

Contribuições da Avaliação Psicológica na prevenção do comportamento suicida.

Rogério Gomes Teixeira¹

Geórgia Filomena Martins Saldanha Baeta Neves²

RESUMO

O crescimento no número de suicídios cada vez mais acende um alerta na discussão sobre o tema e enaltece a relevância do diálogo e de pesquisas neste campo. A Organização Mundial de Saúde (OMS) registra que a cada 40 segundos uma pessoa assina a autoria pelo fim da sua própria história no mundo e a cada três segundos há uma tentativa. Nesse contexto, o presente artigo visa articular o problema do comportamento suicida sob a ótica da avaliação psicológica. Como campo específico, a avaliação psicológica se refere ao modo de conhecer fenômenos e processos psicológicos por meio de procedimentos de diagnóstico e prognóstico e, ao mesmo tempo, aos procedimentos de exames propriamente ditos para criar as condições de aferição ou dimensionamento dos fenômenos e processos psicológicos conhecidos.

Palavra-Chave: Avaliação Psicológica; Suicídio; Saúde Coletiva; Saúde Pública; Saúde Mental.

ABSTRACT

The growth in the number of suicides increasingly lights a warning in the discussion on the subject and emphasizes the importance of dialogue and research in this field. The World Health Organization (WHO) reports that every 40 seconds a person signs the authorship by the end of its own history in the world and every three seconds there is an attempt. In this context, this article aims to articulate the questioning of suicidal behavior from the perspective of psychological assessment. As a specific field, the psychological assessment as regards the manner of knowing phenomena and psychological processes through diagnostic procedures and

1 Psicólogo e Acadêmico do Curso de Especialização em Avaliação Psicológica do Centro Universitário do Rio Grande do Norte. Email: rogeriogteixeira@gmail.com

2 Professora Orientadora do Curso de Especialização em Avaliação Psicológica do Centro Universitário do Rio Grande do Norte. Email: georgia@unirn.edu.br

prognosis and year same time, the actual examination procedures to create the measurement conditions or scaling of psychological phenomena and processes known.

Keyword: Psychological assessment; suicide; Public Health; Public Health; Mental Health.

INTRODUÇÃO

O objetivo deste artigo é estimular no âmbito acadêmico e profissional o problema do comportamento suicida. O suicídio é um fenômeno complexo e multifatorial. Para realização da tarefa ora proposta, o artigo fará um breve recorte histórico de casos de suicídio em diferentes contextos, em seguida versará sobre o retrato estatístico do comportamento suicida e as intervenções no campo das políticas públicas e, por fim, especificamente o mais relevante no presente artigo, a contribuição bibliográfica e técnica da avaliação psicológica na prevenção do comportamento suicida.

Contudo, apesar de se tratar de um fenômeno remoto nos dias atuais, segundo dados da Organização Mundial de Saúde, o problema é tratado como não prioritário e não é visto ainda como uma questão de saúde coletiva. O Brasil, por exemplo, segundo o último relatório divulgado pela OMS, é o quarto país latino-americano com o maior crescimento no número de suicídios entre 2000 e 2012. Neste mesmo período, o documento aponta que o número de mulheres teve um aumento de 17% do que o número de homens, de aproximadamente 8%. Além disso, o relatório apresenta em números absolutos que apenas entre 2010 e 2012 foram 11.821 suicídios. Apesar da incidência e do retrato estatístico mundial, o problema ainda não é tratado como uma questão de saúde pública, segundo posicionamento da própria OMS.

É comumente aceito pelos pesquisadores que o comportamento suicida não é apenas uma tragédia pessoal, ela é familiar e comunitária. Para cada óbito por suicídio, há no mínimo cinco ou seis pessoas próximas ao suicida cujas vidas são profundamente afetadas emocional, social e economicamente. Por este motivo, é singular assegurar investimento técnico, econômico e social na prevenção ao comportamento suicida.

RECORTE HISTÓRICO DO SUICÍDIO

O suicídio é um ato de colocar fim à própria vida, é um fenômeno humano e existem registros históricos que demarcam a sua existência no tempo. Na Bíblia, por exemplo, considerado um dos livros mais antigos da humanidade, há relatos de tentativa de suicídio. Na carta de Reis, o profeta Elias pede a morte para si por entender que não era melhor que os pais. Ainda nas escrituras, um exemplo clássico é o de Judas, um dos discípulos de Jesus. Ao perceber o que tinha sido causado, Judas não suportou o sofrimento psíquico e enforcou-se. Outro exemplo histórico aconteceu no final da Segunda Guerra Mundial, ao constatar que a derrota alemã era inevitável, Hitler põe um ponto final em sua própria vida. No mesmo procedimento de morte, o Brasil assistiu a perda, em 1954, do conhecido “pai dos pobres”. Foi assim que Getúlio Vargas registrou o seu nome na História do Brasil, legitimando o seu ato na carta-testamento.

Esses exemplos e tantos outros são registros na História de como o suicídio sempre esteve presente no imaginário e no ato. O fenômeno sempre existiu, mas apesar dessa disparidade de tempo, a humanidade ainda trata a questão com muita limitação. Ainda é incompreensível a opção de uma pessoa em por fim a própria vida. A cultura e promoção da vida não permitem a ideia da cultura de morte, ou compreender a representatividade da morte. Além disso, existem questões religiosas que lapidam o suicídio como pecado.

Desse modo, a história exerce o seu papel em permitir neste artigo parâmetros históricos de reflexão de como o suicídio foi a solução encontrada por algumas pessoas e que os seus recursos perceptivos na ocasião não permitiram outra alternativa. É neste contexto em que muitas pessoas colocam um ponto final em sua existência até hoje. É justamente com essa reflexão que é possível levantar dados e falar em estratégias de prevenção.

RETRATO ESTATÍSTICO E POLÍTICAS PÚBLICAS

Baseado nos dados estatísticos apresentados pela OMS percebe-se a dimensão do problema do suicídio, mesmo não tendo o registro de todos os países. Apenas com os levantamentos registrados até hoje, a OMS alerta que o suicídio é

uma questão de saúde coletiva. Essa afirmativa da OMS é endossada pelos dados estatísticos em que legitima o suicídio como a principal causa de mortes em 2012. Estima-se 804 mil mortes por suicídio em todo o mundo em 2012. A taxa fica em 11.4 para cada 100 mil habitantes, sendo 15.0 para sexo masculino e 8.0 para mulheres, segundo a OMS. Nos países desenvolvidos, três vezes mais homens morrem de suicídio do que as mulheres, mas em países em desenvolvimento a proporção é bem menor em 1.5 homens para cada mulher. No Brasil, conforme o último levantamento foram registrados 11.821 suicídios, sendo 9.198 do gênero masculino e 2.623 do gênero feminino. A taxa brasileira é de 5.8 para cada 100 mil habitantes, sendo 9.4 de homens e 2.5 de mulheres.

Tabela 1: Estimativa do número e índices de suicídio por sexo e idade de 2000 e 2012

Gênero	Número de Suicídio em 2012	05 a 14 anos	15 a 29 anos	30 a 49 anos	50 a 69 anos	Mais de 70 anos	Taxa por 100 mil habitantes em 2012	Taxa por 100 mil habitantes em 2000	Alteração na Taxa de Suicídio entre 2000-2012
Masculino	9198	0.4	10.7	13.3	12.7	18.5	9.4	8.7	8.2%
Feminino	2623	0.3	2.6	3.7	3.8	3.3	2.5	2.1	17.8%

Fonte: Organização Mundial de Saúde (2014)

O mapa estatístico retrata que a maior taxa de suicídio no gênero masculino está em pessoas com mais de 70 anos no gênero feminino as maiores taxas ficam na faixa etária de 30 a 69 anos. Contudo, em pessoas idosas a taxa de mulheres também ficou representativa. Estudos realizados por meio de autópsia sociopsicológica mapeiam que dificuldades de relacionamento, problemas financeiros, conflitos familiares, isolamento social e solidão são os indicadores mais observáveis no desencadeamento de suicídio em idosos. Os pesquisadores dizem que muitos deles se referem a "pensamentos de morte", "desejos de morrer", "cansaço de viver", "falta de sentido da vida" e "tristeza com o rumo atual da própria existência" (MINAYO, 2010).

Apesar do alto índice em idosos, a juventude brasileira também revelou dados preocupantes. Em meados de 2014, a Secretaria-Geral da Presidência da República divulgou um mapeamento da violência de indivíduos em idade entre 25 a 29 anos adequando o estudo ao novo conceito de juventude estabelecido a partir da aprovação do Estatuto da Juventude. O estudo aponta que o suicídio, como a causa de mortalidade, apresenta uma taxa de 3.7 da população jovem e de 0.7 da população não jovem. Ainda é possível analisar um comparativo no crescimento de

164,9% na taxa de suicídio entre 1980 a 2012. Em 1980, foram registrados 3.986 por 100 mil habitantes, em oposição aos registros efetuados em 2012, que foram de 10.321.

Gráfico 1: Número e taxas de suicídio (por 100 mil habitantes) por faixa etária entre 1980-2012



Fonte: SIM/SVS/MS.

As metodologias utilizadas para o fim da própria existência variam de acordo com grupo populacional, sendo os mais usuais os meios por enforcamento, envenenamento ou arma de fogo. Outra constatação no comportamento suicida é a presença da ambivalência e o ato como uma resposta impulsiva ao repertório social.

Não obstante, embora o mapeamento estatístico apresente dados representativos, no que se refere a planejamento no campo das políticas públicas, o Estado ainda é desatendo ao fenômeno suicídio. Uma das argumentações apresentadas no relatório da Secretaria-Geral é que o Brasil carece de uma tradição ou cultura suicida. O retrato estatístico comprova o crescimento no número do suicídio no Brasil à sombra dos gigantes da nossa mortalidade violenta: os homicídios e os acidentes de trânsito. É exatamente essa premissa que o documento do Governo Federal aponta como uma justificativa para a falta de atenção ao fenômeno do comportamento suicida. Ademais, o documento coloca que a produção acadêmica não acompanha proporcionalmente o crescimento do problema.

A Organização Mundial de Saúde apresentou em seu último relatório um modelo estratégico de saúde pública. Primeiramente, o relatório propõe vigilância, enaltecendo a importância da definição do problema do comportamento suicida com a sistematização permanente de dados. Em seguida, identificar os fatores de proteção e de risco e o que pode ser feito para prevenir o comportamento suicida, realizando pesquisas para descobrir os motivos e que implicações tem o fenômeno. Após essa etapa, desenvolver e realizar intervenções e identificar o que funciona e

para quem. Por fim, como última etapa, o relatório coloca a implementação, intensificando as intervenções eficazes e avaliar seu impacto e eficácia. O Brasil, conforme o próprio documento elaborado pelo Governo Federal aponta, ainda está na fase da vigilância. Apesar de ser um grave problema de saúde pública, o suicídio, segundo a OMS, pode ser evitado. Para isso, é indispensável o investimento em capital humano e financeiro. O Estado, os setores sociais e os outros órgãos relevantes são parcerias importantes no planejamento estratégico da prevenção.

O PAPEL DA AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA NA PREVENÇÃO COMPORTAMENTO SUICIDA

É imperativo registrar alguns pontos comumente aceitos em torno do comportamento suicida. Primeiramente, o reconhecimento da multicausalidade do fenômeno. Existem fatores psicológicos, biológicos, sociais, ambientais e culturais no determinismo do comportamento suicida. É possível identificar os fatores de risco e de proteção. O fator psicológico, por exemplo, vem se destacando dos demais na legitimação do comportamento suicida, tendo como fatores de risco o sentimento de desesperança, rigidez cognitiva, sentimentos de aprisionamento, tomada de decisão disfuncional, impulsividade e, como fator de proteção, o apoio social e a habilidade de enfrentamento. Outro ponto comumente aceito é a variabilidade cultural.

Nessa perspectiva a Avaliação Psicológica poderá ser uma ferramenta de colaboração, identificando os fatores de risco e de proteção em uma pessoa. Contudo, será que o papel da Avaliação Psicológica se aplica em tal demanda? Se reduzir a Avaliação Psicológica apenas à aplicação de testes, provavelmente não. Por oportuno, de acordo com a Resolução nº 007/2003 do Conselho Federal de Psicologia (CFP), a Avaliação Psicológica é entendida como um processo técnico-científico de coleta de dados, estudos e interpretação de informações a respeito dos fenômenos psicológicos, que são resultantes da relação do indivíduo com a sociedade, utilizando-se, para tanto, de estratégias psicológicas – métodos, técnicas e instrumentos. No que se refere ao suicídio, os dados existem e são controlados efetivamente pelo Ministério da Saúde e os estudos e interpretação desse fenômeno também existem na literatura, mas não como estratégia de atuação. Alchieri (2014) aponta que na avaliação psicológica, e se aplica perfeitamente ao fenômeno do comportamento suicida, que a estruturação de um campo de estudos é um exercício

constante de especulação sobre a realidade que nos cerca, através da criação de modelos teóricos explicativos, da elaboração de metodologias e técnicas de intervenção capazes de nos instrumentalizar sobre esta realidade. O conceito apresentado pelo CFP permite inserir o comportamento suicida no campo da AP ao que se refere que o fenômeno é resultante da relação do indivíduo com a sociedade. Além disso, a autarquia federal aponta que os resultados das avaliações devem considerar e analisar os condicionantes históricos e sociais e seus efeitos no psiquismo, com a finalidade de servirem como instrumentos para atuar não somente sobre o indivíduo, mas na modificação desses condicionantes que operam desde a formulação da demanda até a conclusão do processo de avaliação psicológica.

Ainda neste segmento, a Avaliação Psicológica não se reduz apenas em testes psicológicos ou apenas instrumentos aplicáveis. Como aponta Primi (2003), Avaliação Psicológica não é uma área técnica produtora de ferramentas profissionais, mas a área da psicologia responsável pela operacionalização das teorias psicológicas em eventos observáveis. Ainda Primi (2003, p. 26).

(...) a avaliação na psicologia é uma área fundamental de integração entre a ciência e a profissão. Disso decorre que o avanço da avaliação psicológica não é um avanço simplesmente da instrumentação, mas sobretudo das teorias explicativas do funcionamento psicológico.

É justamente neste aspecto de instrumentalizar as explicações do funcionamento psíquico que a Avaliação Psicológica poderá ser uma boa ferramenta na construção de indicadores de prevenção. Para ser eficaz, a OMS estabelece os seguintes parâmetros para a prevenção do suicídio:

- reforçar a vigilância e investigação;
- identificar e atingir grupos vulneráveis;
- melhorar a avaliação e gestão dos comportamentos suicida;
- promover fatores de proteção ambientais e individuais;
- aumentar a conscientização através da educação pública;
- melhorar as atitudes e crenças sociais e eliminar o estigma em relação às pessoas com transtornos mentais ou que apresentam comportamentos suicidas;
- reduzir o acesso aos meios de suicídio;
- incentivar a mídia a adotar melhores políticas e práticas para relatar suicídio; e
- apoiar indivíduos enlutados por suicídio.

Bertolote (2012) apresenta um modelo de prevenção em que podemos

identificar em que fase a pessoa encontra-se. Na prevenção primária é a intervenção antes em que a pessoa desencadeie um processo mórbido. Na secundária, é a detecção precoce do processo patogênico e no terceiro nível, são as medidas tomadas, uma vez que foi interrompido ou finalizado o processo patogênico, para devolver o máximo possível à capacidade laboral da pessoa. Considerando que o suicídio tem início com ideações suicidas que, dependendo do repertório da pessoa, poderá adquirir consistência ou não, mas as ideações podem evoluir para um plano suicida e culminar com um desfecho fatal ou não.

Em 2000, a Organização Mundial de Saúde elaborou um documento estabelecendo diretrizes para profissionais de saúde da atenção primária. A proposta do documento é estabelecer parâmetros no atendimento de pessoas que não tenha um desfecho fatal ou até que esteja no estágio de ideias suicidas. É comumente aceito pelos pesquisadores que a prevenção precisa ser sedimentada e ser matéria de políticas públicas. Uma das premissas aceita por todos os pesquisadores e que sedimenta a proposta de prevenção é de que o suicídio pode ser prevenido. Contudo, é salutar políticas públicas que depositem na capacitação de profissionais da área da saúde para que haja um serviço de prevenção efetiva, ressaltando-se que eles perpassam por todos os estágios de prevenção sugeridos por Bertolote (2012).

Nesse contexto de prevenção, o profissional habilitado em Avaliação Psicológica poderá contribuir sobremaneira na detecção de indícios de um comportamento suicida. Todavia, avaliar requer atenção dos profissionais e é uma atividade que implica juízo de valor. Avaliar pressupõe uma produção de indícios baseados em pesquisas. Não existe um instrumento específico que avalie o comportamento suicida e também, devido à causa multifatorial, ficaria impraticável, com o conhecimento atual, produzir tal instrumento. Assim, a proposta do presente artigo é justamente essa, colocar em questão o papel da Avaliação Psicológica na produção de instrumentos e técnicas que auxiliem o profissional psicólogo na prevenção do comportamento suicida em diversos campos de atuação. Na perspectiva da prevenção primária, com a capacitação adequada, o psicólogo poderá atuar na promoção da saúde e ao identificar indícios de suicídio, atentar um pouco mais, com o conhecimento disponível da Avaliação Psicológica, investir na prevenção do comportamento suicida. A Escala Beck, por exemplo, oferece indícios sugestivos do comportamento suicida, por meio da escala de desesperança (BHS).

A avaliação psicológica na atenção primária ainda é tímida, mas para angariar neste setor, o profissional deve compreender em que contexto está inserido. A psicologia brasileira se inseriu na saúde pública na década de 1970, Andrade (2009, p. 167), coloca que a crise financeira vivenciada nesta época afastou a classe média dos consultórios, culminando com a abertura do espaço para outros profissionais na área de saúde. Em 2006, o Ministério da Saúde aprovou por meio da Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão e diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Além de definir recursos orçamentários, o documento aponta como princípios gerais que atenção básica é um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. O trabalho é realizado em equipe e delimita um território para atendimento. A Atenção Básica tem a saúde da Família como estratégia prioritária. Além do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), O PNAB também inclui estratégia de atenção básica para a população de rua, conhecido como consultório de rua, e facilidades no atendimento das populações ribeirinhas. Retomando os estágios de prevenção de Bertolote (2012), Atenção Básica é uma estratégia de promoção à saúde. Nesse contexto, a AP poderá ser utilizada como uma ferramenta na identificação de comportamento suicida.

No Brasil, a Atenção Básica ou Primária é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas, sendo um campo ideal para a implantação de estratégias de prevenção ao comportamento suicida. A OMS endossa nesta vertente apontado que a equipe da Atenção Básica é o elo da saúde com a comunidade, permitindo um cuidado continuado, por ter um longo contato com a comunidade local. Em alguns casos é o primeiro recurso de atenção à saúde mental e é a porta de entrada para os serviços especializados. Em suma, os profissionais de saúde da atenção básica são acessíveis, disponíveis, detentores de conhecimento e comprometidos com a promoção de saúde.

Nessa abertura que os profissionais da AP poderiam se estruturar e implantar ações preventivas de diminuição ou eliminação de ideações suicidas. O NASF e até mesmo o consultório de rua consta em sua equipe profissional psicólogo que, com

seus recursos técnicos e científicos em avaliação psicológica, poderiam contribuir sobremaneira para a identificação e prevenção do comportamento suicida. A respeito da técnica, o psicólogo necessita ter, antes de tudo, um vasto conhecimento em relação às técnicas que pretende utilizar, assim como uma possibilidade de crítica consciente em relação aos instrumentos de avaliação que utiliza – testes, dinâmicas de grupo, observação, entrevista e outros (MACHADO, 2007).

A Avaliação Psicológica possui algumas características que o tipificam como um conjunto de procedimentos, sendo uma delas a obtenção de amostras de comportamento. É possível que o psicólogo sendo membro do NASF ou até mesmo do consultório de rua, demarque em sua atuação, instrumentos de avaliação para um trabalho diretivo de prevenção. O menor que seja o número de pessoas que acabam com sua própria história estatisticamente é salutar investir em ações preventivas e que os profissionais que lidam com a promoção à saúde estejam capacitados para acreditar sempre na vida. Na estruturação da problemática e de como atuar nesse processo devem ser considerados a adaptabilidade do contexto no qual se recebe a demanda. Na maioria das vezes, quem tenta o suicídio é atendido primeiramente ou até unicamente em postos de saúde e em unidades emergenciais. Esse é local basilar para se estruturar um serviço de encaminhamento ou intervenção inicial.

Estudos já realizados e publicados pela OMS ajudam os profissionais que estão em campo no entendimento desse fenômeno. Por exemplo, existem dois fatores importantes relacionados ao suicídio. Primeiro, a maioria das pessoas que cometeu suicídio tem um transtorno mental diagnosticável. Segundo, o comportamento suicida é mais frequente em pacientes psiquiátricos. Grupos de risco possuem os seguintes diagnósticos: depressão em todas as formas, transtorno de personalidade, alcoolismo, esquizofrenia e transtorno mental orgânico. Para a OMS, a maioria das pessoas com risco de suicídio que apresentam transtorno mental não procura um profissional de saúde mental, evidenciando a relevância da equipe de atenção primária à saúde.

Assim, apesar da lentidão no que se refere à produção técnica para prevenção do comportamento suicida, a Avaliação Psicológica tem muito a contribuir com seu rigor ético e técnico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A sociedade contemporânea carece de intervenções preventivas e de políticas públicas que tenham como princípio fundamental a vida. O apelo da OMS e os dados estatísticos corroboram para o entendimento de que o modelo perceptivo e cognitivo do ser humano foi modificado nos últimos tempos devido à pluralidade de fatores, permitindo que a opção pelo suicídio seja adotada como a única saída. Em relação à dimensão metodológica, como foi observada, a produção acadêmica não acompanhou o crescimento da demanda, assim como não é prioritário para o Estado o incentivo de pesquisas e a elaboração de protocolos de prevenção. Todavia, observa-se que o Governo Federal tem em sua plataforma de governo alguns projetos que podem ser aperfeiçoados e adequados para o atendimento de pessoas com potencial para o suicídio conforme assinado no presente artigo.

Como um modelo de estratégia de prevenção, a Avaliação Psicológica poderá colaborar na identificação precoce do comportamento suicida e sugerir mecanismos preventivos. Apesar da ausência de pesquisas relacionando suicídio e AP, é exequível com o conhecimento atual a elaboração de propostas de intervenção e prevenção. Contudo, é essencial o trabalho multidisciplinar e o empenho do profissional no aperfeiçoamento dessa especialidade da Psicologia.

REFERÊNCIAS

ALCHIERI, João Carlos. **Avaliação Psicológica: conceito, métodos e instrumentos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2014.

ANDRADE, Juliane Fernandes Simões de Mattos; SIMON, Cristiane Paulin. **Psicologia na atenção primária à saúde: reflexões e implicações práticas**. Universidade de São Carlos, São Paulo, Vol. 19, nº 43, 167-175, maio-ago. 2009.

BERTOLETE, José Manoel. **O suicídio e sua prevenção**. São Paulo: Editora Unesp, 2012.

BRASIL. Conselho Federal de Psicologia. **O Suicídio e os Desafios para a Psicologia**. Brasília: CFP, 2013. Disponível em: <<http://site.cfp.org.br/publicacao/suicidio-e-os-desafios-para-a-psicologia/>>. Acesso em: 18NOV2014.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Institui o Manual de Elaboração de Documentos Escritos produzidos pelo psicólogo, decorrentes de avaliação psicológica. **Resolução nº 007/2003**, de 14 de junho de 2003.

GONCALVES, Ludmilla R. C.; GONCALVES, Eduardo; OLIVEIRA JUNIOR, Lourival Batista de. **Determinantes espaciais e socioeconômicos do suicídio no Brasil: uma abordagem regional**. Nova econ., Belo Horizonte , v. 21, n. 2, Aug. 2011.

MACHADO, Adriane Picchetto; MORONA, Valéria Cristina. **Manual de Avaliação Psicológica**. Curitiba: Unificado, 2007.

Mapa da Violência: Os jovens do Brasil. Brasília, 2014. Disponível em: <http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2014/Mapa2014_JovensBrasil.pdf>. Acesso em 15NOV2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; CAVALCANTE, Fátima Gonçalves. **Suicídio entre pessoas idosas: revisão da literatura**. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 44, n. 4, Aug. 2010.

PRIMI, R. (2003). **Inteligência: avanços nos modelos teóricos e nos instrumentos de medida**. *Avaliação Psicológica*, 2, 67-77.

World Health Organization. **Preventing suicide: a global imperative**, 2014. Disponível em: < <http://www.who.int/en>>. Acesso em 11NOV2014.