

Original em inglês: Baldaçara L, Rocha GA, Leite VS, Porto DM, Grudtner RR, Diaz AP, Meleiro A, Correa H, Tung TC, Quevedo J, da Silva AG. Brazilian Psychiatric Association guidelines for the management of suicidal behavior. Part 1. Risk factors, protective factors, and assessment. Braz J Psychiatry. 2021;43(5):525-37. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0994>

Diretrizes da Associação Brasileira de Psiquiatria para o manejo do comportamento suicida: fatores de risco e de proteção: tradução revisada e ampliada

Brazilian Psychiatric Association guidelines for the management of suicidal behavior: risk factors and protective factors: revised and expanded translation

Directrices de la Asociación Brasileña de Psiquiatria para el manejo de la conducta suicida: factores de riesgo y factores protectores: traducción revisada y ampliada

1 Leonardo Baldaçara  [ORCID](#) - [Lattes](#)

2 Elie Leal de Barros Calfat - [ORCID](#) - [Lattes](#)

3 Gislene Alves da Rocha - [ORCID](#) - [Lattes](#)

4 Verônica da Silveira Leite - [ORCID](#) - [Lattes](#)

5 Deisy Mendes Porto - [ORCID](#) - [Lattes](#)

6 Roberta Rossi Grudtner - [ORCID](#) - [Lattes](#)

7 Alexandre Paim Diaz - [ORCID](#) - [Lattes](#)

8 Alexandrina Maria Augusto da Silva Meleiro - [ORCID](#) - [Lattes](#)

9 Humberto Correa - [ORCID](#) - [Lattes](#)

10 Teng Chei Tung - [ORCID](#) - [Lattes](#)

11 João Quevedo - [ORCID](#) - [Lattes](#)

[12](#) Antônio Geraldo da Silva - [ORCID](#) - [Lattes](#)

Filiação dos autores: **1, 4** [Universidade Federal do Tocantins, UFT, Palmas, TO, Brasil; Associação Brasileira de Psiquiatria, ABP, Rio de Janeiro, RJ, Brasil]; **2** [Associação Brasileira de Psiquiatria, ABP, Rio de Janeiro, RJ, Brasil; Irmandade da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil]; **3** [Associação Brasileira de Psiquiatria, ABP, Rio de Janeiro, RJ, Brasil; Hospital Universitário Clemente de Faria, Universidade Estadual de Montes Claros, Montes Claros, MG, Brasil]; **5, 6, 8** [Associação Brasileira de Psiquiatria, ABP, Rio de Janeiro, RJ, Brasil]; **7, 11** [Translational Psychiatry Program, Faillace Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, McGovern Medical School, The University of Texas Health Science Center at Houston, UTHealth, Houston, TX, USA]; **9** [Associação Brasileira de Psiquiatria, ABP, Rio de Janeiro, RJ, Brasil; Universidade Federal de Minas Gerais, UFMG, Belo Horizonte, MG, Brasil]; **10** [Associação Brasileira de Psiquiatria, ABP, Rio de Janeiro, RJ, Brasil; Instituto de Psiquiatria (IPq), Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, HCFMUSP, São Paulo, SP, Brasil]; **12** [Presidente, Associação Brasileira de Psiquiatria, ABP, Rio de Janeiro, RJ, Brasil]

Conflito de interesses: declaram não haver

Fonte de financiamento: declaram não haver

Parecer CEP: não se aplica

Recebido em: 29/05/2024

Aprovado em: 31/05/2024

Publicado em: 01/07/2024

Como citar: Baldaçara L, Calfat ELB, Rocha GA, Leite VS, Porto DM, Grudtner RR, Diaz AP, Meleiro A, Correa H, Tung TC, Quevedo J, da Silva AG. Diretrizes da Associação Brasileira de Psiquiatria para o manejo do comportamento suicida: fatores de risco e de proteção: tradução revisada e ampliada de: <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0994>. Debates em Psiquiatria, Rio de Janeiro. 2024;14:1-32.

<https://doi.org/10.25118/2763-9037.2024.v14.1256>

RESUMO

Neste artigo serão avaliados os fatores de risco e proteção para futuras tentativas e suicídio completo. Atualmente, não há meios precisos que

2 Debates em Psiquiatria, Rio de Janeiro. 2024;14:1-32

<https://doi.org/10.25118/2763-9037.2024.v14.1256>



garantam a predição do desfecho de uma fatalidade relacionada ao comportamento suicida. Sendo assim, a anamnese, o exame psíquico e a avaliação dos fatores mencionados são as ferramentas atuais que auxiliam na tomada de decisão de pacientes em risco. Tais fatores de risco e proteção são identificados através de estudos epidemiológicos, caso-controle e coortes. O objetivo deste artigo será apresentar tais fatores que foram encontrados na revisão bibliográfica e que apresentam algum nível de evidência para serem utilizados na prática clínica.

Palavras-chave: suicídio, suicídio consumado, tentativa de suicídio, transtornos mentais, diretrizes

ABSTRACT

In this article, the risk and protective factors for future attempts and completed suicide will be evaluated. Currently, there are no precise means that guarantee the prediction of the outcome of a fatality related to suicidal behavior. Therefore, the anamnesis, the mental examination, and the evaluation of the mentioned factors are the current tools that assist in the decision-making of patients at risk. Such risk and protective factors are identified through epidemiological, case-control, and cohort studies. The objective of this article will be to present such factors that were found in the literature review and that show some level of evidence to be used in clinical practice.

Keywords: suicide, completed suicide, suicide attempt, mental disorders, guidelines

RESUMEN

En este artículo se evaluarán los factores de riesgo y protectores para futuros intentos y suicidio consumado. Actualmente, no existen medios precisos que garanticen la predicción del desenlace de una fatalidad relacionada con una conducta suicida. Por tanto, la anamnesis, el examen mental y la evaluación de los factores mencionados son las herramientas actuales que ayudan en la toma de decisiones de los pacientes de riesgo. Estos factores de riesgo y de protección se identifican mediante estudios epidemiológicos, de casos y controles y de cohortes. El objetivo de este artículo será presentar aquellos factores que se encontraron en la revisión de la literatura y que muestran algún nivel de evidencia para ser utilizados en la práctica clínica.

Palabras clave: suicidio, suicidio consumado, intento de suicidio, trastornos mentales, pautas

Introdução

Neste artigo serão avaliados os fatores de risco e proteção para futuras tentativas e suicídio completo. Atualmente, não há meios precisos que garantam a predição do desfecho de uma fatalidade relacionada ao comportamento suicida. Sendo assim, a anamnese, o exame psíquico e a avaliação dos fatores mencionados são as ferramentas atuais que auxiliam na tomada de decisão de pacientes em risco. Tais fatores de risco e proteção são identificados através de estudos epidemiológicos, caso-controle e coortes. O objetivo deste artigo será apresentar tais fatores que foram encontrados na revisão bibliográfica e que apresentam algum nível de evidência para serem utilizados na prática clínica.

Definições

A definição de comportamento suicida é altamente variável, imprecisa e muda frequentemente, especificamente no que diz respeito ao comportamento suicida não fatal e à ideação suicida (pensamentos graves e recorrentes de dar fim a própria vida), planos suicidas e tentativas de suicídio. Contudo, Meyer e colaboradores propuseram abandonar este termo, o autor sugere o uso de ideação suicida, comportamento suicida e suicídio como termos preferenciais.

Nesta diretriz, vamos padronizar os termos conforme descrito na primeira descrição [[Quadro 1](#)] [[1](#) - [3](#)].

Fatores de risco

Fatores de risco para o suicídio foram investigados em níveis populacionais e individuais; somados a fatores predisponentes e eventos precipitantes foram examinados, principalmente à nível individual. Cada um destes fatores pode ser mediado por características genéticas, psicológicas e de personalidade tornando os modelos explanatórios complexos e de difícil interpretação [[3](#), [4](#)].

Pacientes procurando ajuda para comportamento suicida devem ser submetidos a avaliação de risco e manejo para identificar aqueles que necessitam de supervisão intensiva e que devem receber maiores cuidados clínicos [[5](#) - [9](#)]. Alguns autores propõem que os fatores de risco não podem

ser definidos e identificados de uma maneira isolada e precisa e que as fatalidades ocorrem devido a uma soma de múltiplas variáveis [5]. Existe ainda pouca evidência estatística robusta para justificar o uso isolado desses fatores de risco portanto, no futuro, estudos de coorte usando metodologia multivariável devem elucidar a associação de variáveis independentes associadas ao suicídio existente [5]. Psiquiatras e outros médicos devem ser cuidadosos em não reduzir o manejo do paciente há uma busca por informação específica ao invés de combinar a história do paciente com fatores de risco fatores de proteção acesso a recursos de saúde motivações e redes de suporte psicológico [8, 9].

A literatura sugere uma associação entre os alegados fatores de alto risco e o suicídio completo [5, 7, 8, 10, 11]. Contudo uma metanálise demonstrou que aproximadamente metade de todos os suicídios podem acontecer em grupos com baixo risco e que 95% dos pacientes de alto risco não cometem suicídio. Desta forma estes achados devem ser interpretados com cuidado [5].

Em outro estudo nenhum fator ou combinação de fatores esteve fortemente associado com o suicídio no ano após a alta entre os pacientes que estiveram hospitalizados por comportamento suicida. Aproximadamente 3% dos pacientes que foram classificados como estando em alto risco provavelmente podem cometer suicídio no ano seguinte após a alta enquanto 60% dos pacientes que cometem suicídio estão mais provavelmente classificados como de baixo risco [3, 12].

É importante salientar que não existem fatores de risco universal e cada um dos fatores de risco observados em pesquisa somente são detectados depois da comparação entre diferentes variáveis. Os [Quadros 2](#) e [3](#) mostram os principais fatores de risco identificados até hoje. Contudo é importante enfatizar que nenhum fator de risco isoladamente é preditivo de uma tentativa ou do suicídio completo. Geralmente a soma de diversos fatores acrescenta-se a doença sintomática é o gatilho para o evento. Nós apresentamos apenas fatores de risco para tentativas e morte uma vez que estes são os principais eventos a serem evitados.

Exceto pela história prévia não há ainda hoje dados suficientes em literatura que diferenciem fatores de risco para tentativas ou suicídio completo ao longo da vida daqueles fatores de risco para eventos

imediatos. Portanto a avaliação clínica deve sempre prevalecer no manejo destes pacientes [3].

Genética

O comportamento suicida é alto entre familiares de indivíduos que tentam ou completam o suicídio [74]. Evidências de uma multitude de desenhos de pesquisa (adoção, família, varredura genômica, geográfica, imigrante, genética molecular, sobrenome e estudos de gêmeos sobre suicídio) sugerem contribuições genéticas para o risco de suicídio [74, 75]. Estimativas de herdabilidade do comportamento suicida a partir de estudos de gêmeos variam de 30 a 55%, e estudos de gêmeos e familiares sugerem que a etiologia genética da tentativa de suicídio é parcialmente distinta daquela dos transtornos psiquiátricos em si [43, 74, 75].

O grande número de meta-análises publicadas sobre as associações entre polimorfismos de nucleotídeo único (SNPs) e comportamento suicida reflete o enorme interesse de pesquisa neste tópico. Embora uma meta-análise anterior tenha observado semelhanças em alguns estudos, os tamanhos dos efeitos foram pequenos e raramente estatisticamente significativos, e houve uma heterogeneidade substancial [76]. Por essa razão, e como é uma área muito bem estudada cujos resultados estão constantemente mudando, limitar-nos-emos a apresentar apenas os resultados positivos mais relevantes.

Dados demográficos

Em números absolutos a mortalidade por suicídio tem seu pico entre os 15 e 29 anos, entre as crianças de 10 a 14 anos de idade, o suicídio é a terceira causa mais comum de morte e a segunda mais comum até os 34 anos de idade [77]. A proporção entre homens e mulheres varia de acordo com o estudo e a região [55, 63, 77]. Entre os homossexuais e bissexuais também há maior risco [38] bem como ser a única criança na família, baixo nível educacional [16], solteiro ou divorciado [72], ser presidiário [65].

Variáveis sócio econômicas influenciam apenas através da sua interação com outros fatores de risco e principalmente com outras doenças mentais. Inúmeros fatores foram observados idade, sexo, etnia, e parâmetros relacionados; Status social (Baixa renda, baixa e equidade na renda, Desemprego, baixa educação e Baixo suporte social; vizinhança (moradias inadequadas, superlotação das casas e violência doméstica. Impactos

ambientais como mudanças climáticas, catástrofes naturais, guerras, conflitos e migração [77].

Uma observação importante é que a definição de uma variável ser um risco aumentado ou proteção dependerá do grupo de referência [72]. De acordo com o CDC, Por exemplo, pessoas entre 60 e 64 anos de idade tem uma maior prevalência de mortes por suicídio que crianças entre cinco a nove anos, porém uma menor prevalência na taxa de mortes por suicídio do que aqueles entre 80 e 84 anos [72]. Nesse sentido, está entre 60 e 64 anos é considerado um fator de risco para suicídio somente se comparado ao grupo pediátrico [72, 78]. Ao mesmo tempo estar entre 65 e quatro anos de idade pode também ser um fator de corretivo quando comparado ao grupo com idades de 80 a 84 anos [72].

Idade, Sexo, raça etnia, tipo os familiares, nível educacional, status empregatício, status sócio-econômico podem ser fatores de risco para tentativas ou morte por suicídio contudo, A força individual desses fatores depende do grupo de referência [72].

Fatores psicológicos, estresse e fatores externos

Alguns estressores psicológicos e outros fatores externos associados ao comportamento suicida incluem afiliação e apego [15], violência [15], bullying [28], mudanças de vida [28], maltrato infantil [28], abuso sexual infantil [28, 30, 31], violência na comunidade [28], violência em relacionamentos [28], dificuldades em relações interpessoais [67], exposição a pensamentos e comportamentos de auto mutilação de terceiros (por exemplo, amigos membros da família colegas de escola e etc) [36], história familiar de comportamentos de auto mutilação e pensamentos sentimentos de frustração [36], pouca recompensa [15], desesperança [15], prejuízo da inibição cognitiva em transtornos de humor [39], mau funcionamento de sistemas cognitivos como por exemplo impulsivo idade e problemas na atenção, baixo funcionamento psico social em crianças que foram abusadas sexualmente [31], baixa auto estima, eventos de vida negativos [16], neuroticismo [15], baixa percepção e entendimento de si mesmo [15], baixo controle da raiva, fraco relacionamentos com familiares [16], ruminções [15], e suicídio entre parentes [16].

Fatores de saúde e físicos

Poucas variáveis foram significativas para esta categoria: função neuroendócrina [15], níveis mais altos de cortisol abaixo dos 40 anos [37], e níveis lipídicos mais baixos [41] são as principais descobertas. Outros incluem dor física [42] e sono-vigília [15].

História pregressa de comportamento suicida

Informações sobre comportamento suicida anterior são as mais importantes e, juntamente com o tratamento da doença mental, entre os fatores mais suscetíveis à intervenção. Tentativas anteriores de suicídio [31], pensamentos e comportamentos autolesivos [36], ideação suicida e planos suicidas [36], suicídio de parentes [16], automutilação deliberada [36] (associado a outros fatores), expressão de ideação suicida no primeiro ano de acompanhamento [69], e histórico familiar de suicídio [58] são os eventos mais relevantes.

Os clínicos devem estar especialmente atentos em casos de repetição de tentativas de suicídio, manutenção de ideação suicida, apesar de todos os esforços no tratamento, tentativas anteriores de suicídio graves e se o comportamento suicida ocorrer em conjunto com sintomas ativos de doença mental.

Autolesão não suicida e comportamento suicida

Nem todos os casos de autolesão não suicida e comportamento suicida estão relacionados a futuras tentativas ou suicídio. Existem poucas informações que possam prever os grupos de maior risco. Até agora, os seguintes fatores foram identificados como significativos (nível de evidência 4): frequência de autolesão não-suicida (NSSI), número de métodos NSSI, desesperança, transtorno de personalidade limítrofe, impulsividade, transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), uso de corte como método NSSI e depressão [40]. O risco também deve ser considerado quando o comportamento do NSSI está associado a outros fatores de risco para comportamento suicida, especialmente tentativas anteriores de suicídio [31], pensamentos e comportamentos autolesivos [36], ideação suicida e planos suicidas [36], e suicídio de parentes [16].

Quais os transtornos ou doenças mentais estão mais relacionadas ao comportamento suicida?

Transtornos de humor [16, 55, 67, 79] são o principal diagnóstico associado ao comportamento suicida. O segundo fator mais frequente é o uso e abuso de substâncias, incluindo o uso agudo de álcool [14], qualquer uso de álcool [16, 55] transtorno do uso de substâncias [16, 46, 51, 55] uso crônico de cannabis [32] e fumar [16, 50]. Outros diagnósticos frequentes são transtorno de personalidade [55] (especialmente transtorno de personalidade limítrofe) [61], transtornos psicóticos como esquizofrenia [46], incluindo esquizofrenia com distúrbio do sono [49] e esquizofrenia com comorbidade física ou histórico de depressão, histórico familiar de suicídio ou histórico de uso de drogas ou histórico de uso de tabaco ou ser branco, e sintomas depressivos [46], esquizofrenia em homens com histórico de tentativa de suicídio e idade mais jovem [46], e esquizofrenia com maior quociente de inteligência ou baixa adesão ao tratamento ou desesperança [46]. Transtornos de ansiedade [28] associado ao suicídio incluem transtorno de pânico com transtorno do sono [54] e TEPT com distúrbio do sono [49]. Outros diagnósticos importantes são anorexia nervosa [61], distúrbio dismórfico do corpo [80], e distúrbios do sono (insônia, parasônias e distúrbios respiratórios relacionados ao sono) na presença de transtornos psiquiátricos [49].

Independentemente do diagnóstico, é importante lembrar que o comportamento suicida é uma complicação da doença mental, e sua presença significa que a melhora ainda não foi alcançada. Portanto, a presença de ideações e tentativas suicidas deve ser considerada e abordada como a presença de um episódio ou crise. O [Quadro 4](#) lista os principais transtornos mentais relacionados ao comportamento suicida.

O uso de antidepressivos aumenta o risco de suicídio?

Na opinião de vários especialistas, o uso de antidepressivos pode aumentar o risco de suicídio no início do tratamento. Essas informações precisam ser analisadas cuidadosamente. Para a população pediátrica, há um aumento modesto no suicídio [57]. Medicamentos antidepressivos podem melhorar as tentativas de suicídio a curto prazo em comparação com um placebo [19], enquanto o uso seletivo de inibidores seletivos da recaptação de serotonina (SSRI) pode estar relacionado ao suicídio completo em adolescentes deprimidos [73].

Para os jovens, não foram encontrados efeitos significativos do tratamento em pensamentos e comportamentos suicidas, embora a depressão tenha respondido ao tratamento. Nenhuma evidência de aumento do risco de

suicídio foi observada em jovens que receberam medicação ativa [83]. Em contraste, a exposição a ISRSs quase dobrou (odds ratio [OR] = 1,92) o risco de suicídio e tentativas de suicídio entre adolescentes nesses estudos observacionais. É possível que apenas os adolescentes mais gravemente doentes tenham recebido antidepressivos, então essa amostra observacional pode muito bem ter tido um risco particularmente alto de ações suicidas. No entanto, cautela e monitoramento próximo são recomendados quando antidepressivos são prescritos nessa faixa etária [84].

Deve-se prestar atenção ao fato de que o transtorno bipolar geralmente começa na infância e pode levar a um primeiro episódio depressivo, o que pode resultar na prescrição de antidepressivos, assumindo um episódio depressivo unipolar. Nesses casos, ainda há o risco de piorar os sintomas de agitação psicomotora e impulsividade, o que já deve ser uma preocupação ao prescrever antidepressivos à população pediátrica.

Por outro lado, em uma meta-análise, a prescrição de fluoxetina e venlafaxina diminuiu os pensamentos e comportamentos suicidas ao longo do tempo em pacientes adultos e geriátricos em comparação com um placebo, reduzindo os sintomas depressivos. Para os jovens, não foram encontrados efeitos significativos do tratamento em pensamentos e comportamentos suicidas, embora a depressão tenha respondido ao tratamento. Não havia evidências de um risco aumentado de suicídio em jovens que tomavam medicação. Outro estudo concluiu que as evidências que apoiam umnexo causal entre o uso de antidepressivos e o suicídio em crianças são fracas [85].

O que propomos, então, é que o tratamento é uma maneira de reduzir o risco de tentativa e conclusão do suicídio; no entanto, no caso dos antidepressivos, é necessária uma vigilância mais próxima nos primeiros 30 dias, especialmente em jovens.

A avaliação do suicídio aumenta o risco de suicídio?

Uma meta-análise concluiu que a avaliação do suicídio em relação a resultados negativos não demonstrou efeitos iatrogênicos significativos ou apoiou a adequação da triagem universal para o suicídio, o que deve dissipar os temores de que a avaliação do suicídio é prejudicial [86]. Apesar da associação aparentemente forte entre a categorização de alto risco e o

suicídio subsequente, a baixa taxa de suicídio de pacientes internados significa que o valor preditivo de uma categorização de alto risco está abaixo de 2%. Recomenda-se que os hospitais desenvolvam ambientes mais seguros, melhorando os sistemas de atendimento para reduzir o suicídio de pacientes psiquiátricos internados, em vez de realizar avaliações de risco [58]. Portanto, tal abordagem ao comportamento suicida não pode ser um fator de risco, mas um fator de proteção.

Conclusão para fatores de risco

Existem muitos fatores de risco para tentativa de suicídio completo, e não há um único fator capaz de prever eventos de curto ou longo prazo. Portanto, a avaliação deve ser completa, individualizada e considerar a combinação de múltiplos fatores, com ênfase particular no histórico pessoal e familiar de comportamento suicida, presença de doença mental aguda e estressores que os indivíduos têm dificuldade em lidar.

Fatores de proteção

Há muito menos dados sobre fatores de proteção do que sobre fatores de risco. Fatores de proteção conhecidos são apresentados no [Quadro 5](#). Tais fatores podem reduzir a chance de uma nova tentativa ou morte. No entanto, fatores de proteção não substituem a presença de vários fatores de risco, e as melhores medidas a serem oferecidas ao paciente são a vigilância e o tratamento. Note-se que, em algumas situações, o tratamento psicofarmacológico é protetor, reforçando novamente a importância do tratamento na prevenção do suicídio. Para medicamentos, apresentamos apenas as melhores evidências disponíveis nesta tabela. Outras opções serão apresentadas no item "Intervenção" no próximo artigo desta diretriz [87].

Conclusão para fatores de proteção

Há menos fatores de proteção identificados na literatura, e as mesmas regras que se aplicam aos fatores de risco se aplicam a eles. Nenhum fator de proteção pode ser considerado como garantia de que um evento fatal não ocorrerá. A presença de fatores de proteção ajuda, mas não substitui o tratamento e o monitoramento. Pacientes com fatores de proteção, mas com vários fatores de risco, devem ser tratados com cautela.

Referências

1. Baldaçara L, Grudtner RR, Leite VS, Porto DM, Robis KP, Fidalgo TM, Rocha GA, Diaz AP, Meleiro A, Correa H, Tung TC, Malloy-Diniz L, Quevedo J, Silva AG. Brazilian Psychiatric Association guidelines for the management of suicidal behavior. Part 2. Screening, intervention, and prevention. *Braz J Psychiatry*. 2021;43(5):538-49. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-1108> PMID:33331533
PMCID:PMC8555636
2. Baldaçara L, Meleiro A, Quevedo J, Vallada H, Silva AG. Epidemiology of suicides in Brazil: a systematic review. *Glob Psychiatry Arch*. 2022;5(1):10-25. <https://doi.org/10.52095/gp.2022.4377.1035>
3. Baldaçara L, Rocha GA, Leite VS, Porto DM, Grudtner RR, Diaz AP, Meleiro A, Correa H, Tung TC, Quevedo J, Silva AG. Brazilian Psychiatric Association guidelines for the management of suicidal behavior. Part 1. Risk factors, protective factors, and assessment. *Braz J Psychiatry*. 2021;43(5):525-37. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0994> PMID:33111773
PMCID:PMC8555650
4. Fazel S, Runeson B. Suicide. *N Engl J Med*. 2020;382(3):266-74. <https://doi.org/10.1056/nejmra1902944> PMID:31940700 -
PMCID:PMC7116087
5. Large M, Kaneson M, Myles N, Myles H, Gunaratne P, Ryan C. Meta-analysis of longitudinal cohort studies of suicide risk assessment among psychiatric patients: heterogeneity in results and lack of improvement over time. *PLoS One*. 2016;11(6):e0156322. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0156322> PMID:27285387
PMCID:PMC4902221
6. Large M, Myles N, Myles H, Corderoy A, Weiser M, Davidson M, Ryan CJ. Suicide risk assessment among psychiatric inpatients: a systematic review and meta-analysis of high-risk categories. *Psychol Med*. 2018;48(7):1119-27. <https://doi.org/10.1017/s0033291717002537> PMID:28874218

7. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, van Heeringen K, Arensman E, Sarchiapone M, Carli V, Hoschl C, Barzilay R, Balazs J, Purebl G, Kahn JP, Sáiz PA, Lipsicas CB, Bobes J, Cozman D, Hegerl U, Zohar J. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry*. 2016;3(7):646-59. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(16\)30030-x](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(16)30030-x) PMID:27289303
8. Baldaçara L, Cordeiro DC, Calfat EB, Cordeiro Q, Tung TC. *Emergências psiquiátricas*. 2. ed. Rio de Janeiro: GEN Guanabara Koogan; 2018.
9. Baldaçara L, Silva AG. *Suporte em emergências psiquiátricas (SEP)*. Belo Horizonte: Editora Ampla; 2021.
10. Belsher BE, Smolenski DJ, Pruitt LD, Bush NE, Beech EH, Workman DE, Morgan RL, Evatt DP, Tucker J, Skopp NA. Prediction models for suicide attempts and deaths: a systematic review and simulation. *JAMA Psychiatry*. 2019;76(6):642-51. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.0174> PMID:30865249
11. Posner K, Brown GK, Stanley B, Brent DA, Yershova KV, Oquendo MA, Currier GW, Melvin GA, Greenhill L, Shen S, Mann JJ. The columbia-suicide severity rating scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *Am J Psychiatry*. 2011;168(12):1266-77. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.10111704> PMID:22193671 PMCID:PMC3893686
12. Large M, Sharma S, Cannon E, Ryan C, Nielssen O. Risk factors for suicide within a year of discharge from psychiatric hospital: a systematic meta-analysis. *Aust N Z J Psychiatry*. 2011;45(8):619-28. <https://doi.org/10.3109/00048674.2011.590465> PMID:21740345
13. Posner K, Oquendo MA, Gould M, Stanley B, Davies M. Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): classification of suicidal events in the FDA's pediatric suicidal risk analysis of antidepressants. *Am J Psychiatry*. 2007;164(7):1035-43. <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.7.1035> PMID:17606655 PMCID:PMC3804920

14. Borges G, Bagge CL, Cherpitel CJ, Conner KR, Orozco R, Rossow I. A meta-analysis of acute use of alcohol and the risk of suicide attempt. *Psychol Med*. 2017;47(5):949-57. <https://doi.org/10.1017/s0033291716002841> PMID:27928972
PMCID:PMC5340592
15. Glenn CR, Kleiman EM, Cha CB, Deming CA, Franklin JC, Nock MK. Understanding suicide risk within the Research Domain Criteria (RDoC) framework: a meta-analytic review. *Depress Anxiety*. 2018;35(1):65-88. <https://doi.org/10.1002/da.22686>
PMID:29064611 - PMCID:PMC5760472
16. Li Y, Li Y, Cao J. Factors associated with suicidal behaviors in mainland China: a meta-analysis. *BMC Public Health*. 2012;12:524. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-524> PMID:22800121
PMCID:PMC3490836
17. Darvishi N, Farhadi M, Haghtalab T, Poorolajal J. Alcohol-related risk of suicidal ideation, suicide attempt, and completed suicide: a meta-analysis. *PLoS One*. 2015;10(5):e0126870. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0126870> PMID:25993344
PMCID:PMC4439031
18. Bridge JA, Iyengar S, Salary CB, Barbe RP, Birmaher B, Pincus HA, Ren L, Brent DA. Clinical response and risk for reported suicidal ideation and suicide attempts in pediatric antidepressant treatment: a meta-analysis of randomized controlled trials. *JAMA*. 2007;297(15):1683-96. <https://doi.org/10.1001/jama.297.15.1683>
PMID:17440145
19. Mosholder AD, Willy M. Suicidal adverse events in pediatric randomized, controlled clinical trials of antidepressant drugs are associated with active drug treatment: a meta-analysis. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2006;16(1-2):25-32. <https://doi.org/10.1089/cap.2006.16.25> PMID:16553526
20. Bentley KH, Franklin JC, Ribeiro JD, Kleiman EM, Fox KR, Nock MK. Anxiety and its disorders as risk factors for suicidal thoughts and behaviors: a meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*.

2016;43:30-46. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.11.008>
PMID:26688478 - PMCID:PMC4771521

21. Kanwar A, Malik S, Prokop LJ, Sim LA, Feldstein D, Wang Z, Murad MH. The association between anxiety disorders and suicidal behaviors: a systematic review and meta-analysis. *Depress Anxiety*. 2013;30(10):917-29. <https://doi.org/10.1002/da.22074>
PMID:23408488
22. Zai CC, Manchia M, De Luca V, Tiwari AK, Chowdhury NI, Zai GC, Tong RP, Yilmaz Z, Shaikh SA, Strauss J, Kennedy JL. The brain-derived neurotrophic factor gene in suicidal behaviour: a meta-analysis. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2012;15(8):1037-42. <https://doi.org/10.1017/s1461145711001313> PMID:21875455
23. Novick DM, Swartz HA, Frank E. Suicide attempts in bipolar I and bipolar II disorder: a review and meta-analysis of the evidence. *Bipolar Disord*. 2010;12(1):1-9. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2009.00786.x> PMID:20148862 - PMCID:PMC4536929
24. Yatham LN, Kennedy SH, Parikh SV, Schaffer A, Bond DJ, Frey BN, Sharma V, Goldstein BI, Rej S, Beaulieu S, Alda M, MacQueen G, Milev RV, Ravindran A, O'Donovan C, McIntosh D, Lam RW, Vazquez G, Kapczinski F, McIntyre RS, Kozicky J, Kanba S, Lafer B, Suppes T, Calabrese JR, Vieta E, Malhi G, Post RM, Berk M. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2018;20(2):97-170. <https://doi.org/10.1111/bdi.12609>
PMID:29536616 - PMCID:PMC5947163
25. Hunt GE, Malhi GS, Cleary M, Lai HM, Sitharthan T. Prevalence of comorbid bipolar and substance use disorders in clinical settings, 1990-2015: systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2016;206:331-49. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.07.011>
PMID:27476137
26. Fracalanza KA, McCabe RE, Taylor VH, Antony MM. Bipolar disorder comorbidity in anxiety disorders: relationship to demographic profile, symptom severity, and functional impairment. *Eur J Psychiat*. 2011;25(4):223-33. <https://doi.org/10.4321/S0213-61632011000400005>































27. Phillips KA. Suicidality in body dysmorphic disorder. *Prim psychiatry*. 2007;14(12):58-66. PMID:18449358
PMCID:PMC2361388
28. Castellví P, Miranda-Mendizábal A, Parés-Badell O, Almenara J, Alonso I, Blasco MJ, Cebrià A, Gabilondo A, Gili M, Lagares C, Piqueras JA, Roca M, Rodríguez-Marín J, Rodríguez-Jimenez T, Soto-Sanz V, Alonso J. Exposure to violence, a risk for suicide in youths and young adults. A meta-analysis of longitudinal studies. *Acta Psychiatr Scand*. 2017;135(3):195-211.
<https://doi.org/10.1111/acps.12679> PMID:27995627
29. Liu J, Fang Y, Gong J, Cui X, Meng T, Xiao B, He Y, Shen Y, Luo X. Associations between suicidal behavior and childhood abuse and neglect: a meta-analysis. *J Affect Disord*. 2017;220:147-55.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.03.060> PMID:28623759
30. Brewer-Smyth K. Obesity, traumatic brain injury, childhood abuse, and suicide attempts in females at risk. *Rehabil Nurs*. 2014;39(4):183-91. <https://doi.org/10.1002/rnj.150>
PMID:24668743 - PMCID:PMC4227609
31. Grendas LN, Rojas SM, Puppo S, Vidjen P, Portela A, Chiapella L, Rodante DE, Daray FM. Interaction between prospective risk factors in the prediction of suicide risk. *J Affect Disord*. 2019;258:144-50.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.07.071> PMID:31401542
32. Borges G, Bagge CL, Orozco R. A literature review and meta-analyses of cannabis use and suicidality. *J Affect Disord*. 2016;195:63-74. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.02.007>
PMID:26872332
33. Wang YH, Shi ZT, Luo QY. Association of depressive symptoms and suicidal ideation among university students in China: a systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2017;96(13):e6476.
<https://doi.org/10.1097/md.0000000000006476> PMID:28353586
PMCID:PMC5380270

34. McGinty J, Sayeed Haque M, Upthegrove R. Depression during first episode psychosis and subsequent suicide risk: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Schizophr Res.* 2018;195:58-66. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.09.040> PMID:28982553
35. Zatti C, Rosa V, Barros A, Valdivia L, Calegario VC, Freitas LH, Ceresér KMM, Rocha NSD, Bastos AG, Schuch FB. Childhood trauma and suicide attempt: a meta-analysis of longitudinal studies from the last decade. *Psychiatry Res.* 2017;256:353-8. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.06.082> PMID:28683433
36. Ribeiro JD, Franklin JC, Fox KR, Bentley KH, Kleiman EM, Chang BP, Nock MK. Self-injurious thoughts and behaviors as risk factors for future suicide ideation, attempts, and death: a meta-analysis of longitudinal studies. *Psychol Med.* 2016;46(2):225-36. <https://doi.org/10.1017/s0033291715001804> PMID:26370729
PMCID:PMC4774896
37. O'Connor DB, Ferguson E, Green JA, O'Carroll RE, O'Connor RC. Cortisol levels and suicidal behavior: a meta-analysis. *Psychoneuroendocrinology.* 2016;63:370-9. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2015.10.011> PMID:26555430
38. Miranda-Mendizábal A, Castellví P, Parés-Badell O, Almenara J, Alonso I, Blasco MJ, Cebrià A, Gabilondo A, Gili M, Lagares C, Piqueras JA, Roca M, Rodríguez-Marín J, Rodríguez-Jiménez T, Soto-Sanz V, Vilagut G, Alonso J. Sexual orientation and suicidal behaviour in adolescents and young adults: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry.* 2017;211(2):77-87. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.196345> PMID:28254960
39. Richard-Devantoy S, Gorwood P, Annweiler C, Olié JP, Le Gall D, Beauchet O. Suicidal behaviours in affective disorders: a deficit of cognitive inhibition? *Can J Psychiatry.* 2012;57(4):254-62. <https://doi.org/10.1177/070674371205700409> PMID:22480591
40. Victor SE, Klonsky ED. Correlates of suicide attempts among self-injurers: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2014;34(4):282-97. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.03.005> PMID:24742496

41. Wu S, Ding Y, Wu F, Xie G, Hou J, Mao P. Serum lipid levels and suicidality: a meta-analysis of 65 epidemiological studies. *J Psychiatry Neurosci*. 2016;41(1):56-69.
<https://doi.org/10.1503/jpn.150079> PMID:26505144
PMCID:PMC4688029
42. Calati R, Laglaoui Bakhiyi C, Artero S, Ilgen M, Courtet P. The impact of physical pain on suicidal thoughts and behaviors: meta-analyses. *J Psychiatr Res*. 2015;71:16-32.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2015.09.004> PMID:26522868
43. Mullins N, Bigdeli TB, Borglum AD, Coleman JRI, Demontis D, Mehta D, Power RA, Ripke S, Stahl EA, Starnawska A, Anjorin A; M.R.C.Psych; Corvin A, Sanders AR, Forstner AJ, Reif A, Koller AC, Swiatkowska B, Baune BT, Müller-Myhsok B, Penninx BWJH, Pato C, Zai C, Rujescu D, Hougaard DM, Quedsted D, Levinson DF, Binder EB, Byrne EM, Agerbo E; Dr.Med.Sc; Streit F, Mayoral F, Bellivier F, Degenhardt F, Breen G, Morken G, Turecki G, Rouleau GA, Grabe HJ, Volzke H, Jones I, Giegling I, Agartz I, Melle I, Lawrence J; M.R.C.Psych; Walters JTR, Strohmaier J, Shi J, Hauser J, Biernacka JM, Vincent JB, Kelsoe J, Strauss JS, Lissowska J, Pimm J; M.R.C.Psych; Smoller JW, Guzman-Parra J, Berger K, Scott LJ, Jones LA, Azevedo MH, Trzaskowski M, Kogevinas M, Rietschel M, Boks M, Ising M, Grigoriou-Serbanescu M, Hamshere ML, Leboyer M, Frye M, Nothen MM, Alda M, Preisig M, Nordentoft M, Boehnke M, O'Donovan MC, Owen MJ, Pato MT, Renteria ME, Budde M; Dipl.-Psych; Weissman MM, Wray NR, Bass N; M.R.C.Psych; Craddock N, Smeland OB, Andreassen OA, Mors O, Gejman PV, Sklar P, McGrath P, Hoffmann P, McGuffin P, Lee PH, Mortensen PB, Kahn RS, Ophoff RA, Adolfsson R, Van der Auwera S, Djurovic S, Kloiber S, Heilmann-Heimbach S, Jamain S, Hamilton SP, McElroy SL, Lucae S, Cichon S, Schulze TG, Hansen T, Werge T, Air TM, Nimgaonkar V, Appadurai V, Cahn W, Milaneschi Y; Major Depressive Disorder Working Group of the Psychiatric Genomics Consortium; Bipolar Disorder Working Group of the Psychiatric Genomics Consortium; Schizophrenia Working Group of the Psychiatric Genomics Consortium; Fanous AH, Kendler KS, McQuillin A, Lewis CM. GWAS of suicide attempt in psychiatric disorders and association with major depression polygenic risk scores. *Am J Psychiatry*. 2019;176(8):651-60.

<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2019.18080957> PMID:31164008
PMCID:PMC6675659

44. Gournellis R, Tournikioti K, Touloumi G, Thomadakis C, Michalopoulou PG, Christodoulou C, Papadopoulou A, Douzenis A. Psychotic (delusional) depression and suicidal attempts: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand*. 2018;137(1):18-29. <https://doi.org/10.1111/acps.12826> PMID:29178463
45. Panagioti M, Gooding PA, Triantafyllou K, Tarrier N. Suicidality and posttraumatic stress disorder (PTSD) in adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2015;50(4):525-37. <https://doi.org/10.1007/s00127-014-0978-x> PMID:25398198
46. Cassidy RM, Yang F, Kapczinski F, Passos IC. Risk factors for suicidality in patients with schizophrenia: a systematic review, meta-analysis, and meta-regression of 96 studies. *Schizophr Bull*. 2018;44(4):787-97. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbx131> PMID:29036388 - PMCID:PMC6007264
47. Li D, He L. Meta-analysis supports association between serotonin transporter (5-HTT) and suicidal behavior. *Mol Psychiatry*. 2007;12(1):47-54. <https://doi.org/10.1038/sj.mp.4001890> PMID:16969368
48. Anguelova M, Benkelfat C, Turecki G. A systematic review of association studies investigating genes coding for serotonin receptors and the serotonin transporter: II. Suicidal behavior. *Mol Psychiatry*. 2003;8(7):646-53. <https://doi.org/10.1038/sj.mp.4001336> PMID:12874600
49. Malik S, Kanwar A, Sim LA, Prokop LJ, Wang Z, Benkhadra K, Murad MH. The association between sleep disturbances and suicidal behaviors in patients with psychiatric diagnoses: a systematic review and meta-analysis. *Syst Rev*. 2014;3:18. <https://doi.org/10.1186/2046-4053-3-18> PMID:24568642
PMCID:PMC3945796
50. Poorolajal J, Darvishi N. Smoking and suicide: a meta-analysis. *PLoS One*. 2016;11(7):e0156348.

-  <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0156348> PMID:27391330 -
 PMCID:PMC4938402
-  51. Poorolajal J, Haghtalab T, Farhadi M, Darvishi N. Substance use disorder and risk of suicidal ideation, suicide attempt and suicide death: a meta-analysis. J Public Health (Oxf). 2016;38(3):e282-91. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdv148> PMID:26503486
-     52. Ottenhof KW, Sild M, Lévesque ML, Ruhé HG, Booij L. TPH2 polymorphisms across the spectrum of psychiatric morbidity: a systematic review and meta-analysis. Neurosci Biobehav Rev. 2018;92:29-42. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2018.05.018> PMID:29775696
-   53. Milner A, Page A, LaMontagne AD. Long-term unemployment and suicide: a systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2013;8(1):e51333. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0051333> PMID:23341881 - PMCID:PMC3547020
-   54. Birckmayer J, Hemenway D. Minimum-age drinking laws and youth suicide, 1970-1990. Am J Public Health. 1999;89(9):1365-8. <https://doi.org/10.2105/ajph.89.9.1365> PMID:10474554 PMCID:PMC1508754
-      55. Arsenault-Lapierre G, Kim C, Turecki G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. BMC Psychiatry. 2004;4:37. <https://doi.org/10.1186/1471-244x-4-37> PMID:15527502 PMCID:PMC534107
-          
-   56. Pompili M, Mancinelli I, Girardi P, Ruberto A, Tatarelli R. Suicide in anorexia nervosa: a meta-analysis. Int J Eat Disord. 2004;36(1):99-103. <https://doi.org/10.1002/eat.20011> PMID:15185278
-   57. Hammad TA, Laughren T, Racoosin J. Suicidality in pediatric patients treated with antidepressant drugs. Arch Gen Psychiatry. 2006;63(3):332-9. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.3.332> PMID:16520440

58. Large M, Smith G, Sharma S, Nielsens O, Singh SP. Systematic review and meta-analysis of the clinical factors associated with the suicide of psychiatric in-patients. *Acta Psychiatr Scand.* 2011;124(1):18-29. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2010.01672.x> PMID:21261599
59. Plans L, Nieto E, Benabarre A, Vieta E. Completed suicide in bipolar disorder patients: A cohort study after first hospitalization. *J Affect Disord.* 2019;257:340-4. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.07.048> PMID:31302523
60. Hayes JF, Miles J, Walters K, King M, Osborn DP. A systematic review and meta-analysis of premature mortality in bipolar affective disorder. *Acta Psychiatr Scand.* 2015;131(6):417-25. <https://doi.org/10.1111/acps.12408> PMID:25735195
PMCID:PMC4939858
61. Pompili M, Girardi P, Ruberto A, Tatarelli R. Suicide in borderline personality disorder: a meta-analysis. *Nord J Psychiatry.* 2005;59(5):319-24. <https://doi.org/10.1080/08039480500320025> PMID:16757458
62. Li D, Yang X, Ge Z, Hao Y, Wang Q, Liu F, Gu D, Huang J. Cigarette smoking and risk of completed suicide: a meta-analysis of prospective cohort studies. *J Psychiatr Res.* 2012;46(10):1257-66. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.03.013> PMID:22889465
63. Hawton K, Casañas I Comabella C, Haw C, Saunders K. Risk factors for suicide in individuals with depression: a systematic review. *J Affect Disord.* 2013;147(1-3):17-28. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.01.004> PMID:23411024
64. Sadeghiyeh T, Hosseini Biouki F, Mazaheri M, Zare-Shehneh M, Neamatzadeh H, Poursharif Z. Association between Catechol-O-Methyltransferase Val158Met (158G/A) Polymorphism and Suicide Susceptibility: a meta-analysis. *J Res Health Sci.* 2017;17(2):e00383. PMID:28676589
65. Zlodre J, Fazel S. All-cause and external mortality in released prisoners: systematic review and meta-analysis. *Am J Public Health.* 2012;102(12):e67-75. <https://doi.org/10.2105/ajph.2012.300764> PMID:23078476 - PMCID:PMC3519300

66. Wang B, An X, Shi X, Zhang JA. MANAGEMENT OF ENDOCRINE DISEASE: suicide risk in patients with diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Endocrinol*. 2017;177(4):R169-81. <https://doi.org/10.1530/eje-16-0952> PMID:28512134
67. Maino MP, Morales S, Echávarri O, Barros J, García A, Moya C, Szmulewicz T, Fischman R, Nunez C, Tomicic A. Suicide risk configuration system in a clustered clinical sample: a generalized linear model obtained through the LASSO technique. *Braz J Psychiatry*. 2019;41(2):112-21. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2017-0028> PMID:30328960 - PMCID:PMC6781676
68. Pompili M, Girardi P, Ruberto A, Tatarelli R. Suicide in the epilepsies: a meta-analytic investigation of 29 cohorts. *Epilepsy Behav*. 2005;7(2):305-10. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2005.05.010> PMID:15996526
69. Hubers AAM, Moaddine S, Peersmann SHM, Stijnen T, van Duijn E, van der Mast RC, Dekkers OM, Giltay EJ. Suicidal ideation and subsequent completed suicide in both psychiatric and non-psychiatric populations: a meta-analysis. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2018;27(2):186-98. <https://doi.org/10.1017/s2045796016001049> PMID:27989254 - PMCID:PMC6998965
70. Kyung-Sook W, SangSoo S, Sangjin S, Young-Jeon S. Marital status integration and suicide: a meta-analysis and meta-regression. *Soc Sci Med*. 2018;197:116-26. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.11.053> PMID:29227910
71. Palmer BA, Pankratz VS, Bostwick JM. The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(3):247-53. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.3.247> PMID:15753237
72. Huang X, Ribeiro JD, Musacchio KM, Franklin JC. Demographics as predictors of suicidal thoughts and behaviors: a meta-analysis. *PLoS One*. 2017;12(7):e0180793. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0180793> PMID:28700728 PMCID:PMC5507259

73. Barbui C, Esposito E, Cipriani A. Selective serotonin reuptake inhibitors and risk of suicide: a systematic review of observational studies. *CMAJ*. 2009;180(3):291-7. <https://doi.org/10.1503/cmaj.081514> PMID:19188627
PMCID:PMC2630355
74. Brent DA. Antidepressants and suicidality. *Psychiatr Clin North Am*. 2016;39(3):503-12. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2016.04.002> PMID:27514302
75. Voracek M, Loibl LM. Genetics of suicide: a systematic review of twin studies. *Wien Klin Wochenschr*. 2007;119(15-16):463-75. <https://doi.org/10.1007/s00508-007-0823-2> PMID:17721766
76. Schild AH, Pietschnig J, Tran US, Voracek M. Genetic association studies between SNPs and suicidal behavior: a meta-analytical field synopsis. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2013;46:36-42. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2013.06.014> PMID:23831262
77. Bachmann S. Epidemiology of suicide and the psychiatric perspective. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(7):1425. <https://doi.org/10.3390/ijerph15071425> PMID:29986446
PMCID:PMC6068947
78. Centers for Disease Control and Prevention. Web-based Injury Statistics Query and Reporting System (WISQARS). Washington: U.S. Department of Health & Human Services; [cited 2024 May 23]. https://webappa.cdc.gov/sasweb/ncipc/mortrate10_us.html
79. Bowers L, Banda T, Nijman H. Suicide inside: a systematic review of inpatient suicides. *J Nerv Ment Dis*. 2010;198(5):315-28. <https://doi.org/10.1097/nmd.0b013e3181da47e2> PMID:20458192
80. Angelakis I, Gooding PA, Panagioti M. Suicidality in body dysmorphic disorder (BDD): a systematic review with meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2016;49:55-66. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.08.002> PMID:27607741
81. Schaffer A, Isometsa ET, Tondo L, H Moreno D, Turecki G, Reis C, Cassidy F, Sinyor M, Azorin JM, Kessing LV, Ha K, Goldstein T, Weizman A, Beautrais A, Chou YH, Diazgranados N, Levitt AJ, Zarate CA Jr, Rihmer Z, Yatham LN. International Society for Bipolar

Disorders Task Force on Suicide: meta-analyses and meta-regression of correlates of suicide attempts and suicide deaths in bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 2015;17(1):1-16.

<https://doi.org/10.1111/bdi.12271> PMID:25329791

PMCID:PMC6296224

82. Tondo L, Pompili M, Forte A, Baldessarini RJ. Suicide attempts in bipolar disorders: comprehensive review of 101 reports. *Acta Psychiatr Scand.* 2016;133(3):174-86.

<https://doi.org/10.1111/acps.12517> PMID:26555604

83. Gibbons RD, Brown CH, Hur K, Davis J, Mann JJ. Suicidal thoughts and behavior with antidepressant treatment: reanalysis of the randomized placebo-controlled studies of fluoxetine and venlafaxine. *Arch Gen Psychiatry.* 2012;69(6):580-7.

<https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.2048>

PMID:22309973 - PMCID:PMC3367101

84. Kennedy SH, Lam RW, McIntyre RS, Tourjman SV, Bhat V, Blier P, Hasnain M, Jollant F, Levitt AJ, MacQueen GM, McInerney SJ, McIntosh D, Milev RV, Müller DJ, Parikh SV, Pearson NL, Ravindran AV, Uher R; CANMAT Depression Work Group. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder: section 3. Pharmacological Treatments. *Can J Psychiatry.* 2016;61(9):540-60.

<https://doi.org/10.1177/0706743716659417> PMID:27486148

PMCID:PMC4994790

85. Kaizar EE, Greenhouse JB, Seltman H, Kelleher K. Do antidepressants cause suicidality in children? A bayesian meta-analysis. *Clin Trials.* 2006;3(2):73-90; discussion 91-8.

<https://doi.org/10.1191/1740774506cn139oa> PMID:16773951

86. DeCou CR, Schumann ME. On the iatrogenic risk of assessing suicidality: a meta-analysis. *Suicide Life Threat Behav.*

2018;48(5):531-43. <https://doi.org/10.1111/sltb.12368>

PMID:28678380

87. Baldaçara L, Grudtner RR, Leite VS, Porto DM, Robis KP, Fidalgo TM, Rocha GA, Diaz AP, Meleiro A, Correa H, Tung TC, Malloy-Diniz

L, Quevedo J, Silva AG. Brazilian Psychiatric Association guidelines for the management of suicidal behavior. Part 2. Screening, intervention, and prevention. *Braz J Psychiatry*. 2021;43(5):538-49. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-1108> PMID:33331533
PMCID:PMC8555636

88. Jakobsen SG, Larsen CP, Stenager E, Christiansen E. Risk of repeated suicide attempt after redeeming prescriptions for antidepressants: a register-based study in Denmark. *Psychol Med*. 2023;53(12):5510-7. <https://doi.org/10.1017/s0033291722002719> PMID:36043363
89. Kaminski JA, Bschor T. Antidepressants and suicidality: A re-analysis of the re-analysis. *J Affect Disord*. 2020 Apr 1;266:95-99. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.107> PMID:32056952
90. Marraccini ME, Brier ZMF. School connectedness and suicidal thoughts and behaviors: a systematic meta-analysis. *Sch Psychol Q*. 2017;32(1):5-21. <https://doi.org/10.1037/spq0000192> PMID:28080099 - PMCID:PMC5359058
91. Hennen J, Baldessarini RJ. Suicidal risk during treatment with clozapine: a meta-analysis. *Schizophr Res*. 2005;73(2-3):139-45. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2004.05.015> PMID:15653256
92. Baldessarini RJ, Tondo L, Davis P, Pompili M, Goodwin FK, Hennen J. Decreased risk of suicides and attempts during long-term lithium treatment: a meta-analytic review. *Bipolar Disord*. 2006;8(5 Pt 2):625-39. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2006.00344.x> PMID:17042835
93. Cipriani A, Pretty H, Hawton K, Geddes JR. Lithium in the prevention of suicidal behavior and all-cause mortality in patients with mood disorders: a systematic review of randomized trials. *Am J Psychiatry*. 2005;162(10):1805-19. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.10.1805> PMID:16199826
94. Plans L, Barrot C, Nieto E, Rios J, Schulze TG, Papiol S, Mitjans M, Vieta E, Benabarre A. Association between completed suicide and bipolar disorder: a systematic review of the literature. *J Affect Disord*. 2019;242:111-22. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.08.054> PMID:30173059

Suicídio consumado ou completo: Comportamento autolesivo que resultou em fatalidade e estava associado a pelo menos alguma intenção de morrer como resultado do ato.

Atos preparatórios para comportamento suicida iminente (ou plano de suicídio): O indivíduo toma medidas para se ferir, mas é impedido por si mesmo ou por outros de iniciar o ato autolesivo antes que o potencial de dano tenha começado.

Tentativa de suicídio: Comportamento potencialmente autolesivo, associado a pelo menos alguma intenção de morrer por causa do ato. Evidências de que o indivíduo pretendia se matar, ao menos em algum grau, podem ser explícitas ou inferidas pelo comportamento ou circunstância. Uma tentativa de suicídio pode ou não resultar em lesão real.

Ideação suicida: Pensamentos passivos sobre querer estar morto ou pensamentos ativos sobre se matar, não acompanhados por comportamento preparatório.

↑ **Quadro 1.** Principais termos para referir-se aos diferentes tipos de comportamento suicida [3, 13]

Fator de Risco	Nível de Evidência
Uso agudo de álcool [14]	4
Afiliação e vinculação [15]	1
Uso de álcool [16, 17]	3
Antidepressivos em TDM pediátrico, TOC e transtornos de ansiedade [18]	1
Antidepressivos em uso de curto prazo, comparado com placebo [19]	1
Ansiedade [20, 21]	1
Excitação [15]	1
Polimorfismo BDNF Val66Met em pessoas com distúrbios psiquiátricos [22]	4
Transtorno bipolar tipo II [23]	2
Transtorno bipolar com características: sexo feminino, idade jovem de início, polaridade depressiva, transtorno de ansiedade comórbido, transtorno de uso de substâncias comórbido, transtorno de uso de álcool, uso de substâncias ilícitas, transtorno de personalidade do cluster B/limítrofe, e histórico familiar de suicídio no primeiro grau [24 - 26]	3
Transtorno dismórfico corporal [27]	4
<i>Bullying</i> [28]	1
Maus-tratos na infância [28, 29]	4
Abuso sexual na infância [28, 30, 31]	2
Uso crônico de cannabis [32]	4
Sistemas cognitivos (por exemplo, impulsividade, problemas de atenção) [15]	1
Violência comunitária [28]	4
Violência no namoro [28]	1
Humor deprimido [15, 33]	1
Sintomas depressivos durante o primeiro episódio de psicose [34]	1
Alterações da função serotoninérgica central [15]	1
Abuso emocional [35]	1
Exposição a pensamentos e comportamentos autolesivos de outros (por exemplo, amigos, familiares, colegas de escola, etc.) [36]	1
Histórico familiar de pensamentos e comportamentos autolesivos [9]	1
Não recompensa frustrativa [15]	1
Níveis mais altos de cortisol abaixo dos 40 anos [37]	4
Homossexualidade ou bissexualidade em homens [38]	2
Desesperança [15]	1
Inibição cognitiva prejudicada em transtornos afetivos [39]	4
Em pessoas que exibem autolesão não suicida (NSSI): frequência de NSSI, número de métodos de NSSI, desesperança; transtorno de personalidade limítrofe, impulsividade, transtorno de estresse pós-traumático, método de corte de NSSI, e depressão [40]	4
Baixo funcionamento psicossocial com abuso sexual na infância [31]	2
Níveis mais baixos de lipídios [41]	4

Transtorno de humor r [16]	4
Estilo atribucional negativo [15]	1
Neuroticismo [15]	1
Obesidade [30]	4
Um filho na família [16]	4
Percepção e entendimento de si mesmo [15]	1
Abuso físico [35]	1
Negligência física [35]	1
Dor física [42]	4
Uso de placebo em adolescentes com TDM, TOC e transtornos de ansiedade [18]	1
Escore de risco poligênicos para depressão maior, transtorno bipolar e esquizofrenia [43]	2
Relacionamento pobre com a família [16]	4
Tentativas de suicídio anteriores [31]	2
Depressão unipolar psicótica [44]	3
TEPT [45]	3
Ruminação [15]	1
Esquizofrenia com histórico de uso de álcool ou histórico familiar de doença psiquiátrica [46]	1
Esquizofrenia com comorbidade física ou histórico de depressão, histórico familiar de suicídio, ou histórico de uso de drogas, ou uso de tabaco, ou ser branco, e sintomas depressivos [46]	4
Pensamentos e comportamentos autolesivos [36]	1
Polimorfismo do gene transportador de serotonina (5-HTT) [47, 48]	4
Abuso sexual [35]	1
Distúrbios do sono (insônia, parasônias e distúrbios respiratórios relacionados ao sono) associados a distúrbios psiquiátricos [49]	4
Dificuldades no ciclo sono-vigília [15]	1
Fumar [16, 50]	4
Transtorno de uso de substâncias [16, 51]	4
Ideação suicida e planos de suicídio [36]	1
Suicídio de parentes [16]	4
Fatores de risco relevantes para teorias de suicídio [15]	1
Polimorfismos TPH2 [52]	3
Desemprego [53]	3

↑ **Quadro 2.** Fatores de risco* para tentativas de suicídio [3]
BDNF = fator neurotrófico derivado do cérebro; **MDD** = transtorno depressivo maior; **NSSI** = autolesão não suicida; **OCD** = transtorno obsessivo-compulsivo; **PTSD** = transtorno de estresse pós-traumático.
 * Depende do grupo de referência.

Fator de risco	Nível de evidência
Uso de álcool [17, 54, 55]	3
Anorexia nervosa [56]	4
Drogas antidepressivas em pacientes pediátricos [57] - risco modesto	1
Medicamentos antidepressivos para pacientes internados [58]	4
Ansiedade [21]	3
Marcador BDNF Val66Met em pessoas com transtornos psiquiátricos [22]	4
Transtorno bipolar com sexo masculino e histórico de suicídio em parentes de primeiro grau [59, 60]	3
Transtorno bipolar [60]	1
Transtorno de personalidade borderline [61]	2
Mudança de vida [16]	4
Maus-tratos na infância [28]	4
Abuso sexual na infância [31]	2
Tabagismo [50, 62]	1
Violência comunitária [28]	4
Transtornos comórbidos – ansiedade e abuso de álcool e drogas [63]	1
Polimorfismo COMT Val158Met, entre mulheres [64]	3
Autolesão intencional [36]	1
Humor deprimido [15, 55, 58]	1
Privado de liberdade [65]	1
Diabetes [66]	3
Dificuldades em relacionamentos interpessoais [67]	4
Epilepsia [68]	4
Expressão de ideação suicida no primeiro ano de acompanhamento [69]	4
Histórico familiar de transtorno psiquiátrico [63]	1
Histórico familiar de suicídio [58]	4
Frustração não recompensada [15]	1
Desesperança [15, 58, 63]	1
Abuso infantil ao longo da vida em homens [28]	4
Baixo funcionamento psicossocial com abuso sexual na infância [31]	2
Baixa educação [16]	4
Baixos níveis de lipídios [41]	4
Gênero masculino [55, 63, 70]	1
Transtornos de humor [16]	4
Evento de vida negativo [16]	4
Função neuroendócrina [15]	1

Não casado e com idade < 65 anos [70]	3
Transtorno de personalidade [55]	4
Pesticidas armazenados em casa [16]	4
Dor física [42]	4
Má gestão da raiva [67]	4
Tentativa de suicídio anterior [16, 31, 36]	1
Ruminação [15]	1
Esquizofrenia durante estadia hospitalar [58]	4
Esquizofrenia com quociente de inteligência mais alto, má aderência ao tratamento ou desesperança [46]	4
Esquizofrenia com gênero masculino, histórico de tentativa de suicídio, idade mais jovem [46]	1
Esquizofrenia [58, 71]	1
Busca de ajuda para transtorno de humor [16]	4
Comportamentos e pensamentos autolesivos [36]	1
Polimorfismo do gene transportador de serotonina (5-HTT) [47, 48]	4
Depressão severa [63]	1
Solteiro (estado civil) [72]	1
Distúrbios do sono (insônia, parasomnias e distúrbios respiratórios relacionados ao sono) associados a transtornos psiquiátricos [49]	4
Prejuízo do ciclo sono-vigília [15]	1
Uso de ISRS em adolescentes deprimidos [73]	4
Transtorno de uso de substâncias [51, 55]	4
Ideação suicida e planos de suicídio [36, 58]	1
Suicídio de parentes [16]	4
Polimorfismos TPH2 [52]	3
Sensação de inutilidade, inadequação ou culpa [58]	3



Quadro 3. Fatores de risco* para morte por suicídio ou suicídio consumado [3]

BDNF = fator neurotrófico derivado do cérebro; **COMT** = catecol-O-metiltransferase; **ISRS** = inibidor seletivo da recaptação de serotonina.

* Depende do grupo de referência.

Fator	Nível de evidencia
Abuso de álcool [14]	4
Use de álcool [15, 16, 55]	3
Anorexia nervosa [56]	4
Transtornos ansiosos [21]	4
Transtorno bipolar [23, 55, 60, 81, 82]	1
Transtorno dismórfico corporal [80]	4
Transtorno de personalidade borderline [61]	2
Depressão com transtorno do sono [49]	4
Depressão [46, 55, 67, 80]	4
Transtornos do humor [16, 55, 79]	4
Transtorno do Pânico com Transtorno do sono [49]	4
Transtorno de personalidade [55]	4
Psicose com sintomas depressivos [34]	1
Transtorno do estresse pós-traumático com transtorno do sono [45, 49]	3
Esquizofrenia com transtorno do sono [49]	4
Esquizofrenia [46, 58, 71]	1
Tabagismo [16, 50]	4
Transtorno por uso de substâncias [16, 46, 51, 55]	4

📌 **Quadro 4.** Transtornos mentais relacionados ao comportamento suicida [3]

<i>Relacionados as tentativas de suicídio</i>	Nível de evidência
Uso de antidepressivos (fluoxetina e venlafaxina) em adultos e idosos com depressão (no curto prazo) [2, 74, 88, 89]	1
Alta religiosidade [72]	1
Grande conexão com a escola [90]	4
Duração do sono def 8 h e 8-9 h por noite [90]	4
Tratamento com clozapine na esquizofrenia e no transtorno esquizoafetivo [91]	1
<i>Relacionados ao suicídio completo</i>	
Antidepressivos (fluoxetina e venlafaxina) em adultos e idosos com depressão (no curto prazo) [2, 74, 88, 89]	1
Confiança nas próprias habilidades de enfrentamento em situações difíceis [67]	4
Lítio para transtornos do humor [92 - 94]	1
Religiosidade [94]	4
Religiosidade em idosos [94]	4
Religiosidade nas culturas ocidentais [94]	4
ISRSs em adultos com depressão e com 65 anos ou mais [74]	4
Tratamento com clozapine na esquizofrenia e no transtorno esquizoafetivo [91]	1

↑ **Quadro 5.** Fatores de proteção para tentativa de suicídio e suicídio completo [3]