

ARTIGO DE REVISÃO/REVIEW ARTICLE

Caracterização Sociodemográfica dos Doentes Internados por Tentativas de Suicídio e Comportamentos Autolesivos em Psiquiatria Sociodemographic Characterization of Hospitalized Patients for Suicide Attempts and Self-Injurious Behaviors in Psychiatry

DANIELA BRANDÃO*¹, ANÍBAL FONTE^{1,2}

1. Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da ULSAM. Viana Do Castelo. Portugal

2. Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde (CINTESIS). Porto. Portugal

Resumo

Introdução: Os comportamentos suicidas acarretam de forma inequívoca consequências tanto a nível da sociedade como no seio familiar. Estes comportamentos podem dividir-se em atos suicidas (tentativas de suicídio e suicídio consumado) e comportamentos autolesivos, sendo estes importantes preditores de risco para o suicídio. O objetivo deste trabalho baseia-se na caracterização sociodemográfica do doente internado por tentativas de suicídio e comportamentos autolesivos num período de seis anos (2008-2013), na comparação destes comportamentos em função do sexo e na avaliação da evolução desses internamentos ao longo desses seis anos.

Métodos: Utilizou-se como fonte de dados os registos dos processos clínicos.

Resultados: No período em estudo as tentativas de suicídio foram responsáveis por 13,1% de todos os internamentos enquanto os comportamentos autolesivos estiveram na origem de 0,9%. A maioria permanece internada por um período relativamente curto. Ambos predominam no sexo feminino, na faixa etária dos 31-40 anos e no concelho de Viana do Castelo. Constata-se que a maioria dos internamentos por tentativa de suicídio ocorre no mês de fevereiro e na Primavera, fruto de uma perturbação de adaptação. Os comportamentos autolesivos verificam-se sobretudo em abril e outubro, no Verão, apresentando a maioria psicose afetiva. Em ambos os casos, a intoxicação é o método predominante, sendo os agentes psicotrópicos os mais usados. Em 2013 regista-se o maior número de internamentos por tentativa de suicídio, não se registando nenhum internamento por comportamentos autolesivos.

Conclusão: O presente estudo permite confirmar a importância das tentativas de suicídio e comportamentos autolesivos na saúde pública.

Abstract

Introduction: Suicidal behaviors lead unequivocally consequences both in society and in the family environment. These behaviors can be divided into suicidal acts (suicide attempts and completed suicide) and self-injurious behaviors, which are important predictors of risk for suicide.

This study is based on socio-demographic characteristics of the hospitalized patient by suicide attempts and self-injurious behaviors in a period of six years (2008-2013), the comparison of these behaviors by gender and in assessing the evolution of admissions over these six years.

Methods: It was used as a data source records of clinical processes.

Results: During the study period the suicide attempts accounted for 13.1% of all admissions while self-injurious behavior were the source of 0.9%. Most remains hospitalized for a relatively short period. Both predominantly females, aged between 31-40 years and in Viana do Castelo. It appears that the majority of hospitalizations for suicide attempts occurs in February and spring, the result of a disturbance of adaptation. Self-injurious behaviors occurs especially in April and October, in the summer, with most affective psychosis. In both cases, the poisoning is the predominant

Recebido/Received: 2019-05-02

Aceite/Accepted: 2020-03-11

Publicado / Published: 2020-06-01

* Autor Correspondente/Corresponding Author: Daniela Silva Brandão | danielasilvabrandao11@gmail.com | Avenida Central nº 143; 4730-283 Marrancos- Braga

© Autor (es) (ou seu (s) empregador (es)) 2020. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC. Nenhuma reutilização comercial. /© Author(s) (or their employer(s)) 2020. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.

method, psychotropic agents being the most used. In 2013 recorded the highest number of admissions for suicide attempts without evidence of any hospitalization for self-injurious behaviors.

Conclusion: This study confirms the importance of suicide attempts and self-injurious behaviors in public health.

Palavras-chave: Comportamento Autodestrutivo; Estações; Hospitalização; Suicídio; Tentativa de Suicídio

Keywords: Self-Injurious Behavior; Hospitalization; Seasons; Suicide; Suicide, Attempted

INTRODUÇÃO

Encontrar uma causa que justifique as tentativas de suicídio e os comportamentos autolesivos é tarefa complexa para um fenómeno multifactorial.¹

De acordo com o Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013-2017,² os comportamentos autolesivos correspondem a atos autolesivos desprovidos de intencionalidade suicida através do qual o indivíduo causa deliberadamente autolesão corporal (automutilação, ingestão de substâncias em excesso ou nocivas, salto de local elevado, etc.). Por sua vez, os atos suicidas podem dividir-se em tentativa de suicídio e suicídio consumado. Dentro dos comportamentos suicidas apenas iremos abordar neste estudo as *tentativas de suicídio* (TSs) – atos deliberados com intenção suicida que não resultaram em morte² – e os *comportamentos autolesivos* (CAL), com internamento num serviço hospitalar de psiquiatria.

Segundo a literatura,³ por cada suicídio consumado ocorrem cerca de 20 ou mais TSs, e destes apenas um quarto procura ajuda médica. Porém, esse número pode ser muito mais elevado devido à subnotificação porquanto muitos indivíduos não procuram serviços de saúde.⁴ Todavia, as TSs representam, a nível mundial, a sexta maior causa de défice funcional permanente¹ e 10% a 14% das pessoas que cometem TSs vêm a morrer por suicídio.²

A percentagem das TSs hospitalizadas depois de observadas em serviços de urgência é geralmente elevada; estudos europeus referem valores de 34,6% (Novara, Itália, 2015),⁵ 43,9% (Roménia, 2013),⁶ 51,5% (Zurique, 2004),⁷ 56,9% (Berna, 1997)⁸ e 68,1% dos homens e 65,3% das mulheres (Basel, Suíça, 2013).⁹

De acordo com estudos prévios,^{10,11} as TSs ocorrem sobretudo no sexo feminino entre os 25-35 anos. A menor taxa de TSs de suicídio no sexo masculino relaciona-se possivelmente com o facto de os homens usarem métodos mais agressivos e potencialmente letais ao passo que as mulheres tendem a recorrer a métodos menos agressivos e com maior probabilidade de serem menos eficazes.¹² Também pode traduzir a menor aceitação de ajuda médica por parte dos homens^{1,10,13,14} sendo geralmente outros, como membros da família, colegas de trabalho ou elementos da polícia, que referenciam e conduzem as pessoas com TSs aos serviços hospitalares.⁸

As perturbações de adaptação, estados depressivos e perturbações da personalidade são apontados, em vários estudos,^{9,15,16} como os diagnósticos mais frequentes entre as TSs atendidas em serviços médicos. Estudos revelam que 60% dos adultos com perturbação de adaptação envolvem-se em TSs¹⁶ e em países em desenvolvimento é o diagnóstico mais frequente entre todas as mortes por suicídio.¹⁷

Quanto ao meio mais usado, de acordo com muitos estudos,^{5,6,9,13,16} corresponde à ingestão de medicamentos psicoativos.

A questão da sazonalidade das TSs tem sido analisada com diferentes metodologias por se constatar frequentemente uma associação com o sexo feminino, ausente no sexo masculino¹⁸⁻²⁰ ainda que outros estudos não confirmem essas diferenças.²¹ Mergl *et al* (2010)²² verificaram diferenças entre os sexos na distribuição sazonal das TSs quando selecionaram as tentativas com métodos de baixo risco, desaparecendo as diferenças quando os métodos eram de elevado risco. Os meses de maior frequência das TSs também diferem entre os vários estudos, mesmo só considerando os efetuados no hemisfério norte^{5,6,18,19,21,23} e estudos que comparam a distribuição mensal das TSs com suicídios consumados mostram resultados contraditórios e incongruentes.^{19-21,24,25}

Vários estudos^{10,18,26-28} têm sido realizados para avaliar o impacto da crise financeira nos comportamentos suicidas. Dois mil e dezoito representa o ano em que se iniciou o período de crise económica que afetou os países da zona europeia, com particular incidência nos da zona mediterrânica, Portugal, Espanha e Grécia. Associado aos períodos de crise financeira encontra-se um aumento do risco de suicídio havendo diversos alertas para esse risco, tanto em artigos científicos como na imprensa.^{10,26} Entidades Internacionais como a Organização Mundial de Saúde e a União Europeia consideram que as crises económicas que desencadeiam desemprego e pobreza estão na origem ou no agravamento dos problemas de saúde mental das pessoas afetadas, podendo contribuir para o agravamento dos quadros depressivos ou o aumento do risco de suicídio.²⁷⁻²⁹ Na Andaluzia (Espanha), Córdoba-Doña *et al*³⁰ numa análise às TSs atendidas pelos serviços de emergência pré-hospitalar, entre 2003 e 2012, detetaram um aumento nos pedidos de socorro por TSs a partir de 2008, mantendo-se a progressão ascendente nos anos subsequentes.

A relação entre TSs, suicídio e crise económica é complexa. Por um lado, ainda que as TSs constituam um importante preditor do suicídio,^{31,32} os dois fenómenos apresentam características epidemiológicas e individuais distintas pelo que fatores externos podem ter reflexos diferentes. Por outro lado, países e regiões sujeitas a severas medidas de recessão económica e de austeridade têm revelado diferenças significativas na evolução das taxas de suicídio e de tentativas de suicídio havendo países, como Espanha, Irlanda e Islândia, que apresentaram maiores repercussões nas tentativas de suicídio^{30,33-36} enquanto noutros, como

Itália e Grécia, se refletiram tanto nas tentativas de suicídio como nos suicídios.³⁷⁻³⁹

Relativamente aos CAL, segundo a literatura em Portugal,¹⁰ ocorrem maioritariamente no sexo feminino com idade inferior a 25 anos. Estes comportamentos representam uma forma de apelo e regulação emocional fruto da associação stresse-vulnerabilidade onde acontecimentos traumáticos da infância e adolescência exercem um papel significativo.^{10,40} Muitas destas atitudes visam a obtenção de mudanças positivas na vida, quer a nível familiar quer social, e em cerca de 20% dos casos verificam-se uma ou mais recidivas.¹⁰ Tais comportamentos representam um sério problema dado a possibilidade de existir um *continuum* da autolesão para a TS.^{1,10} De acordo com Bennewith *et al* (2002),⁴ 15% a 23% dos indivíduos repetem a autolesão no decorrer do primeiro ano após o episódio inicial e 3% a 5% suicidam-se dentro de 5 a 10 anos, pelo que na literatura científica são julgados como um sério risco preditor de suicídio.^{1,2,4}

Em suma, torna-se fundamental conhecer o perfil sociodemográfico dos doentes que cometem TSs ou CAL. Esta caracterização pode ajudar a identificar grupos de risco de suicídio dados estes comportamentos constituírem preditores de risco de suicídio.

MATERIAL E MÉTODOS

a. Desenho do estudo

Estudo retrospectivo com o objetivo de caracterizar o perfil sociodemográfico do doente internado por TSs e CAL num período de seis anos (2008-2013), comparar estes comportamentos em função do sexo e avaliar a evolução desses internamentos ao longo dos seis anos em estudo. A área demográfica dos sujeitos observados corresponde ao distrito de Viana do Castelo (população residente: 244 836 habitantes, censo de 2011), atendidos no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da Unidade Local de Saúde do Alto Minho (DPSM da ULSAM).

b. Metodologia

Estudo observacional retrospectivo de todos os doentes internados pelo DPSM da ULSAM, entre janeiro de 2008 e dezembro de 2013 inclusive, por comportamentos autolesivos e tentativas de suicídio. Como fonte de dados recorreu-se aos registos dos processos clínicos.

A amostra constituída pelos doentes internados em Psiquiatria foi escolhida por possibilitar uma base fiável, nomeadamente quanto aos motivos do internamento e diagnóstico de alta. No primeiro caso o motivo de internamento é sempre indicado no processo clínico e quando era referido ato autolesivo o mesmo era codificado por forma a identificá-lo. Posteriormente estes processos foram analisados sistematicamente para averiguação da intencionalidade do ato. Quanto ao diagnóstico de alta o mesmo é sempre registado na nota de alta de cada doente, de acordo com os critérios da DSM-IV, conquanto sejam codificados no registo informático em uso na instituição segundo a *International Classification of Diseases, 9th Revision,*

Clinical Modification (ICD-9-CM). Os critérios de inclusão foram: doentes com idade superior ou igual a 18 anos, que tenham realizado TSs ou CAL e que permaneceram internados em Psiquiatria. Foram excluídos os doentes cujos registos não apresentavam informação suficiente.

As variáveis em estudo foram: sexo, idade, concelho de residência, mês e estação do ano em que ocorreu o internamento, método utilizado no comportamento suicida, diagnóstico psiquiátrico principal e tempo médio de internamento.

Procederemos à descrição das variáveis em estudo:

- Sexo: Consideramos os homens e mulheres, que constituem a nossa população em estudo, agrupados da seguinte forma: sexo masculino e sexo feminino.
- Idade: Número de anos que a pessoa tem à data do internamento. Neste estudo optamos por agrupar em faixas etárias.
- Concelho de residência: Concelho em que o doente reside, correspondendo neste estudo aos concelhos do Distrito de Viana do Castelo (Arcos de Valdevez, Caminha, Melgaço, Monção, Paredes de Coura, Ponte da Barca, Ponte de Lima, Valença, Viana do Castelo e Vila Nova de Cerveira)
- Mês: Mês em que ocorreu o internamento no serviço de Psiquiatria.
- Estação do ano: Agrupada em: Primavera: 21 março/20 junho; verão: 21 junho/22 setembro; outono: 23 setembro/20 dezembro; inverno: 21 dezembro/20 março.
- Método utilizado: Meio ou processo usado para produção da autolesão/ TSs, presente na nota de admissão no internamento. Nos casos em que o doente recorria a vários métodos era selecionado o método mais letal.
- Diagnóstico psiquiátrico principal: Diagnóstico baseado na psicopatologia, expresso na nota de alta de cada doente, inscrito no registo informático utilizado na instituição em estudo segundo a *International Classification of Diseases, 9th Revision, Clinical Modification (ICD-9-CM)*.
- Tempo médio de internamento: Número de dias decorridos entre a admissão hospitalar e a respetiva alta.

c. Análise Estatística

Nas variáveis categóricas os dados são descritos através de frequências simples (n) e relativas (%) enquanto nas variáveis contínuas se recorreu à média e desvio padrão (Dp).

O teste *t-Student* foi utilizado para comparar a distribuição de variáveis contínuas entre duas amostras independentes, aplicando-se o teste U de Mann-Whitney quando o número de observações não permite assegurar pressupostos de normalidade. Para testar hipóteses sobre a independência de variáveis nominais categorizadas, recorreu-se ao teste de qui-quadrado se o número de células com frequência esperada (f_e) inferior a 5 não excedia 20% e nenhuma apresentava $f_e < 1$.⁸ Como medida de correlação para avaliar se ao longo dos anos em estudo o número de internamentos sofreu alguma evolução estatisticamente significativa empregou-se o coeficiente de correlação de Spearman (r_s) por não exigir pressupostas sobre a distribuição de frequências.

A análise estatística foi efetuada utilizando-se o *Statistical Package for the Social Sciences* versão 20 para Windows®. Todas as provas foram consideradas para testes bicaudais, com nível de significância de $p < 0,05$.

RESULTADOS

Entre 2008 e 2013 foram internados 3738 doentes, dos quais 490 (13,1%) por TS e 34 (0,9%) por CAL.

a. Tentativas de Suicídio (TSs)

A percentagem de doentes internados em cada ano, de 2008 a 2013, por TSs encontra-se descrita na Tabela 1. Apesar do número de doentes internados por TS em 2013 ter sido superior ao dos anos anteriores a progressão no número de internamentos ao longo dos anos estudados não expressa uma variação estatisticamente significativa ($r_s = -0,714$, NS).

Tabela 1. Internamentos (total) e internamentos por tentativa de suicídio

| Ano | Internamentos | Internamentos por tentativa de suicídio | | |
|------|-----------------|---|-------------------------|---------------------------|
| | Total N=3738 | Total N=490 (13,1%) | Homens N=129 (26,3%) | Mulheres N=361 (73,7%) |
| 2008 | 622 | 80 (12,9%) | 27 (33,8%) | 53 (66,3%) |
| 2009 | 660 | 62 (9,4%) | 14 (22,6%) | 48 (77,4%) |
| 2010 | 638 | 92 (14,4%) | 23 (25,0%) | 69 (75,0%) |
| 2011 | 602 | 93 (15,4%) | 25 (26,9%) | 68 (73,1%) |
| 2012 | 609 | 67 (11,0%) | 10 (14,9%) | 57 (85,1%) |
| 2013 | 607 | 96 (15,8%) | 30 (31,3%) | 66 (68,8%) |
| | | $r_s = -0,714$, NS | $\chi^2 = 8,510$ NS | |

Considerando os internamentos em função do sexo, todos os anos analisados mostram que as TSs foram mais frequentes no sexo feminino do que no masculino, tendo sido no conjunto dos seis anos, respetivamente 73,7% e 26,3% (Tabela 1) numa relação mulher-homem de 2,8:1. Quanto à média de idades, esta foi de 40,9 anos ($Dp = 14,27$),

situando-se o intervalo de idades entre 17-88 anos. O grupo etário com maior número de casos de TS (Fig. 1) foi o de 31-40 anos (27,9%). Entre a média de idades dos homens e mulheres internados por TS não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($t = 0,908$ NS).

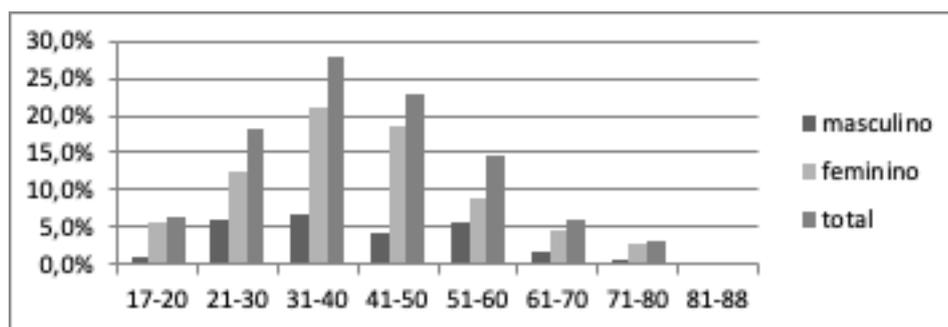


Figura 1- Internamentos por TS. Distribuição etária

Tendo em conta a população residente no distrito de Viana do Castelo o número de internamentos por TS foi de 3,33 internamentos por ano e por 10 000 habitantes (Tabela 2). Conquanto sejam números pequenos consta-se uma distribuição desigual segundo o concelho de residência; enquanto no concelho de Viana do Castelo a média anual foi de 4,26 internamentos/10 000 habitantes em Melgaço foi de 1,63 internamentos/10 000 habitantes

Tabela 2. Internamentos por TS e concelhos de residência (distrito de Viana do Castelo)

| Concelhos | População residente (2011) * | Nº internamentos 2008-2013 | Taxa por 10 000 hab. /ano † |
|-----------------------|------------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| Arcos de Valdevez | 22.847 | 52 | 3,79 |
| Caminha | 16.684 | 28 | 2,79 |
| Melgaço | 9.213 | 9 | 1,63 |
| Monção | 19.230 | 25 | 2,16 |
| Paredes de Coura | 9.198 | 13 | 2,36 |
| Ponte da Barca | 12.061 | 18 | 2,48 |
| | | | |
| Ponte de Lima | 43.498 | 54 | 2,07 |
| Valença | 14.127 | 29 | 3,42 |
| Viana do Castelo | 88.725 | 227 | 4,26 |
| Vila Nova de Cerveira | 9.253 | 17 | 3,06 |
| Total | 244836 | 472†† | 3,33 |

*Fonte: www.pordata.pt

† Razão entre número de doentes internados por TS dividido por 6 (nº de anos em estudo) e população residente, multiplicado por 10 000.

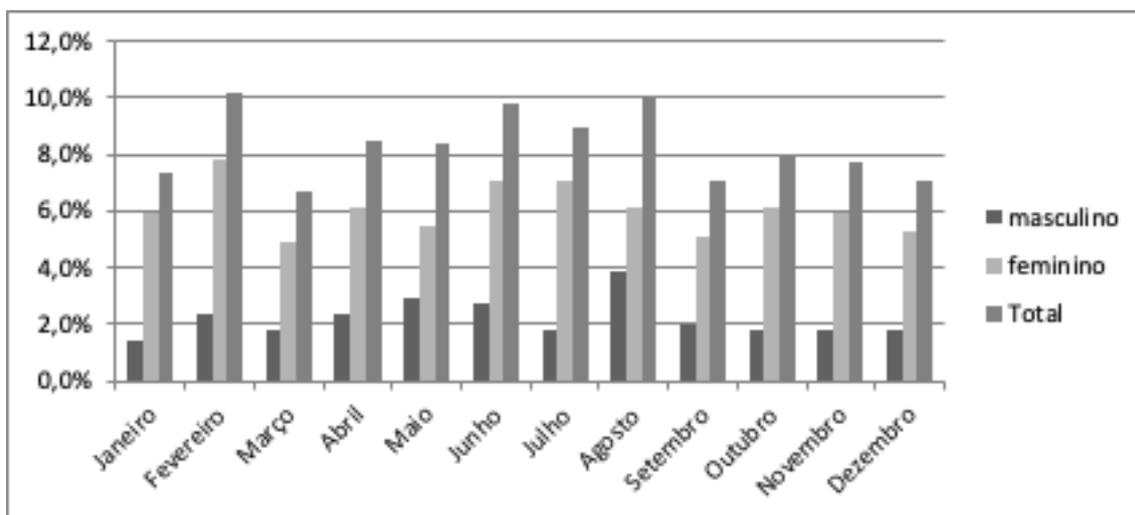


Figura 2- Distribuição dos internamentos por TS por mês

No que se refere ao mês de internamento por TS (Fig. 2), a maior frequência ocorreu em fevereiro (10,2%) e março foi o mês com menor número de internamentos (6,7%). Nas mulheres verificou-se um acréscimo de internamentos no mês de fevereiro (7,8%), enquanto nos homens o incremento ocorreu em agosto (3,9%). A distribuição dos internamentos ao longo do ano em função do sexo não apresenta diferenças estatisticamente significativa ($\chi^2=7,044$, gl=11, NS).

A primavera e verão foram as estações do ano com maior número de casos de TSs, ocorrendo menor frequência no outono e inverno. Contudo, a distribuição dos internamentos por estação do ano em função do sexo não apresenta diferenças estatisticamente significativas.

Quanto ao tempo médio de internamento (Tabela 3), cerca de 25% dos internados permaneceu 5 ou menos dias no hospital. Apenas 2,4% permaneceu internado mais de 30 dias, não se verificando diferenças estatisticamente significativas em função do sexo.

Tabela 3. Internamentos por TS. Tempo médio de internamento, diagnósticos e método de autolesão utilizado

| | Total N=490 | Homens N=129 | Mulheres N=361 | Teste estatístico |
|--|-----------------------|------------------------|--------------------------|------------------------------------|
| Internamento: Tempo: M (Dp) | 12,09 (9,808) | 12,78 (9,896) | 11,84 (9,779) | t=0,932 NS |
| Dias: N (%) | | | | |
| • ≤ 5 dias | 124 (25,3) | 31 (24,0) | 93 (25,8) | $\chi^2=5,430$ (gl=4) NS |
| • 6-10 dias | 132 (26,9) | 27 (20,9) | 105 (29,2) | |
| • 11-15 dias | 102 (20,8) | 34 (26,4) | 68 (18,9) | |
| • 16-30 dias | 120 (24,5) | 33 (25,6) | 87 (24,1) | |
| • > 30 dias | 12 (2,4) | 4 (3,1) | 8 (2,2) | |
| Diagnósticos(ICD-9- CM): N (%) | | | | |
| • Pert. de adaptação | 223 (45,5) | 64 (49,6) | 159 (44,0) | $\chi^2=19,155$ (gl=7) $p<0,01$ |
| • Pert. do humor | 96 (19,6) | 25 (19,4) | 71 (19,7) | |
| • Pert. neuróticas* | 40 (8,2) | 3 (2,3) | 37 (10,2) | |
| • Pert. personalidade | 65 (13,3) | 13 (10,1) | 52 (14,4) | |
| • Pert. devido ao uso de substância psicoativa | 33 (6,7) | 16 (12,4) | 17 (4,7) | |
| • Pert. mentais orgânicas e esquizofrenia, Pert. esquizotípicos e Pert. delirante | 19 (3,9) | 5 (3,9) | 14 (3,9) | |
| • Debilidade mental | 10 (2,2) | 3 (2,3) | 7 (1,9) | |
| • Pert. comportamento alimentar | 4 (0,8) | - | 4 (1,1) | |
| Autodano. Método: N (%) | | | | |
| • Afogamento | 16 (3,3) | 5 (3,9) | 11 (3,1) | |
| • Asfixia/estrangulamento | 8 (1,6) | 5 (3,9) | 3 (0,8) | |
| • Inalação de gases | 3 (0,6) | - | 3 (0,8) | |
| • Intoxicação/Envenenamento | 386 (78,7) | 92 (71,3) | 294 (81,4) | |
| • Precipitação | 7 (1,1) | - | 7 (1,9) | |
| • Laceração | 13 (2,7) | 4 (3,1) | 9 (2,5) | |
| • Atropelamento (comboio) | 4 (0,8) | 1 (0,8) | 3 (0,8) | |
| • Arma de fogo | 1(0,2) | - | 1(0,3) | |
| • Sem informação | 52 (10,6) | 22 (17,1) | 30 (8,3) | |

M- média; N- número; Dp- desvio padrão; Pert.- perturbação; * inclui perturbações ansiosas, Obsessivo-compulsivas; dissociativas e somatoformes

Relativamente ao diagnóstico psiquiátrico principal (CID-9-CM) (Tabela 3) a maior frequência correspondeu a perturbação de adaptação (45,5%) (separada das restantes perturbações neuróticas dado à sua elevada frequência). Em segundo lugar, mas muito distanciado, registam-se os casos de perturbação do humor (psicose afetiva) com 19,6%, onde se incluem perturbações depressivas e bipolares. As perturbações neuróticas são um grupo eclético onde se reúnem perturbações distímicas e de ansiedade; estas perturbações, em conjunto com as perturbações devido ao uso de substância psicoativa, apresentam uma diferente e estatisticamente significativa entre os sujeitos masculinos e femininos. Enquanto nos homens há mais casos com diagnóstico de perturbação devido ao uso de substância psicoativa do que nas mulheres (12,4% vs 4,7%) ocorre o inverso com as perturbações neuróticas (2,3% vs 10,2%).

Quanto ao método utilizado (Tabela 3) a maioria recorreu à intoxicação por drogas e outras substâncias (78,7%) enquanto o uso de arma de fogo e o efeito tóxico de gases /

emanações ou vapores foram os processos menos registados. Em 10,6% não foi possível precisar o método empregue por falta de elementos nos registos clínicos o que condiciona uma leitura mais pormenorizada em função do sexo dos internados (diferença entre os sexos não é estatisticamente significativa quando se excluem os casos sem referência do método).

Entre os internamentos por TS que usaram como método intoxicação/ envenenamento, verificou-se que a maioria recorreu a agentes psicotrópicos. Nalguns casos os sujeitos recorreram a mais do que um tipo de substância.

COMPORTAMENTOS AUTOLESIVOS (CAL)

Os internamentos por CAL foram apenas 0,9% de todos os internamentos em psiquiatria e, tal como nas TSs, foram mais frequentes no sexo feminino (70,6%). Ao contrário das TSs que registaram maior frequência em 2013, os CAL (Tabela 4) tiveram a maior frequência em 2008 (8 casos) não se identificando qualquer caso em 2013.

Tabela 4. Internamentos por comportamentos autolesivos. Características gerais

| | Total N=34 (100,0%) | Homens N=10 (29,4%) | Mulheres N=24 (70,6%) |
|---|--------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| Ano: N (%) | | | |
| • 2008 | 9 (26,5) | 2 (20,0%) | 7 (29,1%) |
| • 2009 | 8 (23,5) | 1 (10,0%) | 7 (29,1%) |
| • 2010 | 4 (11,8) | 3 (30,0%) | 1 (4,2%) |
| • 2011 | 5 (14,7) | 2 (20,0%) | 3 (12,5%) |
| • 2012 | 8 (23,5) | 2 (20,0%) | 6 (25,0%) |
| • 2013 | - | - | - |
| Idade (Anos): M (Dp) | 40,9 (13,386) | 46,0 (14,712) | 38,8 (12,507) |
| Internamento: | | | |
| • Tempo: M (Dp) | 12,2 (9,798) | 13,2 (8,879) | 11,8 (10,311) |
| Dias: N (%) | | | |
| • ≤ 5 dias | 11 (32,4) | 3 (30,0) | 8 (33,3) |
| • 6-10 dias | 5 (14,7) | 2 (20,0) | 3 (12,5) |
| • 11-15 dias | 8 (23,5) | 1 (10,0) | 7 (29,2) |
| • 16-30 dias | 8 (23,5) | 4 (40,0) | 4 (16,7) |
| • > 30 dias | 2 (5,9) | - | 2 (8,3) |
| Diagnósticos: N (%) | | | |
| • Pert. de adaptação | 3 (8,8) | - | 3 (12,5) |
| • Pert. do humor | 14 (41,2) | 4 (40,0) | 10 (41,7) |
| • Pert. neuróticas* | 6 (17,6) | 1 (10,0) | 5 (20,8) |
| • Pert. personalidade | 5 (14,7) | 1 (10,0) | 4 (16,7) |
| • Pert. devido ao uso de substância psicoativa | 1 (2,9) | 1 (10,0) | - |
| • Pert. mentais orgânicas e esquizofrenia, Pert. esquizotípicos e Pert.delirante | 4 (11,8) | 2 (20,0) | 2 (8,3) |
| Autolesão. Método: N (%) | | | |
| • Abrasão | 2 (5,9) | 1 (10,0) | 1 (4,2) |
| • Laceração (corte) | 3 (8,8) | 1 (10,0) | 2 (8,3) |
| • Inalação de Gases | 1 (2,9) | 1 (10,0) | - |
| • Intoxicação/Envenenamento | 26 (76,5) | 7 (70,0) | 19 (79,2) |
| • Precipitação | 2 (5,9) | - | 2 (8,3) |

M- média; N- número; Dp- desvio padrão; Pert. - perturbação; * inclui perturbações ansiosas, obsessivo-compulsivas; dissociativas e somatoformes

Por sua vez, à semelhança das TSS, a média de idades dos doentes internados por CAL foi de 40,9 anos, sendo o grupo etário predominante o dos 31-40 anos (26,5%). Entre a média de idades dos homens e mulheres não se verificaram diferenças estatisticamente significativas (teste $U=0,148$, NS).

O tempo médio de internamento destes casos foi de 12,2 dias, tendo a maioria (32,3%) permanecido internado por um período inferior ou igual a 5 dias. Somente 2 doentes (6%) permaneceram internados mais de 30 dias. Entre os doentes de sexo masculino e feminino também não se verificaram diferenças estatisticamente significativas (teste $U=0,515$, NS).

Relativamente ao diagnóstico psiquiátrico principal (CID-9) dos doentes internados por CAL (Tabela 4), as perturbações do humor representam o diagnóstico psiquiátrico predominante (41,2%). Quanto ao método de autolesão

utilizado, em dois terços dos casos foi a intoxicação (envenenamento) com drogas ou outras substâncias (76,5%). No conjunto dos seis anos analisados os meses em que ocorreram mais internamentos por CAL foram abril e outubro (ambos com 14,7%) (Fig. 4). Por estações do ano a maior concentração ocorreu no verão (73,5%).

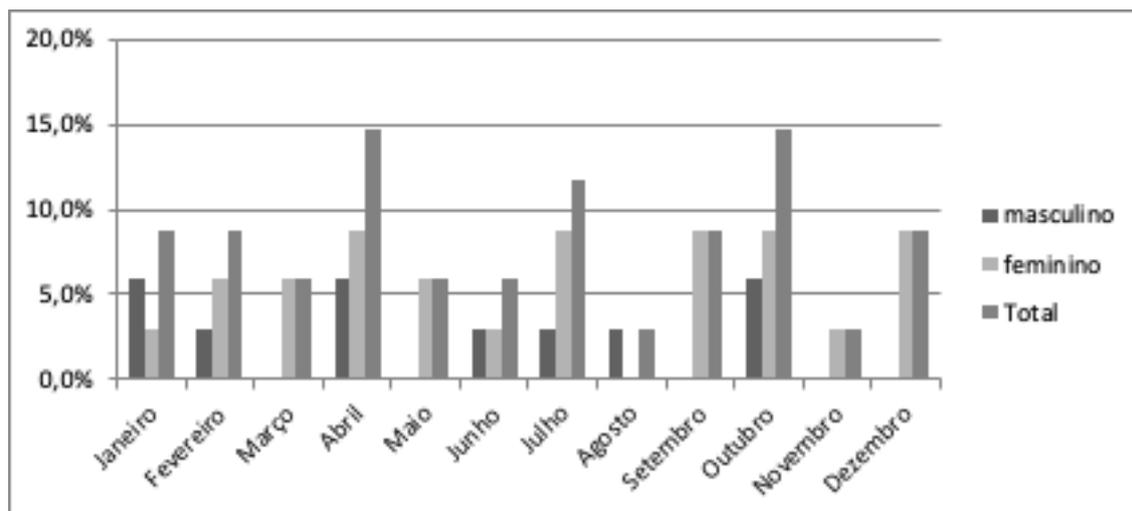


Figura 4 - Distribuição dos internamentos por CAL por mês

Relativamente ao local de residência, o concelho em que se registou maior número de internamentos por CAL foi Viana do Castelo, com 22 doentes (0,42/10 000 habitantes ano). Nos restantes sete concelhos só se assinalou um doente internado por concelho e num (Paredes de Coura) não se registou qualquer internamento por CAL.

DISCUSSÃO

O DPSM da ULSAM presta assistência psiquiátrica a uma população residente de 244 826 habitantes. O serviço de urgência funciona no hospital geral e todos os casos sugestivos de TS são orientados para observação por psiquiatria antes de terem alta.

Neste estudo apenas são focados doentes que ficaram internados em psiquiatria pelo que um possível fator de enviesamento resulta do próprio critério de internamento. Este é determinado pela avaliação psiquiátrica do estado emocional da pessoa com comportamento suicida, pela sua história clínica, e pela sua aceitação de internamento. Nesse sentido, os casos internados refletem essencialmente as situações de maior gravidade mas enquanto nas TSs a própria intencionalidade do ato e a força ou persistência dessa intencionalidade são, em si mesmo, motivos para o internamento como medida de proteção, no CAL será a existência e gravidade da comorbilidade psiquiátrica a determinar o mesmo. Estas diferenças dão compreensibilidade às desigualdades no número de casos internados. No mesmo sentido, servem de suporte para o facto da maior parte dos casos internados de CAL se encontrar na faixa etária dos 31-50 anos, diferindo dos resultados encontrados na literatura em Portugal¹⁰ onde se verifica uma maior ocorrência em mulheres com idade inferior a 25 anos. Para além da gravidade da comorbilidade psiquiátrica é importante levar em consideração outros fatores, tal como a falta de suporte social, que, muitas vezes, motiva o internamento e pode justificar a diferença encontrada.

Segundo este estudo os doentes internados após TS, entre 2008 e 2013, foram predominantemente do sexo feminino, com idade compreendida entre 21-50 anos, resultados

concordantes com a literatura.^{10,11} Trata-se de uma faixa etária que compreende uma população economicamente ativa o que evidencia o impacto da TS na sociedade.^{3,41}

Em termos de psicopatologia enquanto nos casos de CAL predominam as perturbações do humor nas TSs predominam as perturbações de adaptação. Estes achados estão em concordância com estudos realizados anteriormente.^{9,15-17}

Na mesma ordem, e como se verifica no presente estudo, as perturbações devido ao uso de substância psicoativa são significativamente mais frequentes entre os homens do que nas mulheres.^{9,13,21,42} Contudo, atendendo a diferenças metodológicas nos estudos realizados nesta área, como seleção das amostras, instrumentos de avaliação e critérios de diagnóstico, é muito difícil comparar a prevalência e o tipo das perturbações mentais nas TSs.^{9,13,16,42-44} Neste trabalho, deve-se referir a ausência de um procedimento estruturado, comum a todos os médicos, para a investigação do diagnóstico clínico, o que pode eventualmente ter conduzido a procedimentos não uniformes.

Quanto ao facto da ingestão de medicamentos psicoativos ter sido o meio mais utilizado é corroborado por muitos outros estudos,^{5,6,9,13,16} o que traduz a elevada disponibilidade destas substâncias. De igual forma também se mostra relevante o uso de pesticidas (10,6% de todos os casos de intoxicação) a refletir a sua abundância numa região de características agrícolas. Trata-se, nos dois casos, de substâncias que têm sido objeto de recomendações visando a restrição ao seu acesso e substituição por substâncias potencialmente menos letais.^{1,2,6,13,14,29} A dificuldade em determinar com clareza o meio utilizado em 10,6% dos casos estudados obstou a que se pudesse analisar um dado apontado noutros estudos⁹ que é o dos homens recorrerem a meios potencialmente mais letais do que as mulheres.

Como foi referido, o DPSM abrange uma região formada por dez concelhos. A população residente é relativamente homogénea, partilhando das mesmas características socio-culturais, pelo que se carece de estudos que possibilitem esclarecer o facto do maior número de internamentos por TS corresponder ao concelho de Viana do Castelo. Uma explicação simplificada leva a atribuir essa distribuição à maior

densidade populacional e maior proximidade aos cuidados em saúde mental para os residentes em Viana do Castelo, todavia muitos estudos apontam para maior frequência de comportamentos suicidários em regiões isoladas, de baixa densidade demográfica, com populações disseminadas e menor rede de apoio social.¹⁶ Na suposição de ocorrer um internamento por cada duas TSs atendidas no serviço de urgência, e considerando os dados obtidos neste estudo, a prevalência das TSs na população analisada será de 66,6 por 100 000 habitantes. Este valor, provavelmente calculado por defeito, pode constituir o ponto de partida para futuros estudos de prevalência das TSs que tenham como registo os casos observados nos serviços de urgência.

Quanto à distribuição dos internamentos por TS ao longo do ano verificou-se maior concentração nos meses de primavera-verão (abril-agosto) e menor nos meses de outono-inverno (setembro-janeiro). Como referido anteriormente, deparamos-nos com resultados inconsistentes quanto à questão da sazonalidade das TSs¹⁸⁻²² e aos meses de maior frequência de TSs.^{5,6,18,19,21,23} De salientar o facto de no presente estudo se verificar um pico de TSs em janeiro-fevereiro e junho-agosto. Elisei *et al* (2012),²³ num estudo efetuado em Perugia, Itália, depararam-se com um aumento de TSs no mês de janeiro que justificam como efeito “rebound” após a diminuição ocorrida em dezembro associada às festividades do Natal. Muitos outros estudos efetuados no ocidente registam redução das TSs durante dezembro como sucede com o WHO/EURO *Multicentre Study on Parasuicide*.¹⁹ Nesse estudo, que envolveu 13 centros europeus, apesar das consideráveis diferenças entre eles, em Wuerzburg (Alemanha) tanto homens como mulheres também apresentaram um acréscimo de TS em janeiro. As explicações para esta incidência não são evidentes mas, provavelmente, remetem para modelos que integram fatores de vulnerabilidade biológica com explicações socioculturais e condições climáticas.⁴⁵ Por sua vez, o pico de ocorrências em agosto pode justificar-se com o regresso dos familiares emigrados à terra de origem. A reorganização após meses de ausência pode levar a discussões e conflitualidades que se reflitam nas TSs. Ademais, trata-se de uma altura em que os filhos se encontram de férias, aumentando o número de pessoas que permanecem em casa e, em consequência, eventuais tensões.

No período considerado neste estudo não foram assinaladas variações consistentes e significativas no número de doentes internados por TSs. Trata-se de um resultado similar às variações no número de suicídios registados em Portugal entre 2008 e 2012.^{46,47} Este período corresponde aos anos de crise económica e de austeridade que fustigou alguns países da Europa, designadamente Portugal. Com início em 2008 teve em 2011 a intervenção do Fundo Monetário Internacional, Banco Central Europeu e Comissão Europeia, num processo conhecido como os “anos da troika”. Tomados isoladamente 2010 e 2012 foram os anos que registaram maior número de suicídios, todavia inferior aos registados entre 2002-2004,³⁷ período no qual não houve qualquer política económica de austeridade. A partir daqui, consoante os períodos considerados, as fontes dos dados e os procedimentos de análise utilizados, são diversas as

conclusões sobre a evolução das taxas de suicídio (TxS) em Portugal. Na falta de um estudo abrangente que analise os diversos trabalhos já publicados citam-se, a título de exemplo, alguns resultados: tendência decrescente da TxS entre 2002 e 2013, nos homens, e entre 2003-2013, nas mulheres⁴⁸; tendência evolutiva crescente desde 2006 e 2015⁴⁹; TxS crescente de 2007 a 2014⁵⁰; aumento da TxS de 4% entre 2009 e 2012³⁴; grande aumento (22,6%) entre 1999-2003 e 2008-2012⁵¹; início do aumento anterior ao começo da crise financeira em 2008, com um aumento de 25% durante a crise, no período de 2007 a 2010⁵²; TxS entre 2000-2011 flutuaram muito... correlações muito fracas com índices económicos.⁵³

No que se refere às tentativas de suicídio, a ausência de informação sobre o número de internamentos por TSs antes de 2007 (inclusive), não permite efetuar inferências sobre eventuais desvios à série temporal dos internamentos em causa. Num estudo de âmbito nacional, com recurso à base de dados de GDH, entre 2008 e 2012, os autores constatarem ligeira tendência para a redução dos internamentos urgentes por perturbação mental ou tentativa de suicídio mas não individualizam estes últimos dos restantes internamentos.⁵⁴ Por sua vez, num estudo efetuado nas áreas metropolitanas do Porto e Lisboa, comparando os internamentos por TS, de 2007 com 2012, regista-se uma variação positiva de mais 20%⁵⁵ mas é um estudo ancorado apenas em dois pontos o que limita a realização de deduções numa questão sujeita a distintas e frequentes flutuações.

No que se refere aos comportamentos autolesivos quando se iniciou este estudo não tínhamos valores nacionais de referência sobre doentes internados com idênticas alterações do comportamento e os poucos existentes versam população adolescente.⁵⁶ No presente caso estes internamentos representaram, em média, 0,9% de todos os internamentos, oscilando entre 1,4% em 2008 a 0 em 2013. Não sendo atributo do comportamento de adolescentes ou jovens adultos,¹⁰ a média das idades em que este fenómeno se observou foi de 40,9 anos, não se podendo ignorar a afirmação de Braz Saraiva de que, comparados com os jovens “nos adultos existem formas de desespero aprendido ou outras conceptualizações que aproximam mais estes do suicídio” (pag. 303).¹⁰

Numa área tão importante como as TSs este estudo é apenas um ponto de partida para futuras investigações. Questões como, por exemplo, quais os grupos mais vulneráveis e quais as medidas preventivas mais adequadas a adotar, ou quais os fatores de proteção mais relevantes para proteger dos efeitos da política de austeridade com o subsequente aumento de desemprego, baixa dos rendimentos, aumento dos custos com a saúde, etc.³⁹ são questões que necessitam de serem analisadas. Por sua vez, subsiste por avaliar o impacto da crise económica e social noutras áreas da saúde mental como violência interpessoal, abuso de álcool, perturbações de ansiedade, etc.^{27,39} e quais as repercussões dessas alterações a longo prazo.

Limitações: A realização deste trabalho apresenta várias limitações, algumas das quais já foram apresentadas.

Primeiro, a amostra incluída no estudo é formada por doentes internados após observação no serviço de urgência

sem que se possa assegurar uniformidade nos critérios que presidiram à avaliação e subsequente internamento. Este aspeto pode levar a que a análise realizada neste artigo possa diferir dos reais dados demográficos bem como da frequência, ao longo do ano, deste tipo de comportamento na população. Para além disso, devemos ter em consideração que muitos doentes que realizam TSs ou CAL podem não procurar ajuda médica. Na medida em que se trata de um estudo retrospectivo, ele apenas espelha os critérios e os resultados naturais na abordagem destas situações nas condições de rotina de um serviço de urgência.

Segundo, sendo os casos internados uma fração das TSs atendidas no serviço de urgência desconhece-se a real dimensão das TSs na comunidade; por suposição é admitido que os critérios que determinaram o internamento se mantiveram constantes, antes e durante os anos avaliados, tendo em conta a estabilidade da equipa dos médicos envolvidos e a aparente ausência de fatores intencionais a determinar alterações nas decisões do tratamento (internamento ou outro) e a enviar os resultados.

Terceiro, apesar do estudo analisar uma sequência temporal de seis anos não se dispõe de informação sobre os anos anteriores por forma a efetuarem-se projeções sobre o número de internamentos esperados; conquanto esta limitação impossibilite comparações com os períodos anteriores a 2008 o mesmo não invalida que se investiguem padrões de alterações como variações na grandeza do fenómeno, passíveis de serem analisadas em função de fatores externos.

Responsabilidades Éticas

Conflitos de Interesse: Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho.

Fontes de Financiamento: Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

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 estavam de acordo com os regulamentos estabelecidos pelos responsáveis da Comissão de Investigação Clínica e Ética e de acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial.

Proveniência e Revisão por Pares: Não comissionado; revisão externa por pares.

Ethical Disclosures

Conflicts of interest: The authors have no conflicts of interest to declare.

Financing 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).

Provenance and Peer Review: Not commissioned; externally peer reviewed.

Referências

1. World Health Organization. Multisite intervention study on suicidal behaviours – Supre Miss. Department of Mental Health and Substance Dependence. Geneva: WHO; 2002.
2. Direção-Geral da Saúde. Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013/2017. Lisboa: DGS; 2013.
3. Borthwick-Duffy SA. Epidemiology and prevalence of psychopathology in people with mental retardation. *J Consult Clin Psychol.* 1994; 62: 17-27.
4. Bennewith O, Stocks N, Gunnell D, Peters TJ, Evans MO, Sharp DJ. General practice based intervention to prevent repeat episodes of deliberate selfharm:

Por último uma limitação digna de nota é o facto da informação analisada se encontrar dependente dos procedimentos e particularidades dos registos clínicos. Para colmatar esta dificuldade alguns estudos utilizam entrevistas estruturadas para a observação e anamnese em complemento à avaliação psiquiátrica individual; tratando-se de um estudo retrospectivo não há possibilidade de confrontar ou complementar a informação disponível e uma das restrições observadas foi o facto de se limitar o diagnóstico ao registo do diagnóstico principal o que pode ter subvalorizado outras comorbilidades psiquiátricas. No mesmo sentido diferenças de avaliação introduzidas pelos psiquiatras que conduziram o tratamento podem ter inserido potenciais fatores confundidores com impacto nos resultados pelo que se deve ser prudente ao generalizar-se os resultados deste estudo a outras regiões e populações de Portugal.

Não obstante estas limitações o presente estudo permite confirmar a importância das TSs na saúde pública, constituindo um número muito significativo dos internamentos em psiquiatria. Urge prosseguir com investigações que analisem as TSs com metodologias rigorosas, monitorizem a sua frequência, e possibilitam uma melhor compreensão dos riscos em subgrupos específicos, integrando aspetos culturais, sociais e regionais. Melhor e mais abrangente conhecimento dos comportamentos de autodestruição é fundamental para o desenvolvimento de estratégias de prevenção e de intervenção a todos os níveis de saúde.

- Cluster randomized controlled trial. *BMJ*. 2002; 324: 1254-7.
5. Zeppegno P, Gramaglia C, Castello L, Bert F, Gualano M, Ressico F, et al. Suicide attempts and emergency room psychiatric consultation. *BMC Psychiatry*. 2015; 15: 13: 2-8.
 6. Cornuiu O. The statistical profile of suicide attempts. *Rom J Leg Med*. 2013; 21: 193-6.
 7. Hepp U, Moergeli H, Trier SN, Milos G, Milos G, Schnyder U. Attempted suicide: factors leading to hospitalization. *Can J Psychiatry*. 2004; 49: 736-42.
 8. Schnyder U, Valach L. Suicide attempters in a psychiatric emergency room population. *Gen Hosp Psychiatry*. 1997; 19: 119-29.
 9. 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 Weekly*. 2013; 143: 1-15.
 10. Saraiva, C. Estudos Sobre o Para-Suicídio: o que leva os jovens a espreitar a morte. Coimbra: Redhorse; 2006.
 11. Schmitt R, Chachamovich E, Kapczinski F. Risco de suicídio: avaliação e manejo. In: Kapczinski F, Quevedo J, Schmitt R, Chachamovich E, editores. *Emergências psiquiátricas*. Porto Alegre: Artmed; 2001, p. 149-65.
 12. Saraiva C, Peixoto B, Sampaio D. Suicídio e Comportamentos Autolesivos: Dos conceitos à prática clínica. Lisboa: Libel; 2014.
 13. Santos S, Lovisi G, Legay L, Abelha L. Prevalência de transtornos mentais nas tentativas de suicídio em um hospital de emergência no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25: 2064-74.
 14. Mann J, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, et al. Suicide Prevention Strategies. A Systematic Review. *JAMA*. 2005; 294: 2064-74.
 15. World Health Organization. Preventing suicide: A global imperative. Geneva: WHO; 2014.
 16. Kryzhanovskaya L, Canterbury R. Suicidal behavior in patients with adjustment disorders. *Crisis*. 2001; 22: 125-31.
 17. Manoranjitham SD, Rajkumar AP, Thangadurai P. Risk factors for suicide in rural south India. *Br J Psychiatry*. 2010; 196: 26-30.
 18. Masterton G. Monthly and seasonal variation in parasuicide. A sex difference. *Br J Psychiatry*. 1991; 158: 155-7.
 19. Jessen G, Andersen K, Arensman E, Bille-Brahe U, Crepet P, De Leo D et al. Temporal fluctuations and seasonality in attempted suicide in Europe. Findings from the WHO/EURO multicentre study on parasuicide. *Arch Suicide Res*. 1999; 5: 57-69.
 20. Yip P, Yang K. A comparison of seasonal variation between suicide deaths and attempts in Hong Kong SAR. *J Affect Disord*. 2004; 81: 251-7.
 21. Miller T, Furr-Holden C, Lawrence B, Weiss H. Suicide deaths and nonfatal hospital admissions for deliberate self-harm in the United States: Temporality by day of week and month of year. *Crisis*. 2012; 33:169-77.
 22. Mergl R, Havers I, Althaus D, Rihmer Z, Schmidtke A, Lehfeld H, et al. Seasonality of suicide attempts: association with gender. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2010; 260: 393-400.
 23. Elisei S, Verdolini N, Anastasi S. Suicidal attempts among Emergency Department patients: one-year of clinical experience. *Psychiatria Danubina*. 2012; 24: 140-2.
 24. Hawton K, Arensman E, Wasserman D, Hultn A, Bille-Brahe U, Bjerke T, et al. The relationship between attempted suicide and suicide rates among young people in Europe. *J Epidemiol Community Health*. 1998; 52: 191-4.
 25. Ferreira V, Trichês V. Epidemiological profile of suicide attempts and deaths in a southern Brazilian city. *Psico*. 2014; 45: 219-27.
 26. Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS). Duas fases da saúde: Relatórios de Primavera 2013. Coimbra: Mar da Palavra; 2013.
 27. World Health Organization. Impact of economic crises on mental health. Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe ; 2011.
 28. Wahlbeck K, Mcdaid, D. Actions to alleviate the mental health impact of the economic crisis. *World Psychiatry*. 2012; 11: 139-45.
 29. World Health Organization. Mental Health Action Plan 2013-2020. Geneva: WHO; 2013.
 30. Córdoba-Doña JA, San Sebastián M, Escolar-Pujolar A, Martínez-Faure JE, Gustafsson PE. Economic crisis and suicidal behaviour: the role of unemployment, sex and age in Andalusia, southern Spain. *Int J Equity Health*. 2014; 25: 13-55.
 31. Coryell W, Young E. Clinical predictors of suicide in primary major depressive disorder. *J Clin Psychiatry*. 2005; 66: 412-7.
 32. Runeson B, Tidemalm D, Dahlin M, Lichtenstein P, Långström N. Method of attempted suicide as predictor of subsequent successful suicide: national long term cohort study. *BMJ*. 2010;341:c3222.
 33. Quaglio G, Karapiperis T, Van Woensel L, Arnold E, McDaid D. Austerity and health in Europe. *Health Policy*. 2013; 113: 13-9.
 34. Antonakakis N, Collins A. The impact of fiscal austerity on suicide mortality: Evidence across the 'Eurozone periphery'. *Soc Sci Med*. 2015; 145: 63-78.
 35. Karanikolos M, Mladovsky P, Cylus J, Thomson S, Basu S, Stuckler D, et al. Financial crisis, austerity, and health in Europe. *Lancet*. 2013; 381: 1323-31.
 36. Ásgeirsdóttir H, Ásgeirsdóttir T, Nyberg U, Thorsteinsdóttir T, Mogensen B, Matthiasson P, et al. Suicide attempts and self-harm during a dramatic national economic transition: a population-based study in Iceland. *Eur J Public Health*. 2017;27: 339-45.
 37. De Vogli R, Marmot M, Stuckler D. Excess suicides and attempted suicides in Italy attributable to the great

- recession. *J Epidemiol Community Health*. 2013; 67: 378-9.
38. De Vogli. The financial crisis, health and health inequities in Europe: the need for regulations, redistribution and social protection. *Int J Equity Health*. 2014; 13:58.
 39. Simou E, Koutsogeorgou E. Effects of the economic crisis on health and healthcare in Greece in the literature from 2009 to 2013: a systematic review. *Health policy*. 2014; 115: 111-9.
 40. Xavier AJ. Experiências Emocionais Precoces e (des) Regulação Emocional: Implicações para os Comportamentos Autolesivos na Adolescência. [Tese de doutoramento apresentada à Universidade de Coimbra, 2017. [acedido Dez 2019] Disponível em [https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream :10316 :32327:1:Experi%25C3%25AAsEmocionais Precoces.pdf](https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/32327/1/Experi%C3%AAs%20Emocionais%20Precoces.pdf)
 41. World Health Organization. World report on violence and health. Genève: WHO; 2002.
 42. Haw C, Hawton K, Houston K, Townsend E. Psychiatric and personality disorders in deliberate self-harm patients. *Br J Psychiatry*. 2001; 178: 48-54.
 43. Casey P, Bailey S. Adjustment disorders: the state of the art. *World Psychiatry*. 2011; 10: 11-8.
 44. Bernal M, Haro JM, Bernert S, Brugha T, de Graaf R, Bruffaerts R, et al. Risk factors for suicidality in Europe: results from the ESEMED study. *J Affect Disord*. 2007; 101: 27-34.
 45. Doganay Z, Sunter AT, Guz H, Ozkan A, Altintop L, Kati C, et al. Climatic and diurnal variation in suicide attempts in the ED. *Am J Emerg Med*. 2003; 21: 271-5.
 46. PORDATA. Óbitos de residentes em Portugal por algumas causas de morte. Fundação Francisco Manuel dos Santos. [Consultado 2015 Abr 17]. Disponível em: www.pordata.pt.
 47. Direção-Geral da Saúde. Portugal. Saúde Mental em números – 2014. Programa Nacional para a Saúde Mental. Lisboa:DGS; 2014.
 48. Antão C, Teixeira C, Sousa F, Branco M, Anes E. Evolução temporal do suicídio na Península Ibérica: 1971-2013. *Rev Port Enfer Saúde Mental*. 2018; 6: 93-8.
 49. Loureiro A, Almendra R, Costa C, Santana P. Mortalidade por Suicídio nos Municípios de Portugal Continental: Evolução Espaço-Temporal entre 1980 e 2015. *Acta Med Port*. 2018; 31: 38-44.
 50. Nunes AM. Suicídio em Portugal: um retrato do país. *J Bras Psiquiatr*. 2018; 67: 25-33.
 51. 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.
 52. Georgievski B, Mostert J. The prevalence of Suicidality during the economic crisis in Portugal, Italy, Ireland, Greece and Spain. In *Proceedings of International Academic Conferences (No. 4106199)*. Internat Institute of Social and Economic Sciences. 2016. [acedido Dez 2019] Disponível em: <https://ideas.repec.org/p/sek/iacpro/4106199.html>
 53. Fountoulakis K, Kawohl W, Theodorakis, Kerkhof AJ, Navickas A, Höschl C, et al. Relationship of suicide rates to economic variables in Europe: 2000-2011. *Br J Psychiatry*. 2014; 205: 486-96.
 54. Almendra R, Loureiro A, Santana P. Padrão geográfico e sazonal de internamentos por perturbações mentais. In: Santana P, editor. Território e saúde mental em tempos de crise. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra; 2015.p. 28-35.
 55. Cardoso G, Loureiro A, Mateus P, Silva M, Santana P. Utilização de serviços de saúde mental em Portugal em tempos de crise económica. In: Santana P, editor. Território e saúde mental em tempos de crise. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra; 2015.p. 75-92.
 56. Guerreiro D, Sampaio D. Comportamentos autolesivos em adolescentes: uma revisão da literatura com foco na investigação em língua portuguesa. *Rev Port Saúde Pública*. 2013; 31: 204-13.