INSTITUTO LUTERANO DE ENSINO SUPERIOR DE ITUMBIARA

CURSO DE BACHARELADO EM PSICOLOGIA

FERNANDO SILVA

A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO DA SAÚDE FRENTE À PREVENÇÃO AO ATO SUICIDA

Itumbiara

2019

FERNANDO SILVA

A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO DA SAÚDE FRENTE À PREVENÇÃO AO ATO SUICIDA

Projeto de Pesquisa apresentado no 7° período com finalidade de nota parcial nas disciplinas do curso de Bacharelado em Psicologia do Instituto Luterano de Ensino Superior de Itumbiara-Goiás.

Orientador(a): Mestre Suziane de Cassia Almeida Lemos

Itumbiara

2019

1. **INTRODUÇÃO**

O presente projeto de pesquisa tem como proposta uma reflexão acerca do suicídio e da atuação do psicólogo da saúde frente à prevenção deste, levando em consideração as causas e fatores que desencadeiam o suicídio.

O suicídio é um fenômeno complexo que representa um sério problema de saúde pública, o qual requer atenção e prevenção. De acordo com a OMS (2000), a cada 3 segundos uma pessoa atenta contra a própria vida, e a cada 40 segundos uma pessoa comete suicídio no mundo.

Neste contexto, este trabalho tem como foco destacar o papel do psicólogo da saúde na prevenção do ato suicida, analisando as questões psicológicas e os diversos possíveis fatores que acarretam este.

Para orientar este estudo tem-se como problema: Como se dá a atuação do psicólogo da saúde frente à prevenção do ato suicida?

Baseando-se na importância do trabalho de pesquisa formula-se a seguinte hipótese:

Acredita-se que o psicólogo da saúde à qual realiza atendimento com estes pacientes de ideação e tentativas suicidas, deva ter uma visão empática com a situação, não discriminando a atitude do outro e entendendo tais tentativas como sendo um fenômeno que se comunica como um pedido de ajuda.

Diante do exposto o estudo tem como objetivo geral compreender qual o trabalho da psicólogo de saúde frente à prevenção do ato suicida, levando em consideração os pontos significativos deste papel. Os objetivos específicos que norteiam a pesquisa incluem: entender quais os fatores desencadeadores do suicídio e/ou ideação suicida; discutir a respeito do diferencial que é um bom acolhimento realizado pelo psicólogo nestes casos e tanto adquirir como transmitir conhecimento sobre essa temática.

Justifica-se como relevância social compreender tanto o papel, quanto a relevância do psicólogo do campo da saúde frente à prevenção do ato suicida, além de destacar a realidade subjetiva dos indivíduos envolvidos neste contexto. Em uma instancia cientifica, este estudo poderá abrir caminhos para estudantes e profissionais da área auxiliando no conhecimento sobre essa temática. E como relevância pessoal, acredita-se que é de suma importância compreender melhor o valor do trabalho do psicólogo no contato com pacientes advindos de um contexto de tentativas e ideações suicidas.

Refletir a respeito dessas questões é essencial no campo da Psicologia. É nesse sentido que o presente artigo, recorte de pesquisa bibliográfica, busca compreender a atuação do psicólogo no contexto da saúde, com pessoas que passaram por uma tentativa de autoextermínio.

1. **A PSICOLOGIA DA SAÚDE**

 O suicídio é um fenômeno complexo, multifatorial. Que resulta de uma hermética interação de fatores, psicológicos, sociais, biológicos, genéticos, culturais e ambientais.

Em 20 de setembro de 2018 o Ministério da saúde divulgou que no Brasil entre 2007 e 2016, foram registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) 106.374 óbitos por suicídio. Em 2016, a taxa chegou a 5,8 por 100 mil habitantes, com a notificação de 11.433 mortes por essa causa. (WHO, 2018). Esse cenário estatístico motivou a Organização Mundial da Saúde (OMS) a colocar o tema como prioridade na agenda global de saúde pública, estimulando os países a adotarem estratégias de prevenção com atuação interprofissional, com o objetivo de derrubar estigmas que ainda persistem. Neste contexto, a atenção primária emerge como importante setor de identificação, prevenção e controle à tentativa de autoextermínio.

 Portanto, é mister conduzir a reflexão descrevendo os aspectos pelos quais baseia-se e direciona-se a Psicologia da Saúde para uma melhor compreensão da metodologia que embasa este campo de atuação do psicólogo.

 Para falar de saúde é importante ressaltar que o que se entende por saúde corresponde a conjuntura social, econômica, política e cultural de cada época. (CINTRA, BERNARDO 2017). Após a Segunda Guerra Mundial a Organização Mundial de Saúde ampliou o conceito de saúde para: um estado de completo bem estar físico, mental e social. No Brasil, a Constituição de 1988, estabelece que a saúde seja um direito para todos e um dever garantido pelo Estado. Assim, em 1990, é regulamentado o Sistema único de Saúde o SUS, através da Lei nº 8.080/1990.

É necessário lembrar que o SUS, nasceu a partir da luta de movimentos sociais. E sua proposta objetiva a proteção, promoção, e a recuperação em saúde, e traz como princípios a universalidade, a gratuidade, a integralidade e a descentralização. (Brasil, 2007)

Dimenstein sobre a criação do Sistema Único de Saúde comenta:

O SUS pode ser considerado uma das principais inovações da reforma do Estado Brasileiro. É fruto de um amplo processo de discussão em relação à situação de saúde do país, o qual envolveu o Governo, profissionais de saúde progressistas e a população. (2001 p. 6)

O SUS está dividido em três níveis de atenção, com diferentes níveis de complexidade: primário em que estão as Unidades Básicas de Saúde e é a porta de entrada do paciente onde ocorrem procedimentos simples de atendimento e baseia-se principalmente na prevenção e promoção da saúde, os profissionais atuam também na comunidade. O nível secundário média c complexidade, inclusive de urgência e emergência, é composto pelos hospitais e outras unidades de atendimento especializado. Já o nível terciário envolve procedimentos de alta complexidade, tecnologia e custo. (Brasil, 2007)

O aparecimento da psicologia da saúde resulta do aperfeiçoamento dos modelos de compreensão do processo saúde-patologia decorrentes das revoluções da saúde ocorridas em meados do século XX. (ALVES, 2017)

Ao longo do século XX, o reconhecimento científico de que fatores psicológicos interferem sobre a etiologia de doenças somáticas e a demonstração de que a prestação de serviços de assistência à saúde inclui um complexo processo de interações sociais entre indivíduos dispostos hierárquica e funcionalmente, deram suporte para o surgimento de um movimento crescente de questionamento ao modelo biomédico da assistência à saúde e o desenvolvimento de modelos de saúde biopsicossociais (BANDEIRA DE SOUZA, DELEVATI, 2013)

 Martins e Rocha Júnior (2001, p.36) apontam que a Psicologia da Saúde surge a partir da necessidade de promover o pensamento do processo relacionados ao adormecimento como um fenômeno social. Além disso, eles pontuam também o interesse econômico embutido nesta nova visão de saúde, tendo em vista os altos custos dos serviços de saúde, e prejuízos provados no mercado de trabalho, colocado em evidência a importância de uma educação voltada a práticas saudáveis e políticas de prevenção.

 A Psicologia da Saúde surge partir da década de 70, com pesquisas voltadas a compreensão da relação mutua existente entre comportamento e saúde e comportamento e doença. (ALMEIDA, MALAGRIS, 2011)

Seu interesse está na forma como o sujeito vive e experimenta o seu estado de saúde ou de doença, na sua relação consigo mesmo, com os outros e com o mundo. Objetiva fazer com que as pessoas incluam no seu projeto de vida, um conjunto de atitudes e comportamentos ativos que as levem a promover a saúde e prevenir a doença, além de aperfeiçoar técnicas de enfrentamento no processo de ajustamento ao adoecer, à doença e às suas eventuais consequências. (ALMEIDA, MALAGRIS, 2011)

 Angerami, (2009) comenta que podemos dizer da psicologia da saúde um conjunto de práticas que atuem em uma “integração da saúde mental com a saúde física e social do paciente” Assim, neste campo de atuação o psicólogo vai atuar considerando a doença primeiramente como um “desequilíbrio entre o físico e emocional e suas intercorrências com a realidade social do paciente”.

Sobre o cuidado do psicólogo da saúde na atenção primária e sobre a importância desse profissional na equipe de saúde Dimenstein pontua:

Esses sujeitos são capazes de investir na produção de modos heterogêneos de cuidado, bem como na singularização da atenção, respeitando a diversidade cultural e subjetiva dos usuários, criando vínculos e responsabilidade para com a saúde do público. Trata-se, pois, de um profissional não escravizado pela técnica, pelo saber totalizante dos experts, por rituais profissionais, mas norteado por modelos de explicação ampliados acerca do complexo promoção-saúde-doença-cuidado (2001, p. 8)

**2.1 Suicídio**

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2010) *apud* Braga, Dell'aglio (2013), o suicídio constitui-se, atualmente, em um problema de saúde pública mundial, pois está, em muitos países, entre as três principais causas de morte entre indivíduos de 15 a 44 anos e é a segunda principal causa de morte entre indivíduos de 10 a 24 anos. A cada ano, aproximadamente um milhão de pessoas morrem devido ao suicídio, o que representa uma morte a cada 40 segundos. O índice mundial de suicídio é estimado em torno de 16 a cada 100 mil habitantes, variando de acordo com o sexo, a idade e o país. Nos últimos 45 anos, as taxas de suicídio aumentaram cerca de 60% em todo o mundo.

De acordo com Braga, Dell'aglio (2013), no Brasil, no ano de 2005, foram registrados oficialmente 8550 suicídios, o que representa uma morte a cada hora diariamente Apesar desses dados alarmantes, o Brasil é considerado um país com baixo índice de suicídio, pois a taxa oficial de mortalidade devido a esse problema é estimada em 4,1 por 100 mil habitantes para a população com um todo, sendo 6,6 para homens e 1,8 para mulheres. Segundo o Ministério da Saúde (2009), o suicídio é responsável por 24 mortes diárias no Brasil e três mil no mundo todo, além de 60 mil tentativas.

O suicídio refere-se ao desejo consciente de morrer e à noção clara do que o ato executado pode gerar. O comportamento suicida pode ser dividido em três categorias: ideação suicida (pensamentos, ideias, planejamento e desejo de se matar), tentativa de suicídio e suicídio consumado. A ideação suicida é um importante preditor de risco para o suicídio, sendo considerada o primeiro “passo” para sua efetivação (Werlang *et al.*, 2005). Assim, a decisão de cometer suicídio não ocorre de maneira rápida, sendo que com frequência o indivíduo que comete o suicídio manifestou anteriormente alguma advertência ou sinal com relação à ideia de atentar contra a própria vida. Da mesma forma, a literatura aponta que existe uma grande probabilidade de, após uma primeira tentativa de suicídio, outras virem a surgir, até que uma possa ser fatal. Portanto, a trajetória estabelecida entre a ideação suicida, tentativas e concretização da morte pode oferecer um tempo propício para a intervenção (Krüger e Werlang, 2010).

O termo suicídio, utilizado atualmente para falar sobre as mortes voluntárias, já foi tratado sob várias perspectivas em diversas épocas da história, a saber: pecado, crime, mal, patologia e loucura:

É principalmente a partir de Agostinho de Hipona (séc. V), também chamado por alguns de Santo Agostinho, que a morte de si passa a ter uma conotação pecaminosa. Posteriormente, ainda na Idade Média, passa a ser compreendida como crime, porque lesava os interesses da Coroa: aqueles que se matavam tinham seus bens confiscados pela Coroa, em detrimento de suas famílias, e os cadáveres eram penalizados. Ao final da Idade Média, com a separação entre a Coroa e a Igreja, o poder médico passa a ocupar um lugar privilegiado no controle da sociedade, de maneira que, a partir de então, são os “médicos” que definem a negatividade da morte voluntária, deslocando o fenômeno do pecado à patologia e qualificando-o como loucura (BERENCHTEIN NETTO, 2013, p. 16).

Dessa forma, ao falar sobre o suicídio implica em lidar com um tabu, que se refere ao tabu da morte (BERENCHTEIN NETTO, 2013). Rodrigues (2006), em Tabu da Morte, fala que a morte é a única certeza que temos da vida e diz que o homem é o único ser que possui a consciência da morte e de sua condição precária e efêmera.

Tal ação, geralmente é caracterizada pela vontade do indivíduo de livrar-se da frustração que se faz necessário lidar, geralmente não pensa na morte especificamente e sim em uma forma de se esquivar do que têm lhe feito mau. Para Costa e Forteski (2013 p.50), a pessoa que tenta o suicídio, muitas vezes, não busca a morte como o desaparecimento real do mundo, o suicídio é mais uma tentativa de resolver conflitos e sofrimentos nos quais a existência se encontra, de libertar-se de uma ausência intolerável, a morte é apenas uma consequência.

Para Durkheim (1897/2008) existem quatro tipos de suicídio: egoísta, altruísta, anômico e fatalista. O suicídio egoísta trata-se da ausência da sociedade na vida do indivíduo, a solidão do mesmo, levando ao individualismo. Já o tipo altruísta, há a presença da sociedade em peso na vida do sujeito, e tal ato é executado por reflexos de comunitarismo em excesso. Há o tipo anômico, onde a ausência da sociedade é relacionada a crises, que acabam provocando o suicídio e por fim o tipo fatalista, no qual o indivíduo sente-se oprimido pelas pessoas que o cercam e busca fugir dessa pressão.

**2.2 Fatores que Desencadeiam o Suicídio**

Há uma complexidade em relação aos fatores determinantes, pois muitas vezes são baseados em evidências proporcionadas por relatos de familiares, amigos, documentos. Contudo ao analisar a literatura pertinente podem-se destacar alguns dos quais são reincidentes em uma gama de casos. Na maioria das vezes, pode-se identificar a existência de alguma Psicopatologia, assim como é retratado por Botega, Werlang, Cais e Macedo (2006), onde os autores ressaltam que em 93-95% dos casos há um diagnóstico psicopatológico, onde divide-se em transtornos de humor, com prevalência maior de depressão grave correspondendo a 40-50% dos casos, dependência de álcool, (em torno de 20% dos casos) e esquizofrenia (10% dos casos).

A associação entre depressão e suicídio é extremamente congruente, tal psicopatologia consiste no principal fator associado ao comportamento suicida, segundo a literatura. Trata-se do transtorno que mais têm tido prevalência permeando as tentativas de suicídio, uma série de estudos mostram que o risco de suicídio aumenta mais de 20 vezes em indivíduos com episódio depressivo maior e é ainda maior em casos em que haja um transtorno psiquiátrico juntamente com a depressão (CHACHAMOVICH et al. 2009).

Além da depressão, o transtorno bipolar também tem se mostrado prevalente nas tentativas de suicídio. Dados da literatura acerca deste predomínio podem estar relacionados a demora para se chegar a um diagnóstico, que pode acarretar em maior gravidade do transtorno, além da polifarmácia, o uso de uma série de medicamentos em um mesmo paciente ou até mesmo a comorbidade com outro transtorno de ordem psicológica (FERNANDES; SCIPPA, 2012).

O transtorno de personalidade borderline provoca uma excessiva dificuldade afetiva e também leva a impulsividade, predisposição a agressão ao próprio corpo e tendem a ter comportamento suicida, principalmente quando é comórbido a outras psicopatologias como transtorno de humor, verifica-se uma exacerbação dos riscos de suicídio. Acerca da relação entre transtorno de personalidade borderline e suicídio os estudos de Pastore e Lisboa (2015), corroboram com achados na literatura existente.

Outro fator bastante associado às tentativas de suicídio trata-se do uso de substâncias psicoativas, na literatura pertinente a essa linha de pesquisa, foram encontrados diversos artigos nos quaispode se observar uma relação forte entre o comportamento suicida e esse fator. Segundo Lovisi et al. (2009), um dos principais aspectos relacionados ao suicídio é o abuso/dependência de álcool e drogas. A isso se acresce o fato de que quando há a presença de transtorno depressivo, o risco de intento de suicídio é potencializado.

Nesse seguimento, Moreira e Bastos (2015), ressaltam que a prevenção ao uso de álcool e drogas pode reduzir a tentativa de suicídio, principalmente em adolescentes. Sob outra perspectiva, Medeiros e Sougey (2010) mencionam o alcoolismo como um fator desencadeante de tentativas de suicídio. E deste modo ressalta que deve ser dada uma relevância maior a tal fator, visto que a prevalência do uso de álcool em pacientes suicidas mostra-se alta.

Cantão e Botti (2016) abordam o comportamento suicida em dependentes químicos, abrangendo drogas lícitas e ilícitas, os resultados das pesquisas dos mesmos corroboram o que foi trazido pelos outros autores. Ressaltam a prevalência alta de suicídio em dependentes químicos e o quão é importante avaliar o risco de suicídio ao lidar com um paciente com dependência de substâncias psicoativas. É um fator que exige atenção no manejo com tais pacientes.

Aos fatores de risco se acresce o sentimento de desesperança, no qual aparece altamente relacionado ao comportamento suicida com frequência na literatura. A desesperança constitui-se em uma perspectiva totalmente negativa sobre o que está por vir, há uma considerável falta de expectativas em relação ao futuro (PERGHER; STEIN; WAINER, 2004).

O indivíduo perde o que o incentiva a viver, acredita que nada vai melhorar e que não possui motivos para estar vivo, chega ao ponto de não conseguir suportar sua própria vida acreditando piamente que essa situação extremamente negativa que se encontra não vai mudar, com isso percebe o suicídio como a única saída (MARBACK; PELISOLI, 2014).

Outro fator trazido diversas vezes pela literatura consiste no desemprego, no sexo masculino, mais ainda do que no feminino. Isso se deve o fato do homem sentir-se responsável pelo sustento da família, provocando assim intensa perturbação naqueles indivíduos que encontram-se desempregados principalmente se for durante um longo período de tempo, ao ponto de acreditarem que não vão conseguir um trabalho, o que provoca uma pressão muito forte (RAPOSO et al., 2016).

#

 **REFERÊNCIAS**

MARTINS, Dinorah Gioia, ROCHA JÚNIOR, Armando. Psicologia da saúde e o novo paradigma: novo paradigma? 2001. Disponível em: Revista Psicologia - Teoria e Prática.

ALVES, Railda et al . Atualidades sobre a psicologia da saúde e a realidade Brasileira.**Psic., Saúde & Doenças**,  Lisboa ,  v. 18, n. 2, p. 545-555,  ago.  2017 .

BANDEIRA DE SOUZA, Ana Rita, DELEVATI, Daniel. **O fazer do psicólogo da saúde**. Caderno de gradação. Ciências Biológicas e da saúde-FITS. Maceió. V 2. N 1. Maio 2p13.

BRASIL. (2007). **Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília, DF: o autor

# WORLD HEALTH ORGANIZATION. **National suicide prevention strategies: progress, examples and indicators,** 2018. <https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/>

CINTRA, Marcela Spinardi; BERNARDO, Marcia Hespanhol. Atuação do Psicólogo na Atenção Básica do SUS e a Psicologia Social.**Psicol. cienc. prof.**,  Brasília ,  v. 37, n. 4, p. 883-896,  dez.  2017 .

ALMEIDA, Raquel Ayres de; MALAGRIS, Lucia Emmanoel Novaes. A prática da psicologia da saúde. Rev. SBPH, Rio de Janeiro , v. 14, n. 2, p. 183-202, dez. 2011 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S1516-08582011000200012&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 30 mar. 2019

DIMENSTEN, Magda. PSICÓLOGO E O COMPROMISSO SOCIAL NO CONTEXTO DA SAÚDE COLETIVA1. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 6, n. 2, p. 57-63, jul./dez. 2001

ANGERAMI-CAMON, Valdemar. O Ressignificado da Prática Clínica e suas Implicações na Realidade da Saúde. In ANGERAMI-CAMON, Valdemar. Psicologia da Saúde. Um novo significado para a prática clínica. São Paulo: Cengage Learning, 2009.

PEDRO, R. S. Jullyanne. **O Suicódio Enquanto Um Fenômeno Sócio-Histórico:** Possíveis Atuações e Desafios da Psicologia.

MOTTA, Hinayana; SILVA, Jéssica. **Comportamento Suicida:** Uma Revisão Integrativa da Literatura. 2017.

BOTEGA, N.. Comportamento suicida: epidemiologia. **Psicologia USP**, 25(3), 231-236,

2014. Doi: [https://dx.doi.org/10.1590/0103-](https://dx.doi.org/10.1590/0103-6564D20140004) [6564D20140004](https://dx.doi.org/10.1590/0103-6564D20140004).

CANTÃO, L.; BOTTI, N.. Comportamento suicida entre dependentes químicos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 69(2), 389-396, 2016. Doi: <https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690224i>

CHACHAMOVICH, E. et al. Quais são os recentes achados clínicos sobre a associação entre depressão e suicídio? **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 31(Suppl. 1), S18-S25, 2009. Doi: [https://dx.doi.org/10.1590/S1516-](https://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462009000500004) [44462009000500004](https://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462009000500004)

FERNANDES, F; SCIPPA, A**. Comportamento suicida no transtorno afetivo bipolar e características sociodemográficas, clínicas e neuroanatômicas associadas**. Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo), 40(6), 220-224, 2013. Doi: [https://dx.doi.org/10.1590/S0101-](https://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832013000600003) [60832013000600003](https://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832013000600003)

MARBACK, R.; PELISOLI, C. Terapia cognitivo- comportamental no manejo da desesperança e pensamentos suicidas. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas,** 10(2), 122-129, 2014. Doi: <https://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20140018>

PASTORE, E.; LISBOA, C. Desempenho cognitivo em pacientes com Transtorno de Personalidade Borderline com e sem histórico de tentativas de suicídio. **Psicologia Clínica**, 27(2), 139-159, 2015 . Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\_arttex](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0103-56652015000200008&amp;lng=pt&amp;tlng=pt) [t&pid=S0103-56652015000200008&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0103-56652015000200008&amp;lng=pt&amp;tlng=pt).

LOVISI, G. et al. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 31(Suppl. 2), 86-93, 2009. Doi: [https://dx.doi.org/10.1590/S1516-](https://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462009000600007) [44462009000600007](https://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462009000600007)

MEDEIROS, H.; SOUGEY, E. Distorções do pensamento em pacientes deprimidos: frequência e tipos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria,** 59(1), 28- 33, 2010. Doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852010000100005>

PERGHER, G.; STEIN, L.; WAINER, R. Estudossobre a memória na depressão: achados e implicações para a terapia cognitiva. **Archives of Clinical Psychiatry** (São Paulo), 31(2), 82-90, 2004. Doi: [https://dx.doi.org/10.1590/S0101-](https://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832004000200004) [60832004000200004](https://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832004000200004)

RAPOSO, J. et al.. Níveis de ideação suicida em jovens adultos. **Estudos de Psicologia** (Campinas), 33(2), 345-354, 2016. Doi: [https://dx.doi.org/10.1590/1982-](https://dx.doi.org/10.1590/1982-02752016000200016) [02752016000200016](https://dx.doi.org/10.1590/1982-02752016000200016)

WERLANG, B.S.G.; BORGES, V.R.; FENSTERSEIFER, L. 2005. Fatores de risco ou proteção para a presença de ideação suicida na adolescência. *Revista Interamericana de Psicologia,***39**(2):259-266.

KRÜGER, L.L.; WERLANG, B.S.G. 2010. A dinâmica familiar no contexto da crise suicida. *Psico-USF,***15**(1):59-70.

BERENCHTEIN NETTO, N. Suicídio: uma análise psicossocial a partir do materialismo histórico dialético (Dissertação de Mestrado). Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2007.

RODRIGUES, J. C. Tabu da Morte. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

COSTA, M.; FORTESKI, R. O constrangimento de ser e a alienação existencial como hipóteses Fenomenológico- Existenciais para o ato de suicidar-se. Psicopatologia Fenomenológica Comtemporânea, 2(1), 42-56, 2013.

DURKHEIM, E. O suicídio. São Paulo: Martin Claret, 2008.