

INTERVENÇÃO EM CRISE E SUICÍDIO: ANÁLISE DE ARTIGOS INDEXADOS

(2006)

Elisa Pinto Seminotti
Mariana Esteves Paranhos
Valéria de Oliveira Thiers

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – Porto Alegre (Brasil)

Contactos:

elisaseminotti@hotmail.com

RESUMO

O presente artigo se propõe a investigar os estudos conduzidos sobre Intervenção em Crise e Suicídio. Por intervenção em crise entende-se que é atuação no momento exato que o indivíduo está em um estado temporário de perturbação e desordem, tendo como principais características a incapacidade de enfrentar determinada situação utilizando os métodos de resolução de problemas que está acostumado. O suicídio se caracteriza pela impossibilidade do indivíduo de encontrar diferentes alternativas para seus conflitos, optando finalmente pela morte. Para tal investigação, foi realizado estudo descritivo a partir das bases de dados *Scielo*, *Proquest* e *PsycINFO*.

Palavras-chave: intervenção em crise, suicídio, bases de dados

Introdução

Considerando indivíduos de qualquer idade, o suicídio fica entre as 10 principais causas de morte no mundo, e na segunda ou terceira colocação para as idades entre 15 e 34 anos (Bertolote & Fleischmam 2002; Botega, 2000). No Brasil, o coeficiente é de 6,6 mortes por suicídio em 100.000 habitantes (Barros, Oliveira & Marin-León, 2004). Diante destes dados alarmantes, se concretiza a relevância de um trabalho de revisão dos estudos sobre as possíveis intervenções que podem ser realizadas nesse tipo específico de crise - o suicídio.

Para Caplan (1964 apud Liria & Vega, 2002), o indivíduo em crise se encontra em uma luta para manter o equilíbrio entre si e o meio; no caso da pessoa suicida, existe um sentimento de incapacidade de resolução e encontro do equilíbrio, o que a leva a ver a morte como única saída.

Seguindo a idéia do autor, o sucesso do desenlace da crise depende de como se maneja a situação nesse momento, o que reforça a justificativa de se investigar a forma como isso ocorre.

O presente estudo apresenta como objetivo geral investigar os estudos conduzidos sobre intervenção em crise e suicídio. Como objetivos específicos se têm: identificar os países com maior número de publicações científicas sobre o tema pesquisado; identificar os anos nos quais houve maior número de artigos publicados sobre o tema pesquisado; verificar, através da leitura das publicações científicas, se existe um padrão de intervenções relatadas, realizadas no caso de tentativa de suicídio.

Lillibridge e Klukken (1978 apud Wainrib & Bloch, 1998) referem que desde o ponto de vista objetivo, a crise pode ser entendida como uma alteração no equilíbrio do indivíduo, quando a resolução de problemas fracassa e ele se vê incapaz de contornar os conflitos circundantes. Segundo Caplan (1964 apud Wainrib & Bloch, 1998), a crise se caracteriza por ser uma condição de reação do indivíduo frente a uma situação que ameace sua integridade.

Seguindo na linha de conceituação de crise, Slaikou (2000) diferencia as crises vitais de desenvolvimento, das crises circunstanciais. As primeiras são caracterizadas por ocorrerem nos momentos de passagem de uma fase de crescimento à outra, inerentes ao desenvolvimento, no caso de que haja uma interferência na realização satisfatória desta passagem. Quanto às crises circunstanciais, as autoras citam Gilliland e James (1993 apud Wainrib & Bloch, 1998), referindo que estas surgem com a ocorrência de eventos raros e extraordinários, que um indivíduo não tem como prever ou controlar. O ponto para diferenciar uma crise circunstancial de outras, é que esta é imprevista, intensa, comovente e catastrófica.

O motivo que desencadeia uma crise não é definido por uma situação única ou por um conjunto de circunstâncias, mas sim pela percepção do indivíduo do acontecimento e de sua capacidade ou incapacidade para conseguir enfrentar aquela situação. Assim, quando um indivíduo não consegue apoiar-se na rede de contato social, seus recursos pessoais estão falhos e a situação de crise para ele é insuportável, sendo possível que ele veja a morte como única saída (Slaikou, 2000).

De acordo com Werlang (2000), os atos auto-destrutivos como o suicídio estão relacionados com uma impossibilidade do indivíduo de encontrar diferentes alternativas para seus conflitos, optando finalmente pela morte. Ou seja, a resolução negativa da crise, que pode ocorrer pela falta de intervenção imediata no indivíduo, pode levá-lo a desenvolver um comportamento suicida com final trágico.

Segundo a Organização Mundial da Saúde [WHO] (2002), o suicídio é considerado uma tragédia familiar e pessoal, causando sofrimento naqueles envolvidos com a vítima. As causas que explicariam o porquê do desejo de uma pessoa querer tirar a própria vida, enquanto outras na mesma situação não agiriam desta forma, são difíceis de compreender. Os dados de 2002 da OMS, com relação à população geral mundial, registram que a cada ano o suicídio atinge índices de 16 mortes em 100.000 habitantes, ou seja, uma morte a cada 40 segundos. Desta forma, no

que se refere a dados epidemiológicos, o suicídio está entre as dez principais causas de morte no mundo e entre as três principais em jovens com idades entre 15 e 34 anos.

O comportamento suicida pode ser classificado em três categorias, que sugerem um possível gradiente de severidade e heterogeneidade: ideação suicida, tentativa de suicídio e suicídio consumado. Considerando este *continuum*, a ideação suicida (pensamentos, idéias e desejos de se matar) se posicionaria em um dos extremos e em outro o suicídio; entre eles estaria a tentativa (Borges, 2004).

Cassorla (1987) faz a distinção deste *continuum* suicida. A intenção constitui a fase em que o indivíduo está começando a dar sinais de pensamentos de morte, mas não possui planos concretos. À medida que esta intenção aumenta, ele começa a idear planos e estratégias para consumir o ato. Quando é executada a intenção, mas sem resultado letal fatal, se constitui a tentativa.

O tentador é aquele que intencionalmente inicia um comportamento não habitual, sem a intervenção de outros, causando auto-lesão ou ingerindo intencionalmente excesso de medicamentos com a finalidade de provocar mudanças em decorrência das conseqüências físicas ocorridas ou esperadas (Borges, 2004). Ainda, Cassorla (1987) refere que o suicídio consumado se caracteriza quando a tentativa é mais letal e o planejamento mais minucioso, concretizando o objetivo inicial de morrer.

Considerando que o suicídio é um fenômeno complexo e abrangente, cabe também fazer menção àquelas pessoas que circundam o tentador ou suicida – o sobrevivente. Campbell (2002) faz referência a estes em um artigo no qual desenvolve a idéia da necessidade da atenção também aos sobreviventes deste evento. Para o autor, o sobrevivente é aquele indivíduo que é significativamente impactado pela morte de alguém por suicídio.

Para Borges (2004), uma história de tentativas e a presença de ideação conferem um valor preditivo à avaliação do risco suicida, ou seja, a intervenção nesse momento de desesperança e confusão podem ser determinantes para a resolução positiva da situação de crise. A intervenção em crise, segundo Wainrib e Bloch (1998), pode ser entendida como um processo para manejar ativamente o funcionamento psicológico do indivíduo durante o período de desequilíbrio, com o objetivo de aliviar o impacto imediato dos eventos estressantes transformadores. Este processo tem a intenção de ajudar a ativar sua capacidade latente e manifesta, assim como seus recursos sociais, enfrentando de maneira adaptativa os efeitos do estresse.

Quanto mais tempo o indivíduo passa sem assistência no momento da crise, mais sérios ou irreversíveis tendem a ser os efeitos da crise. A intervenção em crise é pontual e feita dentro de poucas sessões, com um máximo admitido de 4 a 6 semanas, às vezes fazendo-se em uma. Este período é estipulado, pois este seria o tempo que uma pessoa tolera um estado crítico (Slaikou, 2000).

Considerando as conseqüências que pode acarretar a falta de um auxílio para o indivíduo em crise, Slaikou (2000) coloca como principal meta dos primeiros auxílios psicológicos,

restabelecer o confronto imediato da situação de crise. O ponto crucial para ele é que as circunstâncias que deve confrontar, se transformam em problemas insolúveis e seus mecanismos de confronto não se encontram disponíveis.

Método

Com o propósito de atender os objetivos estabelecidos, será realizada uma revisão bibliográfica a partir do levantamento do acervo de publicações existente, entre os anos de 1994 e 2004, nos bancos de dados computadorizados. Serão, em um primeiro momento de coleta de dados, cruzadas as palavras-chave (descritores) suicídio (*suicide*) e intervenção em crise (*crisis intervention*), nos sistemas *Scielo*, *Proquest* e *PsycINFO*. A análise dos dados encontrados será realizada através de frequências e percentuais. Num segundo momento, se localizarão os textos completos desses *abstracts*, visando uma análise mais detalhada dos delineamentos de pesquisa empregados nessas produções. E finalmente, os trabalhos selecionados serão avaliados e agrupados ao redor dos temas: tipos de intervenção empregados, local de origem e ano de publicação.

Resultados

Os resumos obtidos a partir do cruzamento dos descritores nos bancos de dados computadorizados *Proquest*, *PsycINFO* e *Scielo*, estão representados na Tabela 1 conforme sua distribuição. Dos 236 artigos encontrados, 50 pertenciam ao banco *Proquest*, dos quais, 9 foram descartados por se tratarem de artigos de jornal. O sistema *PsycINFO* continha 186 trabalhos, sendo 62 descartados por não terem relação com o assunto pesquisado. Não foram localizadas publicações no sistema *Scielo*.

Tabela 1. Distribuição das publicações segundo os sistemas de banco de dados computadorizados consultados.

Sistemas	Publicações	Descartados	Total
<i>Proquest</i>	41	09	50
<i>PsycINFO</i>	124	62	186
<i>Scielo</i>	0	0	0
Total	165	71	236

Foram identificadas publicações em 04 continentes, com destaque para aquelas concentradas na América do Norte, constituindo 83% (137) dos artigos encontrados. Destes, a maioria tinha origem nos Estados Unidos. As publicações europeias somaram 15% (25) dos trabalhos publicados. Igualmente foram encontradas duas publicações procedentes do continente Asiático (1%) e um trabalho da Oceania (1%).

Quanto ao período de publicação, se constatou que o registro das produções se concentra em maior número nos anos de 2002 (15,7%) e 2003 (17,5%). A distribuição dos trabalhos entre

os anos de 1996 e 2000 se mantêm mais ou menos homogênea, havendo variações de 1 a 3 artigos. O ano com menos publicações se concentra em 1994, com somente 02 trabalhos encontrados (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição de trabalhos publicados por ano

Ano	Proquest	PsycINFO	SciELO	Total
1994	0	02	0	02 (1,2%)
1995	19	01	0	20 (12,1)
1996	10	03	0	13 (7,8%)
1997	10	01	0	11 (6,6%)
1998	08	02	0	10 (6,0%)
1999	11	01	0	12 (7,2%)
2000	10	01	0	11 (6,6%)
2001	12	06	0	18 (10,9%)
2002	21	05	0	26 (15,7%)
2003	17	12	0	29 (17,5%)
2004	06	07	0	13 (7,8%)
Total	41	124	0	165 (100%)

Os trabalhos arrolados foram também classificados quanto ao tipo de metodologia empregada, como descritivos ou empíricos. Foram considerados como trabalhos descritivos aqueles nos quais não havia intervenção do pesquisador sobre o seu objeto de estudo; e, empíricos aqueles nos quais o experimentador manipulava pelo menos uma variável e media pelo menos um comportamento (Barros & Lehfeld, 2000; Severino, 1986). Assim, dos 165 trabalhos levantados, 118 (71,5%) eram descritivos de cunho teórico e 47 (28,4%), empíricos.

Com relação ao grupo que recebeu a intervenção relatada nos artigos, foram estabelecidos *a posteriori* dois grupos distintos: um que se atinha à intervenção na família e/ou comunidade e outro que se atinha à intervenção junto ao paciente. Intervenções em família são aquelas realizadas junto às famílias do suicida ou tentador de suicídio; intervenções em comunidades referem-se àquelas atividades gerais realizadas em ambientes grupais como escolas, prisões, grupos de terceira idade, etc; e, finalmente, intervenções junto ao paciente referiam-se aos tratamentos aplicados nos pacientes de risco de suicídio (com ideação ou tentador) e sobrevivente. Desta maneira, os dados distribuíram-se em 65 (39,3%) intervenções junto ao paciente, 93 (56,3%) intervenções na comunidade e 07 (4,2%) na família.

Os artigos foram agrupados de acordo com os tipos de população direcionada no estudo, tipo de estudo realizado e intervenção relatada. As intervenções foram divididas entre intervenção e intervenção preventiva (ou prevenção). A intervenção se caracteriza por um caráter de técnicas de tratamento ou apoio após o evento ocorrido (no caso, o suicídio). A prevenção também se utiliza de técnicas, mas com vistas a identificar e evitar condutas ou situações que

levem a este desfecho. A alguns artigos foram atribuídos múltiplos subtemas, segundo a relevância encontrada. Assim, estes foram distribuídos tal como representado nas Tabelas 3, 4 e 5.

Tabela 3. Distribuição de subtemas dos artigos nos quais a intervenção foi realizada no paciente.

Paciente	
Intervenção	Prevenção
Técnicas de intervenção – 17 Atendimento por telefone (online) – 05 Técnicas utilizadas em psicoterapia – 09 Em casos relacionados com comorbidade – 03 Com sobreviventes – 02 Pesquisa - 02 Outros – 04	Atendimento por telefone (online) – 02 Estratégias de prevenção – 04 Identificação de fatores de risco – 08 Em casos relacionados com comorbidade – 03 Intervenção psicossocial – 02 Com tentador – 03 Outros – 02

Tabela 4. Distribuição de subtemas dos artigos nos quais a intervenção foi realizada na comunidade.

Comunidade	
Intervenção	Prevenção
Em profissionais – 12 Em escola – 06 Técnicas de intervenção – 04 Atendimento por telefone (online) – 06 Pós- intervenção – 07 Atendimento em centros de intervenção – 03 Outros - 06	Identificação de fatores de risco – 09 Preparo de profissionais – 09 Na escola – 12 Técnicas de prevenção – 05 Prevenção na prisão – 03 Desenvolvimento de programas de prevenção – 08 Em casos relacionados com comorbidade – 03 Atendimento por telefone (online) – 03 Atenção aos fatores ambientais – 02 Outros – 04

Tabela 5. Distribuição de subtemas dos artigos nos quais a intervenção foi realizada na família.

Família	
Intervenção	Prevenção
Aos familiares que perdeu um membro por suicídio – 02	Estratégias de prevenção – 01 Atenção à filhos de pais separados – 01 Aos familiares que perdeu um membro por suicídio – 02 Atenção aos familiares de um membro com comorbidade – 01

Discussão

A partir dos objetivos propostos e dos resultados obtidos após a leitura dos resumos, percebeu-se a ausência de trabalhos científicos publicados na base de dados *Scielo* (artigos de origem latinoamericana). Este dado evidencia a falta de publicações brasileiras relativas ao tema da intervenção em crise e suicídio. É sabida a existência de diversos trabalhos sobre a questão do

suicídio, que inclusive serviram de alicerce na fundamentação teórica; porém estes artigos não abordam a “intervenção”.

A busca pelo tema suicídio nas bases de dados mencionadas, traz muitos artigos; a busca pelo descritor intervenção em crise repete o feito anterior. Todavia, quando se faz a interação dos termos intervenção em crise e suicídio, aparecem menos informações que foram pertinentes (ou não) ao tema buscado. Tão complexo é o tema abordado e a relação procurada entre a intervenção e o suicídio, que nas outras bases de dados pesquisadas (*Proquest* e *PsycINFO*), apesar de encontrados diversos artigos relativos à pesquisa, apareceram também trabalhos que não faziam o *link* adequado entre as palavras-chave – estes foram descartados da compilação dos dados. Ou seja, alguns deles somente se referiam à intervenção em crise e centros de intervenção em crise; outros, faziam referência ao suicídio relacionado a outras questões.

A América do Norte apareceu como o local com maior número de trabalhos publicados. Esse dado não surpreende, pois sabe-se que, principalmente nos Estados Unidos, existe uma cultura e tradição em relatar os experimentos realizados. Da mesma forma, deve-se considerar que a base de dados *PsycInfo* tem como idioma base o inglês, tendo assim influência no número de trabalhos encontrados.

Os anos de 2002 e 2003 concentraram a maior parte das publicações nas bases de dados, somando um total de 33,2% dos trabalhos arrolados. É um dado relevante considerando o salto significativo de publicações, já que no período entre 1996 e 2000 elas oscilaram entre 10 e 13 trabalhos (6% a 8%). Pode-se pensar nos fatos históricos ocorridos no ano de 2001, que podem ter impacto sobre os trabalhos realizados, como por exemplo os atentados de 11 de Setembro em Nova Iorque. Este fato trágico teve conseqüências mundiais de larga escala, e não se pode esquecer o fato de que as explosões foram causadas por fanáticos homens-bomba. Desde então a questão do suicídio religioso vêm sendo questionado, e por ter causado um atentado tão avassalador, é possível que pesquisadores tenham se empenhado mais ainda nos anos seguintes em explorar o tema. Não só o suicídio foi visto naquele momento, como também a massiva intervenção que foi necessária nos sobreviventes da tragédia.

Tendo em vista o impacto dos eventos históricos nas datas das publicações de trabalhos, é possível refletir quais outros aspectos do cenário mundial tenham chamado mais atenção dos pesquisadores, como catástrofes naturais (Tsunamis, furacões, enchentes...) ou guerras. Igualmente outra explicação para a queda brusca de publicações em 2004 seja conseqüência de um atraso no cômputo das Bases de Dados, que provavelmente já estejam atualizadas nos anos seguintes com mais trabalhos indexados.

Considerando o elevado índice de trabalhos descritivos encontrados, em relação aos empíricos, é possível cogitar sobre os aspectos que têm influência neste dado. Primeiramente, levanta-se novamente a questão da complexidade em atuar no âmbito do tema “comportamento suicida”. Essas dificuldades podem se refletir na menor incidência de trabalhos que relatam a prática da atuação, focalizando as técnicas de intervenção empregadas.

Uma das justificativas para que o maior número de estudos sejam descritivos pode ser devido a uma maior reflexão entre os pesquisadores sobre como fazer a intervenção; ou ainda, seria possível que aqueles profissionais que o realizam, não publicam sua prática? Ainda nesse raciocínio, é plausível que estes não reconheçam a importância de compartilhar seu conhecimento, ou não têm recursos para registrar o procedimento. Beukelmann (1996), em um editorial sobre a distância entre a pesquisa e a divulgação desta, refere que o pesquisador/interventor que contém muito conhecimento sobre determinado assunto não entende que isto deve ser só o primeiro passo; depois é necessário compartilhá-lo, porque senão, dessa forma ele estará tirando de outras pessoas o privilégio de ter esse conhecimento. Nesse sentido, Romski e Savcik (apud Fried-Oken & King, 2001) relatam que a relação entre pesquisa e prática deve ser mutuamente informativa e benéfica, ou seja, a pesquisa deve informar a prática e a prática deve informar a pesquisa.

Constatou-se que ainda não existem registros oficiais de procedimentos padrões de intervenção em caso de tentativa de suicídio, suicídio consumado ou acompanhamento de sobreviventes.

Um importante número de publicações arroladas fazia referência a intervenções realizadas junto à comunidade. Destes, a maioria relatava intervenções preventivas, desenvolvimento de programas de prevenção e identificação de fatores de risco. Quando há intervenção, a grande maioria era realizada junto à profissionais da saúde que lidam com pacientes suicidas, em seu ambiente de trabalho.

A importância desse dado é a atenção aos profissionais que devem lidar com seus sentimentos frente a um paciente que tenta ou que se suicida. Esse manejo é indispensável para que eles possam trabalhar de forma mais saudável. Igualmente, as intervenções preventivas se focam em prepará-los para identificar os pacientes de risco e para enfrentar as emoções que florescem neste tipo de situação. Dessa forma, é também um benefício para o paciente, que terá um atendimento mais adequado e maior acolhimento.

Também são relatadas técnicas de prevenção em outras áreas da comunidade. É possível que esse cuidado exista devido ao chamado fenômeno de contaminação. Este fenômeno não é raro de acontecer, e se dá quando, depois de um suicídio, algumas pessoas se sentem “liberadas” para imitar o comportamento. As pessoas que já tem ideação suicida se sentem encorajadas a tentar, estimuladas pela ação do outro. É essa a razão pela qual os jornais não publicam frequentemente ou não dão destaque para estas notícias. Conseqüentemente, é de grande relevância o desenvolvimento de técnicas e programas de prevenção para que a taxa de suicídio, atualmente tão alta, tenha um decréscimo.

Não só na comunidade, mas também junto ao paciente (principalmente o tentador) o trabalho de prevenção é relevante. Tendo em consideração que o paciente tentador está inserido na *continuum* do comportamento suicida, existe uma alta probabilidade de que ele tente diversas vezes até alcançar o suicídio consumado, fato que justifica o alto número de trabalhos sobre

identificação de fatores de risco. Assim sendo, não só a intervenção, como a prevenção, devem ser estudadas e postas em prática.

Os trabalhos realizados junto à família somaram uma mínima percentagem (4,2% do total). A morte de um membro da família por suicídio causa, em grande escala, sentimentos de culpa, impotência e raiva. Estas emoções podem chegar a ser tão importantes que outro membro da família possa também considerar a retirada de sua vida.

As poucas publicações encontradas podem ser consequência, por um lado, de uma menor atenção à família por parte dos profissionais. É possível refletir sobre a grande demanda de atenção que o paciente tentador mobiliza no profissional, de forma que este não seja capaz de concentrar-se nos outros membros. A atenção à prevenção, então, se foca em maior escala, passando diretamente à comunidade, na qual a família se insere.

Por outro lado, a família pode demonstrar falta de interesse pelo tratamento, já que para eles o assunto é muito doloroso e não é “saudável” falar sobre ele; o pacto de silêncio estabelecido serve como crença de tentar proteger a família de outros eventos suicidas. Em caso de suicídio consumado, pode existir a crença de que é irremediável e que portanto não há nada mais que fazer. É possível também que exista o medo de rejeição frente à sociedade e preconceito quanto à dinâmica familiar e sua capacidade de enfrentar o problema.

Sendo assim, são vários os fatores que podemos inferir para o fato de que existam intervenções preventivas junto à família de tentador ou suicida, bem como para explicar a não ocorrência destas intervenções.

Considerações Finais

A leitura dos trabalhos encontrados na pesquisa surpreendeu em alguns aspectos. O pequeno número de artigos empíricos arrolados foi um dado não esperado na pesquisa. A fundamentação teórica mostra que existem passos a seguir e possíveis intervenções em diferentes tipos de crise. A comprovação que se teve, considerando o caso do suicídio, e os trabalhos encontrados, é que a prática é pequena. A impossibilidade de encontrar um padrão de intervenção em tantos trabalhos é um fato frustrante.

A não existência de artigos em português nos remete à importância de se fazer mais trabalhos nessa área no país. É um alerta sobre a falta de informações quanto ao tema em língua portuguesa, fato que chamou muito a atenção.

Baseado nesse dado, fica explícita a contribuição que o estudo em questão pode dar aos pesquisadores. Os resultados encontrados devem servir de motivação e estímulo para que se realizem publicações e práticas sobre a intervenção em crise em suicídio.

São consideradas limitações do trabalho as bases de dados consultadas reduzidas. Principalmente quando se tem em consideração que uma delas foi inutilizada (*Scielo*- visto não

ter-se encontrado dados em língua latina). Além disso, não tivemos acesso à bases de outros idiomas, como alemão, japonês, francês, entre outras, que poderiam trazer novos dados.

Questionamos a consequência desse acesso limitado, no caso de existirem informações em outros locais (por exemplo, Japão) que mudariam os resultados encontrados e a percepção da falta de atuação na área. Outra questão, será possível que este tipo de intervenção seja tão novo que os profissionais não conseguem ainda colocá-la em ação, ou não a conhecem? Talvez os resultados relatados reflitam uma realidade brasileira; embora nos outros países pesquisados, tampouco se viu publicações sobre intervenção.

Para se obter informações mais abrangentes e assim resultados globais, é preciso que sejam consultados maior número de artigos em bases de dados diferenciadas, nas quais incluam-se trabalhos de países não contemplados neste estudo.

REFERÊNCIAS:

Barros, A.J.S. & Lehfeld, N. (2000). *Fundamentos de metodologia científica: Um guia para a iniciação científica* (2a ed). São Paulo: Makron Books.

Barros, M. B. A., Oliveira, H. B. & Marin-León, L. (2004). Epidemiologia no Brasil. In: N. J. Botega & B. G. Werlang (Org.), *Comportamento Suicida* (pp. 45-58). Porto Alegre: ArtMed.

Bertolote, J. M. & Fleischman, A. (2002). Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. *World Psychiatry*, 1 (3), 181-185.

Beukelman, D. R. (1996). Reflections of a finished manuscript. *AAC Argumentative and Alternative Communication*, 12 (2), 61-62.

Borges, V. R. (2004). *Ideação Suicida na Adolescência*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia, Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Botega, N. J. Suicídio e tentativa de suicídio (2000). In: B. Lafer, O. Almeida, R. Fráguas Jr., E. Miguel (Dir.). *Depressão no ciclo da vida* (pp. 157-165). Porto Alegre: Artes Médicas Sul.

Campbell, F. R. (2002). *The influence of an active postvention on the length of time elapsed before survivors of suicide seek treatment*. Dissertação de Mestrado. Recuperado em 01 de jul. 2005 no PsycINFO: <http://200.179.60.195:8590/capes>.

Cassorla, R.M.S. (1987). Comportamentos suicidas na infância e adolescência. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 36, 137-144.

Fried-Oken, M. & King, J. M. (2001). Research to practice: an exciting time in augmentative and alternative communication. *AAC Argumentative and Alternative Communication*, 17 (3), 137.

Keller, M. (2005). *Flexibilidade na resolução de problemas em tentadores de suicídio*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia, Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Liria, A . F. & Vega, B. R. (2002). *Intervención em Crisis*. Madrid: Editorial Sintesis.

Medronho, R. A . et al. (2003). *Epidemiologia*. São Paulo: Atheneu.

Minayo, M. C. & Souza, E. R. (1998). Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. *História, Ciências, Saúde*, 4 (3), 513-531.

SECRETARIA DA SAÚDE E DO MEIO AMBIENTE – SSMA. (2000). *Estatística de Saúde: mortalidade*. Porto Alegre: Núcleo de Informação em Saúde.

Severino, A. J. (1986). *Fundamentos de metodologia: Um guia para a iniciação científica*. São Paulo: McGraw Hill.

Shneidman, E. S. (1975). Suicide. In: A. M. Freedman, H. I. Kaplan, B. J. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry - II*. (pp. 1774-1785). Baltimore: The Williams & Wilkins.

Shneidman, E. S., Farberow, N. L. & Litman, R. (1969) Taxonomía de la Muerte: punto de vista psicológico. In: N. L. Farberow, E. S. Shneidman (Eds.). *Necesito ayuda! Un estudio sobre el suicidio y su prevención* (pp. 148-156). México: La Prensa Médica Mexicana.

Slaikue, K. A . (2000). *Intervención en Crisis: manual para práctica e investigación* (2a ed). México: Manual Moderno.

Wainrib, B. R. & Bloch, E. L.(1998). *Intervención en Crisis y Respuesta al Trauma: teoría y práctica*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Werlang, B. S. G. (2000). *Proposta de uma entrevista semi-estruturada para a Autópsia Psicológica em casos de suicídio*. Tese de Doutorado, Faculdade de Psicologia, Universidade de Campinas – UNICAMP, Campinas.

WHO (World Health Organization) (2002). *Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviors – SUPRE-MISS*. Recuperado em 20 de abril 2005: <http://www.who.int.mental_health/suicide>