

Variáveis	Método Violento	Acompanhado	Pert. Personalidade	Abuso de Substâncias	Comportamento Repetidor
Género	$p < 0,001$	$p < 0,285$	$p < 0,719$	$p < 0,001$	$p = 0,093$
Método Violento	x	$p < 0,607$	$p < 0,411$	$p = 0,007$	$p = 0,017$
Acompanhado	x	x	$p = 0,008$	$p < 0,305$	$p < 0,001$
Pert. Personalidade	x	x	x	$p < 0,372$	$p < 0,001$
Pert. Adaptação	x	x	x	$p < 0,906$	$p < 0,521$
Abuso de Substâncias	x	x	x	x	$p = 0,054$

contravam associados positivamente e de forma estatisticamente significativa com o abuso de substâncias ($p = 0,007$; OR = 2,781) e com comportamento de repetição ($p = 0,017$; OR = 2,301).

Observou-se uma associação positiva, com significado estatístico, entre género masculino e abuso de substâncias ($p < 0,001$; OR = 3,743).

Já o comportamento de repetição mostrou estar associado positivamente, de forma estatisticamente significativa com acompanhamento psiquiátrico ($p < 0,001$; OR = 2,856), com perturbação da personalidade ($p < 0,001$; OR = 3,122) e uso de psicofármacos ($p < 0,001$; OR = 2,149).

Também se observou a existência de uma associação positiva forte entre comportamento de repetição e abuso de substâncias, embora não tenha sido estatisticamente significativa ($p = 0,054$; OR = 1,651).

DISCUSSÃO

Uma das principais limitações do nosso estudo foi o facto de a amostra estudada ser maioritariamente constituída por elementos do género feminino, o que pode ter levado ao enviesamento dos resultados.

A maioria das tentativas de suicídio ocorreu no género feminino, o que se encontra de acordo com o que é descrito na literatura.¹⁴⁻¹⁶ No entanto, o suicídio é mais frequente no género masculino - em Portugal, a taxa de suicídio nos homens é três vezes maior que a das mulheres.⁶

Em relação à distribuição dos comportamentos suicidários pela faixa etária, verificou-se que a maioria das tentativas de suicídio ocorreu nos seguintes escalões etários: 22% dos 25-34 anos, 18% dos 35-44 anos e 24% dos 45-54 anos. Em 2016, o pico de comportamentos suicidários foi mais tardio em ambos os géneros, sendo que no género feminino 27% das tentativas de suicídio ocorreram na faixa etária dos 45-54 anos e, no género

masculino, 22% das tentativas ocorreram na faixa etária dos 55-64. Tal tendência para o aumento de comportamentos suicidários nos escalões etários mais velhos mostra-se de acordo com o que é apresentado no Programa Nacional para a Saúde Mental de 2015.⁶

A utilização de métodos violentos foi mais frequente no género masculino em comparação com o feminino. De facto, a associação obtida entre métodos violentos e género masculino também está de acordo com o que é descrito na literatura.^{14,17,18}

Tal como é descrito por Carlos Braz Saraiva,¹⁹ foi possível constatar, através de investigações da Consulta de Prevenção do Suicídio dos Hospitais da Universidade de Coimbra que, no caso específico do para-suicídio se está perante uma patologia de afetos, ajustamentos, personalidade, interação social e familiar. Nesses estudos, foi observada uma elevada frequência de distúrbios da personalidade entre os comportamentos suicidários múltiplos e recorrentes, o que vai de encontro à associação obtida no nosso estudo entre comportamento de repetição e perturbação da personalidade.

Para além disso, nos diversos modelos integrais para a crise suicidária foi verificada a existência de elevada frequência de patologia psiquiátrica (sobretudo patologia depressiva) entre os doentes que cometeram o suicídio, o que vai de encontro aos resultados obtidos no nosso estudo, em que o diagnóstico mais frequente foi o de perturbação depressiva.¹⁹

A comorbilidade é frequente no grupo de doentes com comportamentos autolesivos, nomeadamente a existência de associação de doença psiquiátrica e alcoolismo ou abuso de substâncias psicoativas.²⁰⁻²⁶ No nosso estudo verificou-se que 15,5% do total da amostra apresentavam consumo de substâncias aliado à presença de psicopatologia.

O abuso de substâncias constitui uma das causas que levam a alterações no padrão comportamental dos indivíduos, nomeadamente aumento da impulsividade e da

hostilidade, o que poderá explicar as associações encontradas no nosso estudo com utilização de métodos violentos e com comportamento de repetição.^{27,28}

CONCLUSÃO

Após descrição e análise dos resultados da nossa investigação, destacamos as associações encontradas dos métodos violentos com o género masculino, com o abuso de substâncias e com o comportamento de repetição e deste último com acompanhamento psiquiátrico, perturbação da personalidade, uso de psicofármacos e abuso de substâncias.

As inferências estatísticas obtidas permitiram-nos verificar a existência de fatores de risco para os comportamentos suicidários, que estão de acordo com o que é descrito na literatura.

Desta forma, é importante a recolha e tratamento de dados em estudos posteriores, bem como a sua comparação com outros resultados, no sentido de tornar possível uma melhor compreensão da realidade da nossa população e prevenção da ocorrência do suicídio.

Isso irá permitir reconhecer a população mais vulnerável, criando a possibilidade de intervir neste grupo de indivíduos mais precocemente.

O acompanhamento destes doentes na Consulta de Comportamentos Suicidários assume um papel central na compreensão dos fatores precipitantes e das características individuais inerentes à personalidade e estrutura familiar e social dos mesmos. Assim sendo, poder-se-á adequar o desenvolvimento de estratégias e o plano de atuação a aplicar a cada contexto vivencial. Por conseguinte, a reabilitação e restabelecimento do funcionamento prévio serão facilitados, minimizando as taxas de recaída.

Trabalhar a prevenção em suicidologia é determinante, tendo em conta o aumento das taxas de suicídio que se tem verificado nos últimos anos a nível mundial.

CONFLITOS DE INTERESSE: Os autores declaram não ter qualquer conflito de interesse na realização do presente trabalho.

FONTES DE FINANCIAMENTO: Não houve qualquer fonte de financiamento na realização do presente trabalho.

CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS: Os autores declaram ter seguido os protocolos da sua instituição acerca da publicação dos dados de doentes.

PROTEÇÃO DE PESSOAS E ANIMAIS: Os autores declaram que os procedimentos seguidos na elaboração do presente trabalho estão em conformidade com as normas das comissões de investigação clínica e de ética, bem como da declaração de Helsínquia e da Associação Médica Mundial.

CONFLICTS OF INTEREST: The authors declare that they have no conflicts of interest.

FINANCIAL SUPPORT: This work has not received any contribution, grant or scholarship.

CONFIDENTIALITY OF DATA: The authors declare that they have followed the protocols of their work center on the publication of data from patients.

PROTECTION OF HUMAN AND ANIMAL SUBJECTS: The authors declare that the procedures followed were in accordance with the regulations of the relevant clinical research ethics committee and with those of the Code of Ethics of the World Medical Association (Declaration of Helsinki).

REFERÊNCIAS

1. Evans-Lacko S, Courtin E, Fiorillo A, Knapp M, Luciano M, Park A-L, et al. The state of the art in European research on reducing social exclusion and stigma related to mental health: A systematic mapping of the literature. *Eur Psychiatry*. 2014;29:381-9.
2. Mojtabai R, Stuart EA, Hwang I, Susukida R, Eaton WW, Sampson N, et al. Long-term effects of mental disorders on employment in the National Comorbidity Survey ten-year follow-up. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2015;50:1657-68.
3. Wahlbeck K, Anderson P, Basu S, McDaid D, Stuckler D. Impact of economic crises on mental health. Geneva: World Health Organization; 2011.
4. Santana P, Costa C, Cardoso G, Loureiro A, Ferrão J. Suicide in Portugal: spatial determinants in a context of economic crisis. *Health Place*. 2015;35:85-94.
5. World Health Organization. Preventing suicide. *CMAJ*. 2014;143:609-10.
6. Carvalho A, Mateus P, Xavier M, Nogueira P, Farinha Carla, Soares Ana, et al. Portugal - Saúde Mental em Números - 2015. Lisboa: Direção Geral da Saúde; 2016.
7. Costa C, Loureiro A, Freitas Â, Santana P. Suicídio em contextos de privação social e material nas Áreas Metropolitanas de Lisboa e Porto. Lisboa: Território e Saúde Mental em Tempos de Crise; 2015.
8. World Health Organization. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: Commission on Social Determinants of Health final report. Geneva: World Health Organization; 2008.
9. Ferretti F, Coluccia A. Socio-economic factors and suicide rates in European Union countries. *Leg Med*. 2009;11:S92-4.
10. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, van Heeringen K, Arensman E, Sarchiapone M, et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry*. 2016;3:646-59.

11. Carvalho A, Peixoto B, Saraiva C, Sampaio D, Amaro F, Santos J, et al. Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013/2017. Programa Nacional de Saúde. Lisboa: Direção Geral da Saúde; 2017.
12. Carpinello B, Pinna F. The reciprocal relationship between suicidality and stigma. *Front Psychiatry*. 2017;8:35.
13. Luxton DD, June JD, Fairall JM. Social media and suicide: a public health perspective. *Am J Public Health*. 2012;102:S195-200.
14. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and suicidal behavior. *Epidemiol Rev*. 2008;30:133-54.
15. Vijayakumar L. Suicide in women. *Indian J Psychiatry*. 2015;57:S233-8.
16. Beautrais AL. Gender issues in youth suicidal behaviour. *Emerg Med*. 2002;14:35-42.
17. Tsigotis K, Gruszczynski W, Tsigotis M. Gender differentiation in methods of suicide attempts. *Med Sci Monit*. 201;17:PH65-PH70.
18. Brådvik L. Violent and nonviolent methods of suicide: different patterns may be found in men and women with severe depression. *Arch Suicide Res*. 2007;11:255-64.
19. Peixoto B, Saraiva C, Sampaio D. Comportamentos suicidários em Portugal. *Coimbra Soc Port Suicidologia*. 2006;231-41.
20. Nock MK, Hwang I, Sampson NA, Kessler RC. Mental Disorders, comorbidity and suicidal behavior: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Mol Psychiatry*. 2010;15:868-76.
21. Aharonovich E, Liu X, Nunes E, Hasin DS. Suicide attempts in substance abusers: effects of major depression in relation to substance use disorders. *Am J Psychiatry*. 2002;159:1600-2.
22. Carrà G, Bartoli F, Crocarno C, Brady KT, Clerici M. Attempted suicide in people with co-occurring bipolar and substance use disorders: Systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2014;167:125-35.
23. Claes L, Muehlenkamp J, Vandereycken W, Hamelinck L, Martens H, Claes S. Comparison of non-suicidal self-injurious behavior and suicide attempts in patients admitted to a psychiatric crisis unit. *Pers Individ Dif*. 2010;48:83-7.
24. Möller HJ. Suicide, suicidality and suicide prevention in affective disorders. *Acta Psychiatr Scand*. 2003;108:73-80.
25. Saraiva CB, Peixoto B, Sampaio D. Suicídio e comportamentos autolesivos. Dos conceitos à prática clínica. Lisboa: Lidel edições técnicas; 2014.
26. Bertolote JM, Fleischmann A. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. *World Psychiatry*. 2002;1:181-5.
27. Vijayakumar L, Kumar MS, Vijayakumar V. Substance use and suicide. *Curr Opin Psychiatry*. 2011;24:197-202.
28. Evren C, Sar V, Evren B, Dalbudak E. Self-mutilation among male patients with alcohol dependency: the role of dissociation. *Compr Psychiatry*. 2008;49:489-95.