

Vítor Giacomini Flosi

**Perfil psicossocial dos pacientes suicidas
atendidos na emergência de um hospital escola**

São José do Rio Preto
2006

Vítor Giacomini Flosi

**Perfil psicossocial dos pacientes suicidas atendidos
na emergência de um hospital escola**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina de São José do Rio Preto para
obtenção do Título de Mestre no Curso de
Pós-graduação em Ciências da Saúde, Área de
Concentração: Medicina.

Orientador: Prof.Dr. Sérgio José Alves de Almeida

São José do Rio Preto
2006

Ficha Catalográfica

Flosi, Vítor Giacomini

Perfil psicossocial dos pacientes suicidas atendidos na emergência de um hospital escola / Vítor Giacomini Flosi

São José do Rio Preto, 2006.

68 p.; xi

Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP)

Área de Concentração: Psiquiatria

Orientador: Prof. Dr. Sérgio José Alves de Almeida

1. Suicídio; 2. Tentativa; 3. Perfil psicossocial; 4. Emergência;
5. Hospital escola

Sumário

Dedicatória.....	i
Agradecimentos.....	ii
Epígrafe.....	iv
Lista de Tabelas e Quadros.....	v
Lista de Abreviaturas e Símbolos.....	vi
Resumo.....	viii
Abstract.....	x
1. Introdução.....	01
1.1. Definição.....	02
1.2. Epidemiologia.....	02
1.3. Etiologia.....	06
1.4. Objetivos.....	10
2. Casuística e Método.....	12
2.1. Casuística.....	13
2.1.1. Materiais.....	13
2.2. Método.....	15
3. Resultados.....	16

4.	Discussão.....	22
5.	Conclusão.....	35
6.	Referências Bibliográficas.....	37
7.	Apêndices.....	46
8.	Anexos.....	54

Dedicatória

**À minha esposa Danielle
Ao meu filho Lorenzo
Aos meus pais, Ailton e Cristina
Aos meus irmãos Fábio e Érick
Aos meus avós Édile, Darcy e Leonor
Às memórias de Jurandyr e Carla**

Dedico este trabalho

Agradecimentos

À **Força**, pela vida.

Aos **pacientes**, razão dos estudos realizados.

Ao **Prof. Dr. Sérgio José Alves de Almeida**, por me aceitar no curso de pós-graduação demonstrando confiança no meu trabalho, e por seu trabalho na área de pesquisa dessa instituição, devendo servir de exemplo a todos que almejam o mesmo caminho.

Aos **Profs. Carlos Roberto Feres, Miguel Moreno e Doroty Carvalho Feres** por contribuírem de forma incisiva em minha formação pessoal e humana.

Aos **Profs. Rassen Saidah, João Bosco Guerreiro da Silva, Cecília Megid Cury e Mauro Pedrin** responsáveis por minha transmutação profissional.

À **Prof. Dra. Emirene Maria Trevisan Navarro da Cruz**, acolhedora em todos os momentos.

Aos amigos de residência **Cassiano, Gustavo, Jabur, Ed, Fúlvio, Daniela, Luciane, Leandro, Luciana e Magda** pela ajuda na divisão da “carga”, pelos bons momentos de convívio pacífico e pelas trocas de experiências e conhecimentos.

A serenidade e às orelhas do **Prof. Dr. Lazslo Antonio Ávila**, por ouvir minhas livre-
associações.

Aos **Profs. Altino Bessa Marques e Silvanita Parolo Yacubian** pelo constante estímulo
intelectual.

Ao **Prof. José Antônio Cordeiro** pela orientação da análise estatística.

E principalmente aos grandes amigos da **República 69** (**Tiago, Dente, Daigo, Pedrão, Panga e Tchê**) e “**agregados**” (**Hugo, Pina, Boto, Débora, Yeda, Mamute, Tosco e Lia**) sem os quais à manufatura desse trabalho seria inviável.

...Sem vocês eu não teria realizado essa obra...Muito Obrigado!

“A angústia existencial se articula ao fato de o homem estar condenado a ser livre, a não poder de forma alguma abdicar de seu livre-arbítrio, em oposição a todos determinismos históricos, sociais e psíquicos. O homem não pode abdicar de sempre poder fazer algo *“com o que fizeram de mim”*, de interferir no seu próprio destino. Ao negar sua condição de *“condenado a ser livre”*, ao negar essa angústia existencial básica, o homem cai em má-fé, ou seja, em alienação existencial.”

Jean-Paul Sartre

Lista de Tabelas e Quadros

Tabela 1. Distribuição e frequência de tentativa de suicídio entre os gêneros.....	15
Tabela 2. Análise estatística da idade dos suicidas em relação aos sexos.....	15
Tabela 3. Distribuição do estado civil dos suicidas em relação aos gêneros.....	16
Tabela 4. Distribuição dos métodos de tentativa de suicídio entre os sexos.....	16
Tabela 5. Análise estatística da pontuação absoluta do Hamilton-D e sua distribuição entre os gêneros.....	17
Tabela 6. Análise estatística da pontuação absoluta da Escala de Intencionalidade Suicida de Beck e sua distribuição entre os gêneros.....	18

Lista de abreviaturas e símbolos

5-HIAA	Ácido 5 - Hidroxi Indolacético
BSI	Escala de Intencionalidade Suicida de Beck
CID-10	Décima edição do Código Internacional de Doenças
DATASUS	Banco de dados do Sistema Único de Saúde
DSM IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition, da Associação Psiquiátrica Americana
EPSIS I e II	European Parasuicide Standardized Interview Schedule I e II
HAM-D	Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton
HC-UNICAMP	Hospital das Clínicas da Universidade de Campinas
H-M	Homem-Mulher
HSL-PUCRS	Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica de Rio Grande do Sul
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LabDESC-FAMERP	Laboratório de Estatística do Departamento de Epidemiologia e Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina e Enfermagem de São José do Rio Preto
OMS	Organização Mundial de Saúde
QTS	Questionário de Tentativa de Suicídio
RGS	Rio Grande do Sul
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade

SP	São Paulo
UISS	Unidade Integrada de Saúde de Sobradinho
WHO	World Health Organization

Resumo

Título: Perfil psicossocial dos pacientes suicidas atendidos na emergência de um hospital escola.

Introdução: Suicídio é a morte intencional auto-infringida. A prevalência das taxas de suicídio é variável em diferentes culturas e varia com o tempo numa mesma cultura. Tem-se observado consistente tendência de aumento da proporção feminina, adolescente e adulto jovem. O presente estudo pretende descrever o perfil psicossocial de 40 pacientes atendidos na emergência do HB-FAMERP devido à tentativa de suicídio.

Casuística: Com os pacientes ainda internados os seguintes instrumentos foram aplicados: Questionário de Tentativa de Suicídio (QTS), Escala de Hamilton para Depressão (Ham-D), Escala de Intencionalidade Suicida de Beck (BSI), Teste das Duas Questões e Escala de Goldberg para depressão.

Resultados: Dos 40 casos 37,5% foram do sexo masculino e 62,5% do sexo feminino. O auto-envenenamento foi o método mais utilizado (95%), desses 50,3% por medicação psicotrópica e 27,7% por pesticidas. As pontuações médias para os sexos masculino e feminino foram 9,86 (BSI) e 18,8 (Ham-D), e 15 (BSI) e 28,36 (Ham-D) respectivamente. 52,5% dos pacientes não haviam tentado suicídio anteriormente. 87,5% da amostra tiveram como hipótese diagnóstica Transtorno Afetivo com episódio depressivo, sendo 54,3% considerados graves, 25,7% moderadas e 20% leves. 73,5% tinham renda familiar inferior a 3 salários mínimos e 87,5% renda familiar *per capita* até 1 salário.

Conclusão: Os pacientes são predominantemente mulheres jovens, de classe socioeconômica baixa, com baixa intencionalidade e auto-envenenamento é o método preferencial. Transtorno Afetivo foi o diagnóstico mais encontrado e a maioria dos pacientes revelou sintomas de depressão.

Palavras-chave: 1. Suicídio; 2. Tentativa; 3. Perfil psicossocial; 4. Emergência;
5. Hospital escola

Abstract

Title: Psychosocial profile of suicidal patients attended in a teaching hospital emergency.

Introduction: Suicide is self-infringed intentional death. The prevalence of suicidal rates varies from culture to culture and from time to time in the same culture. A growing tendency for female, adolescent and young adult has been observed. The current study attempts to describe the psychosocial profile of 40 patients attended in HB-FAMERP Hospital casualty due to suicide attempts.

Method: A combination of measures was used while patients were in hospital. The Attempting Suicide Questionnaire, the Hamilton Depression Scale (Ham-D), the Beck Scale for Suicidal Intention (BSI), Two-question Questionnaire and the Goldberg Scale for Depression.

Results: Results demonstrated that the male proportion was 37,5% and the female proportion was 62,5%. Self-poisoning was the most used method (95%): 50,3% by psychotropic drugs and 27,7% by pesticides. The average score for male and female was 9,86 (BSI) and 18,8 (Ham-D), and 15 (BSI) and 28,36 (Ham-D), respectively. Patients who had no history of previous suicide attempts were 52,5%. Affective Disorders with depressive episode were identified as diagnostic hypothesis in 87,5% of sample, in which 54,3% was considered grave, 25,7% considered moderate, and 20% tenuous.

Family income was lower than 3 minimum wages for 73,5% and per capita family income was up to a minimum salary for 87,5% of the total.

Conclusions: Patients are mainly young women, people from working class and with low intent. Self-poisoning is the commonest method. Affective Disorder is the usual diagnosis and most patients presented depression symptoms.

Key-words: 1. Suicide; 2. Attempt; 3. Psychosocial profile; 4. Emergency
5. Teaching hospital.

“Perfil psicossocial dos pacientes suicidas atendidos na emergência de um hospital escola”

1. Introdução

1.1. Definição

O suicídio é a morte intencional auto-infringida.⁽¹⁾ Scneidman definiu o suicídio como “o ato consciente de aniquilação auto-induzida, melhor entendido como uma enfermidade multidimensional em um indivíduo carente que define uma questão para a qual o ato é percebido como a melhor solução”.⁽²⁾

1.2. Epidemiologia

1.2.1. Incidência e Prevalência

A prevalência das taxas de suicídio é bastante variável em diferentes culturas e varia em razão do tempo em uma mesma cultura. Dentre os países dos quais se tem informação sistemática e confiável (basicamente países de Primeiro Mundo), tem-se observado uma tendência consistente de aumento da proporção em mulheres, adolescentes e adultos jovens. Especula-se se isso poderia ser atribuído à mudança observada no papel social da mulher nos últimos anos nas culturas ocidentais, mas sendo o suicídio um comportamento complexo e multifatorial não temos modelos abrangentes que nos permitam afirmar a influência de fatores específicos.⁽³⁾

A OMS classifica suas taxas em baixas (até 5 / 100.000 hab.), médias (5-15 / 100.000 hab), altas (15-30 / 100.000 hab) e muito altas (acima de 30 / 100.000 hab).⁽⁴⁾

1.2.2- Fatores Associados

1.2.2.1- Sexo

Os homens cometem suicídio com frequência três vezes maior do que as mulheres, sendo esta uma taxa estável em todas as idades. As mulheres, entretanto, estão quatro vezes mais propensas a tentarem o suicídio do que os homens.⁽¹⁾

1.2.2.2- Métodos

A taxa mais alta de suicídio bem-sucedido entre os homens está relacionada aos métodos usados. Os homens usam armas de fogo, enforcamentos ou precipitação de locais altos. As mulheres tendem mais a tomar dosagens excessivas de substâncias ou veneno, mas começam a usar armas de fogo mais frequentemente do que antes.⁽¹⁾

1.2.2.3- Ocupação

Quanto mais alta a posição social do indivíduo, maior é o risco de suicídios, mas uma queda na situação social também aumenta o risco. O trabalho, em geral, protege contra o suicídio.⁽¹⁾

Entre as categorias profissionais, os médicos tradicionalmente são considerados como estando sob o maior risco de suicídios. Entre os médicos, os psiquiatras são considerados como estando sob maior risco, com maior índice de exaustão, depressão e outros distúrbios psiquiátricos relacionados ao trabalho. Vários são os fatores estressantes identificados, como, por exemplo, a grande jornada de trabalho, porém o impacto do suicídio de pacientes que parece ser um dos principais fatores, ainda não foi bem investigado.⁽⁵⁾

1.2.2.4- Religião

Historicamente, as taxas de suicídio entre populações católicas são mais baixas do que entre protestantes e judeus. Talvez, o grau de ortodoxia e integração a uma religião seja uma medição mais acurada do risco nesta categoria do que a simples afiliação religiosa institucional.⁽¹⁾

1.2.2.5- Raça

A taxa de suicídios entre os brancos é quase duas vezes maior do que entre não-brancos, mas estes números estão sendo questionados, já que as taxas de suicídios entre os negros estão aumentando. Em 1989, a taxa de suicídios para homens brancos (19,6 por 100.000 pessoas) foi 1,6 vez superior a dos homens negros (12,5), 4 vezes superior à das mulheres brancas (4,8) e 8,2 vezes à das mulheres negras (2,4).⁽¹⁾

1.2.2.6- Estado civil

O casamento reforçado pelos filhos parece diminuir significativamente o risco de suicídios. Entre pessoas casadas a taxa é de 11 por 100.000. Pessoas solteiras, jamais casadas, registram uma taxa geral de aproximadamente duas vezes a taxa das pessoas casadas. Entretanto, as pessoas anteriormente casadas apresentam taxas acentuadamente mais altas do que as pessoas que jamais casaram, isto é, 24 por 100.000 para os viúvos, e 40 por 100.000 entre os divorciados, com grande predomínio para homens divorciados que registram 69 suicídios por 100.000, comparados com mulheres divorciadas que registram 18 suicídios por 100.000.⁽¹⁾

1.2.2.7- Clima

Não foi encontrada qualquer correlação sazonal com o suicídio. Existe um ligeiro aumento na primavera e no outono, mas, contrariamente à crença popular, não há aumento no número de suicídios no mês de dezembro ou períodos de feriados.⁽¹⁾

1.2.2.8- Idades

As taxas de suicídios aumentam com a idade, demonstrando a importância de crise da meia-idade (suicídio do tipo “balanço existencial”). Entre os homens, o suicídio atinge um pico e continua a aumentar após os 45 anos; entre as mulheres, o maior número de suicídios completados ocorre após os 55 anos. Taxas de 40 por 100.000 são encontradas em homens com 65 anos ou mais. Os idosos tentam o suicídio menos frequentemente do que as pessoas jovens, mas obtêm sucesso com maior frequência. Os idosos são responsáveis por 25% dos suicídios, embora perfaçam apenas 10% da população total. A taxa para os indivíduos acima de 75 anos é de mais de três vezes a taxa existente entre jovens.^(1,3)

1.2.2.9- Saúde física

O relacionamento entre saúde e doenças físicas com o suicídio é significativo. O atendimento médico anterior parece ser um indicador de risco para o suicídio sendo positivamente correlacionados: 32% dos suicídios receberam atendimento médico nos seis meses antes da morte. Estudos *post-mortem* mostram que uma doença física está presente em 25 a 75% de todas as vítimas de suicídio; estima-se que uma doença física seja um importante fator auxiliador em 11 a 51% dos suicídios. Nesse caso, a porcentagem aumenta com a idade.⁽¹⁾

1.2.2.10- Saúde mental

Fatores psiquiátricos altamente significativos no suicídio incluem dependência de álcool e abuso de outras substâncias, transtornos depressivos, esquizofrenia e outras doenças mentais. Quase 95% dos pacientes que cometem o suicídio têm uma doença mental diagnosticada. Os transtornos depressivos respondem por 80% deste número, com a esquizofrenia sendo responsável por 10% e demência e *delirium*, por 5%.⁽¹⁾

1.2.2.11- Pacientes psiquiátricos

O risco para o suicídio entre pacientes psiquiátricos é 3 a 12 vezes maior do que aquele dos não-pacientes. O grau de risco varia de acordo com idade, sexo, diagnóstico e situação de internação ou tratamento externo. Após um ajuste para a idade, os pacientes psiquiátricos têm risco de suicídio 5 a 10 vezes maior, respectivamente, do que os membros da população em geral. ⁽¹⁾

1.3. Etiologia

1.3.1. Fatores sociológicos

1.3.1.1. Teoria de Durkheim

Durkheim dividiu o suicídio em três categorias sociais: egoísta, altruísta e anômico.

O suicídio egoísta aplica-se àqueles que não estão fortemente integrados em qualquer grupo social. Isso explica porque a frequência de tentativas de suicídio é maior nos não casados do que nos casados. ^(1,6)

O suicídio altruísta aplica-se ao grupo cuja tendência ao suicídio deriva de sua excessiva integração em um grupo. Por exemplo, o soldado japonês que sacrifica sua vida em batalha. ^(1,6)

O suicídio anômico aplica-se àquelas pessoas cuja integração na sociedade é perturbada, privando-as, portanto, das normas costumeiras de comportamento. Exemplos: instabilidade sócio-econômica ou um colapso de critérios de valores sociais. ^(1,6)

1.3.2. Fatores psicológicos

1.3.2.1. Teoria de Freud

Mantendo sua compreensão da dinâmica da depressão, Freud (1917) supôs que o ego poderia matar a si próprio apenas tratando-se como um objeto; então, afirmou que o suicídio resulta do deslocamento de impulsos assassinos – ou seja, ao invés disso, desejos destrutivos em relação a um objeto internalizado são dirigidos contra o *self*. (Freud afirmou sua crença de que o suicídio representava uma agressão voltada contra um objeto de amor introjetado, com investimento ambivalente. Ele, apesar de só ter descrito um paciente que fizera tentativa de suicídio, duvida da existência de um suicídio sem o desejo anteriormente reprimido de matar outra pessoa). Depois do desenvolvimento do modelo estrutural (1923), Freud redefiniu o suicídio como a vitimização do ego por um superego sádico. ^(1,7,8,9)

1.3.2.2. Teoria de Menninger

Menninger concebeu o suicídio como um assassinato retroflexivo, um homicídio invertido em consequência da cólera do paciente contra outra pessoa, que é voltada para dentro de si mesmo ou usada como desculpa para punição. Descreveu três componentes da hostilidade no suicídio (por isso mais complexo que o modelo freudiano que considerava apenas o dinamismo entre dois componentes estruturais – ego e superego): o desejo de matar, o desejo de ser morto e o desejo de morrer. O desejo de matar pode ser dirigido não só para um objeto interno. A experiência clínica reiteradamente confirma que o suicídio tem sempre a função de destruir as vidas dos sobreviventes. Os pacientes deprimidos com frequência sentem, por exemplo, que o suicídio é a única vingança satisfatória contra seus pais. ^(1,7,10,11)

1.3.2.3. Outras teorias psicológicas e estudos recentes

Os estudiosos modernos do suicídio têm dúvida sobre a existência de uma psicodinâmica ou estrutura de personalidade específica associadas com o suicídio. Entretanto sugeriram que muito pode ser aprendido sobre a psicodinâmica dos pacientes suicidas a partir de suas fantasias, quanto ao que aconteceria e quais seriam as conseqüências de seu suicídio.⁽¹⁾

Fenichel (1945) observou que o suicídio pode ser a realização de um desejo de reunião, ou seja, uma alegre e mágica reunião com uma pessoa amada perdida, ou uma união narcisista com uma figura amorosa do superego.^(8,12)

Dorpat (1973) vê a perda de um objeto geralmente precedendo um ato suicida, e muitos pacientes suicidas revelam fortes anseios de dependência em relação ao objeto perdido. Nesse sentido o suicídio pode ser um anseio regressivo de união com uma figura materna ou paterna perdida.^(8,13)

Bunch e Barraclough (1971): suas pesquisas mostraram uma importante correlação estatística entre suicídio e o aniversário da morte dos pais.^(8,14)

Clark e Fawcett (1992) revelaram que seria útil diferenciar fatores de risco a curto e em longo prazo numa tentativa de prever o suicídio. Sete fatores foram preditivos do suicídio no período de 1 ano após a entrada no estudo: ataques de pânico, ansiedade psíquica, perda de prazer ou interesse importante, distúrbio depressivo envolvendo uma rápida mudança de humor da ansiedade para depressão e para a raiva ou vice versa, abuso de álcool, concentração diminuída, insônia global. Fatores de risco em longo prazo incluíam: desesperança, ideação suicida, intenção suicida e história de tentativa de suicídio prévia.^(8,15)

Arieti (1977) observou que certos pacientes que não conseguem modificar sua ideologia dominante ou sua expectativa em relação ao outro dominante, podem também apresentar alto risco de suicídio.^(8,16)

Smith (1983) e posteriormente Smith e Eyman (1988) utilizaram testes psicológicos projetivos estudando e identificando três padrões do ego e paradigmas de relações objetais internas que diferenciam os indivíduos que fizeram sérias tentativas de suicídio daqueles que somente fizeram gestos para controlar outras pessoas significativas. Os que tentaram de forma séria apresentavam: 1 - uma incapacidade de abandonar desejos infantis de cuidados associados a um conflito pelo fato de ser francamente dependente; 2 - uma visão séria e ambivalente da morte; 3 - expectativas excessivamente altas a respeito de si mesmo e 4 - excessivo controle do afeto, principalmente da agressão.^(8,17,18)

1.3.3. Fatores fisiológicos

1.3.3.1. Fatores genéticos

Os estudos mostram que o suicídio tende a ocorrer dentro das famílias. Descobriu-se que o risco de suicídio em parentes de primeiro grau de pacientes psiquiátricos era quase 8 vezes maior do que em parentes dos controles. Além disso, o risco de suicídio entre os parentes de primeiro grau de pacientes que cometeram o suicídio era 4 vezes maior do que o encontrado entre os parentes de pacientes que não cometeram suicídio. Estudos com gêmeos monozigóticos também mostram concordância maior, em tentativas de suicídio, do que gêmeos dizigóticos.^(1,19)

1.3.3.2. Neuroquímica

Uma deficiência de serotonina medida foi descoberta em um grupo de pacientes deprimidos que tentaram suicídio. Aqueles pacientes que tentaram suicídio por meios violentos tinham um nível mais baixo de ácido 5-hidroxiindolacético (5-HIAA) no líquido do que aqueles pacientes deprimidos que não estavam suicidas ou que tentaram o suicídio de um modo menos violento.⁽¹⁾

Poucos estudos demonstraram alargamento ventricular e eletroencefalograma anormais em alguns pacientes suicidas.⁽¹⁾

Análises de amostras sanguíneas para monoaminoxidase plaquetária de um grupo de voluntários normais demonstraram que aquelas pessoas com o nível mais baixo desta enzima, em suas plaquetas, tinham uma prevalência de suicídio em suas famílias 8 vezes maior, comparadas com as pessoas com altos níveis da enzima. Existem fortes evidências de alterações da atividade da monoaminoxidase plaquetária nos transtornos depressivos.⁽¹⁾

1.4- Objetivos

O presente estudo visa traçar o perfil psicossocial dos pacientes que deram entrada na emergência do hospital de base devido à tentativa de suicídio. Para tanto iremos comparar a proporção das tentativas de suicídio entre os sexos; identificar as ocorrências nas diferentes faixas etárias; correlacionar tentativa de suicídio com estado civil; determinar os graus de escolaridade; comparar número de pacientes com história prévia de tratamento e internação psiquiátrica e sem história em relação às tentativas de suicídio; reconhecer os métodos mais utilizados nas tentativas de suicídio; identificar eventuais doenças físicas co-

mórbidas como precipitadoras da atual tentativa; estabelecer os principais diagnósticos pela Décima edição do Código Internacional de Doenças (CID-10) correlacionadas às tentativas; atribuir as pontuações das escalas psicométricas selecionadas para a população suicida; subdividir de acordo como grau de letalidade (severa, moderada e leve) e da intencionalidade suicida (alta ou baixa); categorizar socioeconomicamente a população suicida.

2. Casuística e Método

2. Casuística e Método

2.1 Casuística

Foram estudados 40 pacientes encaminhados, entre os meses de Agosto de 2004 e Dezembro de 2005, para o Hospital de Base, devido à tentativa de suicídio.

Dentre os critérios de inclusão foram considerados: pacientes de ambos os sexos, em qualquer faixa etária, com ou sem doença orgânica ou mental diagnosticada, com ou sem deformidades físicas que tenham dado entrada no Hospital de Base devido à tentativa de suicídio.

Não há critérios de exclusão, contanto que o paciente tenha dado entrada no hospital de Base devido à tentativa de suicídio.

Os pacientes foram avaliados, durante sua internação no hospital escola, por 5 aplicadores (estudantes de medicina) devidamente capacitados por uma psicóloga para padronização da entrevista. Os seguintes instrumentos faziam parte da avaliação: Protocolo da Escala de Ideação Suicida de Beck, Escala de Hamilton, Teste de 2 Questões, Escala de Goldberg para detecção de depressão e uma entrevista estruturada, baseada na “European Parasuicide Standardized Interview Schedule”.^(20,21,22,23,24,25)

2.1.1. Materiais

2.1.1.1. Telefone Celular

Um telefone celular foi colocado à disposição dos membros do trabalho para que pudessem ser contatados pelo Serviço de Emergência do Hospital de Base em caso de chegada de tentativa de suicídio.

2.1.1.2. Apêndice

2.1.1.2.1. Questionário de Tentativa de Suicídio (QTS)

Todos os pacientes que concordaram em participar do estudo foram submetidos ao QTS, durante a internação no hospital geral, sendo esse baseado na “European Parasuicide Standardized Interview Schedule”.^(20,21)

2.1.1.3. Anexos

2.1.1.3.1. Teste de 2 Questões (anexo 1)

Teste utilizado atualmente como diretriz diagnóstica pela Associação Médica Brasileira para tratamento da depressão. Quando “sim” para as 2 questões apresenta Sensibilidade de 96% e Especificidade de 57%.⁽²²⁾

2.1.1.3.2. Escala de Goldberg para detecção de depressão (anexo 2)

Escala utilizada atualmente como diretriz diagnóstica pela Associação Médica Brasileira para tratamento da depressão. Possui 9 questões sendo dividida em 2 partes: se “sim” para qualquer uma das 4 perguntas, da parte 1, o paciente deve continuar respondendo as 5 questões da segunda parte, se “sim” para 3 ou mais itens apresentará Sensibilidade de 85% e Especificidade de 90% para depressão.⁽²²⁾

2.1.1.3.3. Protocolo da Escala de Intencionalidade Suicida de Beck (BSI – anexo 3)

Escala psicométrica validada para o português, conta com um total de 21 agrupamentos de afirmações, com pontuações variando de 0 a 2, e pontuação total variando de 0 a 42, Adotamos 24 como corte para distinguir alta de baixa intencionalidade suicida.⁽²³⁾

2.1.1.3.4. Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton (HAM-D – anexo 4)

Tendo em vista a alta incidência de transtornos afetivos, vinculados às tentativas de suicídio, optou-se pela aplicação da Escala de Hamilton-D para a avaliação da gravidade de sintomatologia depressiva, já que essa é considerada *Gold-standart* para tal, apesar de não ser considerada instrumento diagnóstico para identificação de depressão.

A Escala HAM-D possui três versões de 17, 21 e 24 itens. A escolhida para nosso trabalho foi a versão de 24 itens. Os itens da Escala de HAM-D são pontuados de 0 a 2 ou de 0 a 4, com uma pontuação variando de 0 a 70 para a versão de 24 itens. Pontuações de 7 ou menos podem ser consideradas normais; entre 8 e 13 indicam depressão leve; entre 14 e 18, depressão moderada; entre 19 e 22 depressão grave e acima de 23, depressão muito grave. Embora o autor não tenha proposto um ponto de corte padrão, na prática geralmente se aceita que escores acima de 25 pontos identifiquem pacientes gravemente deprimidos, escores entre 18 e 24 pontos refiram-se a graus moderados e escores entre 7 e 17 pontos refiram-se a graus leves de depressão.^(24,26,27,28)

2.2. Método

Após o paciente dar entrada em nosso serviço, devido à tentativa de suicídio, um dos aplicadores dos instrumentos selecionados para o atual estudo foi contatado, via telefone celular, para realização do consentimento esclarecido e informado. Caso o paciente aceitasse participar do estudo os instrumentos do protocolo (QTS, BSI, Teste das Duas Questões, Escala de Goldberg para depressão e HAM-D) seriam, então, aplicados.

O protocolo foi aplicado de imediato, com o paciente ainda internado no hospital geral, e teve, no total, duração média de 60 minutos.

3. Resultados

A análise estatística foi realizada com o auxílio do Laboratório de Estatística do Departamento de Epidemiologia e Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (LabDESC-FAMERP).

O programa utilizado foi o Minitab versão 12.22, além do Teste Exato Para Uma Proporção.

Não houve significância estatística para o sexo, pois do total das 40 tentativas 15 (37,5%) foram realizadas por homens e 25 (62,5%) por mulheres ($p > 0,05$).

Tabela 1. Distribuição e frequência de tentativa de suicídio entre os gêneros.

Gênero	Masculino	Feminino
	15 (37,5%)	25 (62,5%)

A idade média dos casos avaliados foi de 31 anos, a mediana foi 28 anos e meio e desvio padrão de 11,88. O caso mais jovem tinha 13 anos e o mais velho 60. Houve evidência de que a maioria das tentativas aconteceu até os 35 anos ($p = 0,081$).

Tabela 2. Análise estatística da idade dos suicidas em relação aos sexos.

Idade (n = 40)	Homens	Mulheres
Média	36	38,32
Mediana	32	23
Mínimo-máximo	24-60	13-49
Desvio Padrão	12,01	10,55

Em relação ao estado civil os indivíduos quando separados em 2 grupos, “com ou sem companheiro”, não evidenciaram significância para as tentativas ($p=0,43$). No grupo dos “com companheiro” estavam 12 casados e 5 amasiados. Nos do “sem companheiro” estavam 16 solteiros, 6 divorciados e 1 viúvo. Entretanto quando comparamos apenas os divorciados contra os “com companheiro” encontramos significância estatística, para mais tentativas, no grupo dos divorciados ($p=0,035$).

Tabela 3. Distribuição do estado civil dos suicidas em relação aos gêneros.

Estado Civil (n = 40)	Homens	Mulheres
Solteiro sem parceiro	20%	48%
Solteiro com parceiro	26,6%	08%
Casado	33,3%	28%
Divorciado	13,3%	16%
Viúvo	6,6%	0%

Encontramos evidência ($p<0,0005$) de que a maioria tenta suicídio pela auto-intoxicação (95%). Desses 50,3% por medicações e 27,7% por pesticidas. Apenas 3 casos (7,5%) tentaram suicido de maneira mais agressiva por enforcamento ou lesão auto-provocada intencionalmente por objeto cortante ou penetrante. Nenhum paciente morreu.

Tabela 4. Distribuição dos métodos de tentativa de suicídio entre os sexos.

Método usado (n = 40)	Homens	Mulheres
Intoxicação exógena	86,6%	96%
Métodos violentos	03,3%	04%

Evidencio-se de que na maioria das tentativas o fator eliciador (dado por resposta espontânea) havia sido por motivos afetivos (conflito familiar, conjugal, solidão e tristeza) e não financeiras ($P=0,001$).

Há evidências de que a minoria tivesse casos de suicídios completados ou tentativas na família. Apesar de quase 50% da população estudada ($n=19$) já ter tentado anteriormente, não há evidência significativa ($p=0,875$) de que os casos tivessem tentado suicídio anteriormente.

Não há significância em relação a comorbidade orgânica como eliciador da atual tentativa, pois somente 10 casos (25%) eram portadores de alguma enfermidade somática.

Achamos evidência ($p<0,0005$) de que a maioria dos casos (87,5%) estava com algum grau de depressão. Entre eles, segundo a pontuação do Hamilton-D, 7 (20%) com depressão leve, 9 (25,7%) com depressão moderada, 16 (45,71%) com depressão grave sem sintomas psicóticos e 3 (8,57%) com depressão grave com sintomas psicóticos. Apenas 12,5% ($n=5$) dos casos apresentaram transtorno de ajustamento.

A escala de Hamilton foi aplicada em todos os casos e encontramos uma média de 24,78, com desvio padrão de 12,45. O mínimo e o máximo foram respectivamente 3 e 52 pontos.

Tabela 5. Análise estatística da pontuação absoluta do Hamilton-D e sua distribuição entre os gêneros.

Hamilton D (n = 40)	Homens	Mulheres
Média	18,8	28,36
Mediana	20	27
Desvio Padrão	10,18	12,6

O BSI também foi aplicado em todos os casos com média de 13,05 e desvio padrão de 12,62. O mínimo e máximo encontrados foram respectivamente 0 (zero) e 36. Há evidência ($P=0,006$) de que a maioria dos casos 73,5% ($n=29$) tem baixa intencionalidade suicida.

Tabela 6. Análise estatística da pontuação absoluta da Escala de Intencionalidade Suicida de Beck e sua distribuição entre os gêneros.

BSI (n = 40)	Homens	Mulheres
Média	9,86	15
Mediana	3	12
Desvio Padrão	12,08	12,27

A média para o sexo masculino foi de 9,86 pontos para o BSI e 18,8 para o Ham-D, para o sexo feminino as médias foram 15 pontos (BSI) e 28,36 pontos (Ham-D).

Em relação à escala de Goldberg há significância estatística ($p<0,0005$) para 3 ou mais “sim” entre os casos de tentativa (87,5%). Também encontramos significância ($p=0,002$) para o teste das 2 questões, pois 75% responderam “sim” 2 vezes.

Com relação ao estado laborativo dos casos, não houve evidência de que a população desempregada ou inativa (aposentados e com auxílio doença) tentasse mais suicídios.

Também há evidência de que os tentadores não possuem nível superior ($p<0,0005$) e eram moradores da Zona Urbana ($p<0,0005$).

Houve evidência de que a maioria dos casos possuía uma tentativa atual de gravidade leve ou moderada ($p < 0,0005$).

Encontramos significância ($p = 0,006$) para renda familiar até 3 salários (73,5%) e também para renda familiar *per capita* para até 1 salário (87,5%, $p < 0,0005$).

4. Discussão

Algumas limitações metodológicas deste estudo devem ser destacadas. O estado clínico dos pacientes foi respeitado sempre, sendo um fator de preocupação durante o processo da entrevista. A confiabilidade da informação coletada seria considerada levando-se em conta o estado de estresse do paciente. Por outro lado, tendo em vista a pequena proporção dos casos que retornaram para cuidados clínicos posteriores, o momento do atendimento na emergência é o único que temos para coletar os dados. Uma outra limitação metodológica foi o fato de considerarmos somente o diagnóstico principal do eixo central I, e não as comorbidades, exceto dependência química, ou o eixo II.^(29,30)

Suicídio é a segunda causa de morte entre os jovens de muito países e isso é um serio problema publico de saúde. Existem diferenças epidemiológicas entre homens e mulheres – o “paradoxo entre os gêneros”. De um lado as mulheres relatam ideações e tentam suicídio com mais frequência. De outro lado os homens ultrapassam a taxa de mortes das meninas. Embora muitos trabalhos tenham sido realizados para identificar os fatores de risco para comportamento suicida poucos focam a diferença dos gêneros.⁽³¹⁾

No presente estudo não houve significância estatística para o sexo, pois do total das 40 tentativas 15 (37,5%) foram realizadas por homens e 25 (62,5%) por mulheres ($p > 0,05$). Apesar disso, como em outros trabalhos que avaliaram as diferenças entre os gêneros, houve um predomínio de mulheres jovens. Vale ressaltar que pela falta de apenas uma ocorrência no sexo feminino não houve a significância esperada. Provavelmente a encontraríamos caso a mostra tivesse sido maior.

Nas últimas duas décadas a incidência de adolescentes suicidas tem sido muito alta (apesar de ter diminuído nos Estados Unidos da América nos últimos 4 anos),

justificando uma multiplicidade de estudos empíricos e teóricos. O extenso conhecimento que foi acumulado relacionado ao comportamento suicida em adolescentes tem levado a condutas mais diferenciadas. Muitos estudos tentam esclarecer necessidades específicas, motivações e o conceito de morte e suicídio em vários grupos de adolescentes (minorias, mulheres e homossexuais) propiciando métodos de avaliação mais específicos e exatos para sua prevenção e intervenção. Em nosso estudo 10% (n = 4) das tentativas foram de adolescentes do sexo feminino, não tivemos nenhuma ocorrência para adolescentes do sexo masculino. O comportamento suicida em garotas adolescentes é diferente em muitos aspectos do comportamento suicida dos garotos: A taxa de mortalidade das garotas é 3 a 5 vezes menor que a dos garotos, no entanto, a taxa de tentativas nas garotas é de 4 a 100 vezes maior. O método escolhido pelas garotas incluem, principalmente, o uso de fármacos e sua principal motivação está relacionada à dificuldades de relacionamento. Seu ato é um pedido de ajuda. A comorbidade entre suicídio e depressão é muito maior em garotas quando comparada aos garotos.⁽³²⁾

Num estudo com 22 pacientes que consultaram a Emergência do Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica de Rio Grande do Sul (HSL-PUCRS) de 1999 a 2001 tendo como causa da consulta a tentativa de suicídio, os pacientes também eram, em sua maioria, jovens do sexo feminino (média de idade de 28 anos); com maior frequência na faixa dos 15 aos 22 anos.⁽³³⁾

No Paraná entre 1980 e 1995 segundo dados oficiais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e dados do Sistema de Informações para Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM) encontrou-se diferença de gênero. O aumento do número bruto, para os homens, do primeiro ao último ano, foi de 82,3%. Entre as mulheres

houve um decréscimo de 12,8%. A média masculina do período foi de 8 e a feminina foi de 3 por cem mil pessoas do mesmo sexo. A relação masculino/feminino manteve-se entre 2 e 3 de 1980 a 1992. Daí em diante nunca baixou de 3. Em 1995 saltou para 4,5. A média desta relação, nos dezesseis anos, foi de 2,8 suicídios masculinos para cada suicídio feminino.⁽³⁴⁾

Em um estudo realizado em Campinas, SP, analisou-se a tendência das taxas brutas de suicídio, no período 1976-2001, segundo o sexo. Comparando a outros países, a mortalidade por suicídio no município foi baixa (<5 óbitos/100.000 hab). A sobremortalidade masculina foi superior a 2,7 suicídios masculinos para cada suicídio feminino.⁽³⁵⁾

Em outro estudo, para descrever o perfil sociodemográfico e clínico, realizado com 121 pacientes atendidos no Hospital das Clínicas da Universidade de Campinas (HC-UNICAMP) por tentativa de suicídio, onde o questionário utilizado também foi baseado na “European Parasuicide Standardized Interview Schedule” (EPSIS I E II), demonstrou-se algo diferente daquilo esperado segundo a literatura especializada, pois a maioria das tentativas ocorreu no sexo masculino (64,5%) e não no feminino (35,5%).⁽²⁰⁾

Num estudo intereuropeu, realizado em nove centros, representando 7 países europeus, iniciado pela Regional Européia da Organização mundial de saúde (WHO) na década de 1980, que tentou identificar as características sociais e individuais para prever um comportamento suicida, 1145 entrevistas foram coletadas com o EPSIS I E II. A proporção entre os gêneros (H-M) variou de 0,41 a 0,85, a idade média para os homens era de 33 a 45 anos e para as mulheres foi de 29 a 45.⁽³⁶⁾

Segundo a Secretaria de Saúde de São José do Rio Preto faleceram por suicídio, durante o período do nosso estudo, no município 43 pessoas. Desses 38 homens e 5 mulheres. A idade média para os homens foi de 41,44 anos e para as mulheres 31,8. As idades máximas e mínimas foram respectivamente 15 e 79 anos para os homens, e 20 e 48 anos para as mulheres. Entre os métodos destacaram-se: enforcamento (n = 20), e arma de fogo (n = 7).

As análises descritivas dos dados brasileiros, sobre o suicídio, extraídos do Banco de dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS), cobrindo o período de 1980 a 2000, examinaram que os homens se suicidaram de 2,3 a 4 vezes mais que as mulheres.⁽³⁷⁾

Em nosso estudo a idade média dos casos avaliados foi de 31 anos, a mediana foi 28 anos e meio e desvio padrão de 11,88. O caso mais jovem tinha 13 anos e o mais velho 60. Houve evidência de que a maioria das tentativas aconteceu até os 35 anos (p = 0,081).

Embora a incidência de tentativas seja maior entre os jovens, as estatísticas mostram um crescimento do número de suicídios na terceira idade, principalmente nos recém aposentados. As taxas de morte por suicídio em Quebec e Ontário de pessoas entre 67 e 69 anos é o segundo, perdendo somente pra Manitoba. A idéia de que o primeiro mês da aposentadoria é crítico para o pensionista é amplamente difundida.⁽³⁸⁾

No Brasil os jovens também tentam mais, mas completam menos o suicídio. Retomando os dados da DATASUS, entre 1980 e 2000, verificamos que os idosos acima de 65 anos apresentaram as maiores taxas de suicídio, porém o estrato de jovens entre 15 a 24 anos foi o grupo de maior crescimento (1.900%). A taxa de suicídio no Brasil, embora baixa, segue a tendência mundial de crescimento. Os idosos apresentam

as taxas mais altas, mas, em números absolutos, a população jovem está se matando cada vez mais.⁽³⁷⁾

Utilizando-se do Banco de Dados de Óbitos de Campinas entre 1996 e 2001 para os cálculos das taxas padronizadas por idade pelo método direto obteve-se que entre 1980 e 1985 as maiores taxas foram observadas nos adultos de 55 anos ou mais; já entre 1997 e 2001 as taxas mais elevadas passaram a ser nos adultos de 35 a 54 anos, o que evidência uma tendência ao suicídio em uma população cada vez mais jovem.⁽³⁵⁾

Em pesquisa longitudinal realizada no rio Grande do Sul entre 1980 e 1995 demonstrou-se que os suicídios entre pessoas de menos de 60 anos representam 21% dos casos. Apenas 9% da população estudada tinha mais de 60 anos (mas corresponderam a 79% dos suicídios). As faixas etárias idosas demonstraram uma maior propensão ao suicídio, não houve aumento considerável das taxas ao longo do tempo (o que evidenciou perfis endêmicos regulares), mas ocorreu uma crescente elevação do coeficiente, à medida que as faixas foram ficando mais velhas. A região Sul do Brasil apresenta os mais elevados índices de suicídio, fato que tem sido ligado à maior expectativa de vida, isto é, à existência de maior número relativo de idosos. O mais meridional dos estados, o Rio Grande do Sul (RGS) apresenta os índices mais altos. A grandeza da taxa de suicídios, no RGS, é diretamente proporcional ao crescimento da idade, porém tomar a faixa etária, sozinha, como fator de risco, o que é aplicável a outras regiões, pode ser um elemento confundidor, pois há fatores culturais e étnicos, típicos desse estado, que influem na taxa, podendo ser ela a forma de expressão de um conjunto complexo de riscos. Isto se evidenciou pelo fato de que as taxas de faixas etárias não-idosas também são mais altas no RGS. Todas as faixas etárias, a partir dos

19 anos de idade, já ultrapassaram a taxa média nacional. A maior expectativa de vida, por si, não justificou a existência de um número elevado de suicídios.⁽³⁹⁾

Apesar de cerca de 9% dos idosos necessitarem de tratamento psicoterápico apenas 1% realmente iniciam o tratamento. As indicações mais importantes de psicoterapia, para pessoas entre 65 a 75 anos de idade, são similares a de adultos mais jovens, sendo elas a depressão, as síndromes ansiosas, a insônia e as tentativas de suicídio.⁽⁴⁰⁾

Já entre os jovens numa revisão inglesa de recentes pesquisas envolvendo crianças e adolescentes, que cometem auto-injúria e como isto se relacionado ao atentado suicida, diversos tipos de auto-injúria foram reconhecidos, sendo muito mais preponderante o número de meninas que realizam a auto-injúria intencional. Muitas destas meninas consideraram o suicídio, mas este não era sempre o caso e era difícil distinguir os dois. É, conseqüentemente, necessário fazer exame metuculoso deste tipo de comportamento para proteger esses pacientes. Os métodos mais comuns de auto-injúria são envenenamento, overdose, corte e em alguns casos jogam-se de lugares elevados. Entre as razões para tal comportamento estão: chamar atenção, se livrar de problemas emocionais e os conflitos familiares, sociais e sexuais. Considerar o cuidado e a terapia é vital para proteger esses jovens de suas próprias inclinações para a auto-injúria e o próprio suicídio. Muitas sofrem de depressão, de ansiedade, de impulsividade, de baixa auto-estima e de ideação suicida. É vital sempre ser cauteloso, já que a superproteção e a monitoração intensiva são preferíveis à tragédia do suicídio.⁽⁴¹⁾

Em um estudo de autópsia psicológica conduzida para futuro esclarecimento do suicídio juvenil em Utah, diferente de estudos tradicionais de autópsia psicológica que

primariamente se focam na execução de testes psicométricos para identificar quaisquer diagnósticos sub-clínicos de doenças mentais para os suicidas, os entrevistadores foram direcionados para identificar quais contatos da vida do suicida reconheceriam fatores de risco para comportamento suicida, sintomas de doença mental e obstáculos ao tratamento da saúde mental desses suicidas. Pais e amigos reconheceram a maioria dos sintomas universalmente, embora amigos tenham reconhecido os sintomas de abuso de substâncias melhor do que os outros contatos. Os resultados do estudo sugerem que pais e amigos são os mais apropriados para serem treinados como guardiões, e em conjunto com outros programas de rastreamento inovadores podem ser estratégias efetivas em reduzir o suicídio em adolescentes.⁽⁴²⁾

Um estudo, que analisou o comportamento dos suicídios de jovens nas capitais das nove Regiões Metropolitanas brasileiras utilizando os dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde na faixa etária de 15 a 24 anos no período de 1979 a 1998, detectou que entre as principais causas externas de óbito nos jovens o suicídio ocupava a 6^a posição, com uma distribuição heterogênea. Sua incidência varia em função dos diferentes espaços sociais, das faixas etárias específicas, do sexo e dos meios utilizados. Para o conjunto das capitais observou-se uma certa elevação das taxas de suicídios nos anos analisados, correspondendo a 3,5 (em 1979), 3,4 (1985), 4,0 (1990) e a 5,0 (em 1998) por 100.000 habitantes de 15 a 24 anos. Salvador e Rio de Janeiro tiveram as menores taxas de suicídio; em contrapartida, Porto Alegre e Curitiba apresentaram as maiores taxas. Os principais meios utilizados para perpetrar tais mortes foram o enforcamento, estrangulamento e sufocação, sobretudo em Porto Alegre, e a utilização de armas de fogo e explosivos, ressaltando-se sua utilização em Belo Horizonte.⁽⁴³⁾

Na cidade de Ribeirão Preto, Vansan (1978), estudando a mortalidade por suicídio no período de 1953 a 1976, verificou que, entre o sexo masculino, o maior pico ocorreu na faixa etária 20 a 39 anos, e, entre o feminino, observou a ocorrência de três picos: de 15 a 29 (o mais elevado), de 40 a 50 e finalmente, de 60 a 70 anos.^(44,45)

Ainda nessa cidade, Andrade (1979) efetuou investigação sobre a ocorrência de tentativas de suicídio no ano de 1977, obtendo como resultados a predominância do sexo feminino em uma proporção de 3 para 1. Verificou um maior coeficiente de tentativas entre a população feminina no grupo etário 15 a 19. Já no sexo masculino, os dados indicaram um coeficiente mais elevado entre o grupo de 25 a 29.⁽⁴⁶⁾

Portanto, os dois estudos indicam a predominância dos diagnósticos de tentativas de suicídio entre os grupos adolescente e adulto. Os dados também revelaram que o Suicídio e Lesões Auto-Infligidas (13%) ocuparam o segundo lugar dentre os diagnósticos relativos à população adolescente feminina, de todos os casos atendidos no período.⁽⁴⁵⁾

Ao se compararem os números referentes a esse último diagnóstico, considerando-se ambos os sexos, verifica-se que 77% dos casos de Suicídio e Lesões Auto-Infligidas estiveram presentes no sexo feminino e 23% no sexo masculino, na população total de adolescentes assistidos (3.100) no período de 1988 a 1993.⁽⁴⁵⁾

No tocante às adolescentes, Hesketh e Castro (1978) também encontraram na sua amostra de pessoas atendidas no Pronto Socorro do Hospital de Sobradinho (Unidade Integrada de Saúde de Sobradinho - UISS - da Universidade de Brasília), no ano de 1976, a predominância do sexo feminino nas tentativas de suicídio, casos estes que se situaram entre jovens de até 25 anos.^(45,47)

A história de adolescentes que tem comportamento suicida frequentemente envolve eventos traumáticos de diversas naturezas e gravidades. Pelo impacto na vida psíquica do indivíduo, esses eventos podem piorar a vulnerabilidade do adolescente nesse período sensível do desenvolvimento. O especialista deveria estar particularmente atento no seguimento de crianças e adolescentes que sofreram trauma. A pesquisa por um evento traumático não deveria ser sistemática e intrusiva em casos de comportamento suicida em adolescentes. As várias consultas envolvidas deveriam ser feitas em um setting adequado para reflexão e exposição de idéias, para que o sofrimento pudesse ser expresso. Esse contato é mais do que uma confissão e se deveria deixar o adolescente reconstituir o trauma vivido para recuperar sua capacidade de representação de relacionamentos e dar sentido aos seus atos.⁽⁴⁸⁾

Em relação ao estado civil os indivíduos quando separados em 2 grupos, “com ou sem companheiro”, não evidenciaram significância para as tentativas ($p=0,43$). No grupo dos “com companheiro” estavam 12 casados e 5 amasiados. Nos do “sem companheiro” estavam 16 solteiros, 6 divorciados e 1 viúvo. Entretanto quando comparamos apenas os divorciados contra os “com companheiro” encontramos significância estatística, para mais tentativas, no grupo dos divorciados ($p=0,035$).

Num estudo Dinamarquês (Norlev 2005), de âmbito nacional, do tipo corte transversal, com a população na faixa etária de 16 a 35 anos, sobre os indicadores de riscos associados à ideação e tentativas de suicídio em uma amostra representativa ($N=3184$) detectou que os “sem companheiro” tentam mais o suicídio (solteiro, $p < 0.0001$).⁽⁴⁹⁾

Apesar da literatura considerar comorbidades orgânicas, tentativas anteriores do próprio paciente, tentativas prévias e casos de suicídio na família como fatores de risco,

não encontramos significância estatística para esses dados em nosso estudo, entretanto vale ressaltar que quase 50% (n=19) da mostra já haviam tentado suicídio ao menos uma vez antes da atual e que 25% tinha alguma comorbidade orgânica.

O método mais freqüente, assim como nos estudos de Rapelli e no estudo multicêntrico Europeu, ^(30,36) é o auto-envenenamento por medicações ou pesticidas (92,5%). As regulamentações eficazes, das medicações e pesticidas, se fazem necessárias. Em relação a medicação já existe uma portaria que proíbe o fornecimento dela em quantidades superiores a 2 meses de uso, mas essa medida tem sido insuficiente. Em relação aos pesticidas, especialmente em áreas rurais de países em desenvolvimento, poderia existir uma limitação do acesso, troca de um pesticida altamente tóxico por um pesticida igualmente eficaz e menos tóxico, ou capacitação indivíduos nas comunidades a quem seria dado permissão exclusiva da aplicação dos pesticidas tóxicos ou fornecimento de lócus para o armazenamento dos pesticidas fora das casas.⁽⁵⁰⁾

Tentativas com métodos mais agressivos (enforcamento e automutilação) apareceram em apenas três casos, provavelmente devido ao fato da maioria ter intencionalidade suicida significativamente baixa (BSI<24) (p=0,006). A letalidade do método foi mensurada pela escala de Liket variando de 0 a 5. A pontuação foi baseada no exame da condição física do paciente e dos procedimentos realizados nele durante a internação (Entubação endotraquel, sondagem nasogástrica, lavagem gástrica, aspiração traquel, suporte hemodinâmico, tempo de internação, ventilação artificial e traqueostomia) e na aplicação do protocolo realizada pelos alunos. No presente estudo os pacientes foram divididos em 3 categorias: 0-1 pontos (letalidade leve), 2-3 pontos (letalidade moderada) e 4-5 pontos (letalidade severa).⁽²⁰⁾

A existência de problemas psiquiátricos é quase uma constante em sujeitos que tentam se matar, além disso, um grande número dos que tentam tem mais de um diagnóstico. Isto é especialmente verdade se os eixos II ou I tiverem suas condições subjacentes levadas em conta. A existência de alguma doença foi a associação mais forte dentre a maioria das variáveis socioeconômicas (sexo, casamento e nível escolar) e o suicídio. Doenças depressivas são o maior fator de risco, risco esse que é provavelmente associado à sua instalação logo antes da tentativa atual. A associação de episódios depressivos com distúrbio de ansiedade ou a existência de temperamento impulsivo (e ou distúrbio de personalidade tipo B ou abuso de drogas) aumentam o risco do ato suicida. Ideação e tentativas possuem curvas paralelas com um pico entre a idade de 14 e 20 anos, considerando-se como forte fator preditor a existência prévia do diagnóstico segundo o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition, da Associação Psiquiátrica Americana (DSM IV). O número de distúrbios associados aumenta linearmente a probabilidade de atentados suicidas e é o único fator preditor significativo de letalidade. Um tratamento apropriado para os distúrbios mentais poderia diminuir substancialmente o suicídio.⁽⁵¹⁾

Em relação ao diagnóstico no eixo I há evidência de que a maioria apresenta-se com depressão moderada ou grave ($p=0,017$) segundo a gradação pela escala de Hamilton D. Também houve significância estatística para depressão pelos psicotestes de Goldberg (> 3 “sim” – $p<0,0005$) e Duas Questões (2 “sim” $p=0,002$). Não há significância para dependência química, pois apenas 37,5% da amostra a apresentaram como comorbidade (aqui inclusos álcoois, tabaco, medicações e substâncias ilícitas). Os homens apresentam proporção de dependência química (46%) maior do que a das mulheres (32%).

Num estudo canadense os autores encontraram que o contínuo (prevalência de 6 meses) abuso ou dependência de álcool, abuso ou dependência contínuas de drogas, e personalidade do conjunto B (Histriônica, Narcisista, Anancástica e Borderline) aumentaram o risco do suicídio nos indivíduos com depressão maior. Também níveis elevados de impulsividade e agressão foram associados ao suicídio. Uma análise da idade mostrou que esses fatores de risco são mais específicos para suicidas jovens (entre 18 e 40 anos). Na análise multifatorial indicaram que abuso ou dependência de álcool e personalidades do tipo B são dois fatores de risco, para o suicídio, independentes.⁽⁵²⁾

Nenhum paciente foi diagnosticado como portador de Transtorno Bipolar ou Esquizofrenia em nosso estudo. Não utilizamos instrumentos para diagnósticos no eixo II (Transtornos de Personalidade e Retardo Mental).

Em relação à realidade socioeconômica dos casos não há evidência de que a falta de um emprego formal seja um fator de risco para o suicídio ($p=0,43$), entretanto encontramos significância no fato da maioria possuir renda familiar de até 3 salários ($p=0,006$) e *per capita* de até 1 salário ($p<0,0005$).

Contrariando nosso estudo numa análise sociodemográfica realizada em Campinas durante os anos de 1996 a 2001 verificou-se que diferentemente dos homicídios, os suicídios não apresentam aumento progressivo das taxas com a diminuição do nível socioeconômico.⁽³⁵⁾ Entretanto num estudo em Uganda os resultados indicaram uma taxa mais elevada da ideação suicida nas mulheres, desempregadas no distrito de Adjumani. Consistente com outros estudos internacionais a prevalência mais elevada da ideação de suicídio nesse distrito pareceu ser um sintoma do estresse psicossocial relacionado a muitos anos da confusão social e política e das circunstâncias socioeconômicas pobres.⁽⁵³⁾

Demograficamente eram moradores da Zona Urbana ($p < 0,0005$). Metade reside em São José do Rio Preto e a outra metade na microrregião, entre os últimos apenas um caso morava em outro estado (Minas Gerais), o que corrobora a característica terciária assistencial de nosso hospital escola como referência para casos complexos, como os de tentativa de suicídio.

5. Conclusão

Os suicidas são jovens, com depressão moderada ou grave (de acordo com a pontuação do HAM-D), pertencentes à classe socioeconômica baixa, com renda *per capita* inferior a 1 salário, sem nível educacional superior, residentes na área urbana, sem tentativas anteriores, sem comorbidade orgânica, com baixa intencionalidade suicida e utilizam métodos de letalidade leve ou moderada, principalmente o auto-envenenamento. As implicações para medidas específicas de prevenção incluem medidas legais que limitem a quantidade de medicamentos por embalagem e o acesso aos pesticidas, registro compulsório de tentativas de suicídio, tratamento mais específico e programa de prevenção.

Atitude social relativa ao gênero está relacionada ao comportamento suicida. Identificar os fatores de risco do comportamento suicida para cada gênero separadamente vai nos ajudar a entender porque as garotas tentam cometer suicídio mais freqüentemente, mesmo executando tentativas não tão eficazes quanto os garotos. Essa discussão é vital para o desenvolvimento de programas para a prevenção do suicídio.

Considerar o cuidado médico e a psicoterapia é vital para proteger essas pessoas de suas próprias inclinações para auto-injúria e suicídio. Muitas sofrem de depressão, ansiedade, impulsividade, baixa auto-estima e ideação suicida. É recomendável sempre ser cauteloso, já que superproteção e monitoração intensiva são preferíveis à tragédia do suicídio.

6. Referências Bibliográficas

7. Referências Bibliográficas

1. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. 7ª ed. Porto Alegre-RS: Artes Médicas; 1997. P 753-60.
2. Shneidman ES. Definition of suicide. New York: John Wiley & Sons Inc, 1985. ISBN: 0471882259.
3. Castel S, Lino EM, Guerra ABG. Condutas em psiquiatria Cordás TA, Moreno RA, editores. 4ª ed. ver. e ampl. – São Paulo-SP: Lemos Editorial, 2001. P 85-100.
4. Hesse R. Suicídio no período 1998-2000: Casuística dos óbitos ocorridos em Curitiba. Rev. Bras. Psiquiatr., Out. 2002, Vol. 24 supl. 2, p. 44-62. ISSN 1516-4446.
5. Alexander DA, Klein S, Gray NM, Dewar IG, Eagles JM. Suicide by patients: questionnaire study of its effect on consultant psychiatrists BMJ, Jun 2000; 320: 1571-1574; doi:10.1136/bmj.320.7249.1571.
6. Durkheim E. *Suicide*. Free Pres, Glencove, IL, 1951.
7. Gabbard GO. Psiquiatria Psicodinâmica. 2ª ed. Porto Alegre-RS. Artes Médicas; 1998.
8. Freud S. Mourning and Melancholia (1917), in the Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, vol. 14. Translated and Edited by Strachey J. London: Hogarth Press, 1963, p. 237-260.

9. Freud S: The ego and the id (1923), in the Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, vol. 19. Translated and Edited by Strachey J. London: Hogarth Press, 1961, p. 1-66.
10. Menninger, KA. Eros e Tânatos: o homem contra si próprio São Paulo: Ibrasa, 1970. 411p.
11. Menininger KA: Psychoanalytic aspects of suicide. Int J Psychoanal 14: 376-390, 1973.
12. Fenichel O: The Psychoanalytic Theory of Neurosis. New York, WW Norton, 1945.
13. Dorpat TL: Suicide, loss, and mourning. Suicide Life Threat Behav. 3: 213-224, 1973.
14. Bunch J, Barraclough B: The influence of parental death and anniversaries upon suicidal dates. Br J Psychiatry 118: 621-626, 1971.
15. Clark DC, Fawcett J: An empirically based model of suicide risk assessment for patient with affective disorder, in Suicide and Clinical Practice. Edited by Jacobs D. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1992, pp. 55-73.
16. Ariet S: Psychotherapy of severe executioner International Review of Psychoanalysis 7: 51-60. 1980.
17. Smith K: Using a battery of tests to predict suicide in a long term hospital: a clinical analysis. Omega 13: 261-275, 1983.

-
18. Smith K, Eyman J: Ego structure and object differentiation in suicidal patient, in primitive mental states of the rorschach. Edited by Lerner HD, Lerner PM. Madison, CT, International Universities Press, 1988. P. 175-202.
 19. Roy A, Segal N, Centerwall B, Robinette D. Suicide in twins. Arch Gen Psychiatry 48: 29, 1991.
 20. Rapeli CB, Botega NJ. Tentativas de Suicídio: 121 Casos Internados no HC-UNICAMP. Rev. Bras. Psiquiatr., Out. 2002, Vol. 24 supl. 2, p. 44-62. ISSN 1516-4446.
 21. Schmidtke A, Bille-Brahe U, DeLeo D, Kerkhof A, Bjerke T, Crepet P, et al. Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. Acta Psychiatr Scand. 1996; 93(5):327-38.
 22. Fleck MPA; Lafer B; Sougey EB; Del Porto JÁ; Brasil MA; Juruena MF. Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (versão integral). Rev. Bras. Psiquiatr., Jun. 2003, Vol. 25 - nº 2, p. 114-122. ISSN 1516-4446.
 23. Beck AT, Steer RA. Beck scale for suicide ideation: manual. San Antonio: Psychological Corporation; 1993.
 24. Gorenstein C, Andrade LHSG, Zuardi AW, editores. Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia. 1ª ed. São Paulo: Lemos Editorial; 2000. P 71-84.
 25. Moreno RA, Moreno DH. Escalas de avaliação para depressão de Hamilton (HAM-D) e Montgomery-Asberg (MADRS). Gorenstein C, Andrade LHSG, Zuardi AW,

- editores. Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia. 1ª ed. São Paulo: Lemos Editorial; 2000. P 71-84.
26. Blacker D: Psychiatric rating scales. In: Sadok B, Sadock V. (ed.). Kaplan & Sadock's. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 7ª ed. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, Vol. 1, pp. 755-83, 2000.
27. Hamilton M. Rating scale for depression. *J Neural Neurosurg Psychiatry* 23: 56-62, 1960.
28. Del Porto J A. Aspectos gerais das escalas para avaliação de depressão. In: Escalas de Avaliação para Monitorização de Tratamento com Psicofármacos. Centro de Pesquisa em Psicobiologia Clínica do Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina 93-100, 1989.
29. Botega NJ, Cano F, Kohn SC, Knoll AI, Pereira WAB, Bonarde MC. Tentativa de suicídio e adesão ao tratamento: um estudo descritivo em hospital geral. *J Bras Psiquiatr*. 1995;44(1):9-25.
30. Rapeli CB, BotegaNJ. Clinical profiles of serious suicide attempters consecutively admitted to a university-based hospital: a cluster analysis study *Rev. Bras. Psiquiatr*. vol.27 no.4 São Paulo Dec. 2005.
31. Joseseph HB, Reznik I, Mester R. Suicidal behavior of adolescent girls: profile and meaning. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. 2003;40(3):209-19.

32. Geva K, Zalsman G, Apter A. H. The influence of gender on risk factors for child and adolescent suicidal behavior. *Harefuah*. 2003 Mar; 142(3): 203-7, 237.
33. Corrêa de Corrêa R, Cataldo Neto A, Garcia PF, Rodrigues de Souza ARR. A Violência do Homem Contra Si Mesmo: Um Estudo na Emergência de um Hospital Universitário. *Rev. Bras. Psiquiatr., Out. 2002, Vol. 24 supl. 2, p. 44-62. ISSN 1516-4446.*
34. Serrano AI, Figueiredo BM. Estudo longitudinal sobre o suicídio no Paraná, segundo os sexos, entre 1980 e 1995. *Rev. Bras. Psiquiatr., Out. 2002, Vol. 24 supl. 2, p. 44-62. ISSN 1516-4446.*
35. Leon LM, Barros MBA. Mortes por suicídio: diferenças de gênero e nível socioeconômico. *Rev. Saúde Pública*. [online]. jun. 2003, vol.37, no.3 [citado 16 Janeiro 2006], p.357-363. Disponível na World Wide Web: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102003000300015&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0034-8910.
36. Bille-Brahe U, Kerkhof A, De Leo D, Schmidtke A, Crepet P, Lonnqvist J, Michel K, Salander-Renberg E, Stiles TC, Wasserman D, Aagaard B, Egebo H, Jensen B. A repetition-prediction study of European parasuicide populations: a summary of the first report from part II of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide in cooperation with the EC concerted action on attempted suicide. *Acta Psychiatr Scand*. 1997 Feb;95(2):81-6.
37. Santos CM, Bertolote JM, Wang YP. Epidemiologia do suicídio no Brasil (1980 - 2000): caracterização das taxas de suicídio por idade e gênero. *Rev. Bras. Psiquiatr.*

-
- [online]. jun. 2005, vol.27, no.2 [citado 16 Janeiro 2006], p.131-134. Disponível na World Wide Web: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462005000200011&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1516-4446.
38. Delisle I. Suicide at the age of retirement. *Can Nurse*. 1992 May; 88(5): 39-41.
39. Serrano A I, Figueiredo B M, Voltolini E. Taxas de Suicídio do Rio Grande do Sul. *Rev. Bras. Psiquiatr., Out.* 2002, Vol. 24 supl. 2, p. 44-62. ISSN 1516-4446.
40. Rainer M, Kruger-Rainer C. The geriatric psychiatry patient--a new indications field for psychotherapy? *Wien Méd Wochenschr.* 2003;153(23-24):506-11.
41. Lowenstein LF. Youths who intentionally practise self-harm. Review of the recent research 2001-2004. *Int J Adolesc Med Health.* 2005 Jul-Sep; 17(3): 225-30.
42. Moskos M, Olson L, Halbern S, Keller T, Gray D. Utah youth suicide study: psychological autopsy. *Suicide Life Threat Behav.* 2005 Oct; 35(5): 536-46.
43. Souza ER, Minayo MCS, Malaquias JV. Suicídio de jovens nas principais capitais do Brasil. *Cad. Saúde Pública.* [online]. mayo/jun. 2002, vol.18, no.3 [citado 16 Janeiro 2006], p.673-683. Disponível na World Wide Web: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000300016&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0102-311X.
44. Vansan GA. *Estudo da Mortalidade por Suicídio no Município de Ribeirão Preto*. Dissertação de Mestrado, Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. 1978.

45. Teixeira AMF, LUIS MAV. Distúrbios psiquiátricos, tentativas de suicídio, lesões e envenenamento em adolescentes atendidos em uma unidade de emergência, Ribeirão Preto, São Paulo, 1988-1993. *Cad. Saúde Pública*. [online]. jul./set. 1997, vol.13, no.3 [citado 16 Janeiro 2006], p.517-525. Disponível na World Wide Web: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1997000300027&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0102-311X.
46. Andrade JJB. *Epidemiologia da Tentativa de Suicídio em Ribeirão Preto*. Dissertação de Mestrado, Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. 1979.
47. Hesketh JL, Castro AG. Fatores correlacionados com a tentativa de suicídio. *Revista de Saúde Pública*, 12:138-146. 1978.
48. Raynaud JP. Traumatic events in childhood and suicidal behavior in adolescence. *Rev Prat*. 1998 Sep 1;48(13):1424-6.
49. Norlev J, Davidsen M, Sundaram V, Kjoller M. Indicators associated with suicidal ideation and suicide attempts among 16-35-year-old Danes: a national representative population study. *Suicide Life Threat Behav*. 2005 Jun; 35(3): 291-308.
50. Eddlestone M, Phillips MR. Self poisoning with pesticides. *BMJ*. 2004; 328(7430):42-4.
51. Lecrubier Y. The influence of comorbidity on the prevalence of suicidal behavior. *Eur Psychiatry*. 2001 Nov; 16(7): 395-9.

52. Dumais A, Lesage AD, Alda M, Roulean G, Dumont M, Chawky N, Roy M, Mann JJ, Benkelfat C, Turecki G. Risk factors for suicide completion in major depression: a case-control study of impulsive and aggressive behaviors in men. *Am J Psychiatry*. 2005 Nov; 162(11): 2116-24.
53. Ovuga E, Boardman J, Wassermann D. Prevalence of suicide ideation in two districts of Uganda. *Arch Suicide Res*. 2005; 9(4): 369-72.

7. Apêndices

7.1. Apêndice 1

QTS:

a) Identificação: RG: _____

Nome: _____

Idade: _____ Data: _____

Nascimento: _____ Estado Civil: _____

Tem filhos? _____ Quantos? _____

Naturalidade: _____

Procedência: _____

Escolaridade: _____

Ocupação: _____

Religião (Proselitismo?): _____

Endereço: _____

Cidade: _____

Telefone: _____

b) História Pessoal

1- Gestação:

A termo? sim não; Complicações? sim não

Quais: _____

2- Tipo de Parto:

natural cesariana;

Complicações? sim não

Quais: _____

3- Posição de nascimento entre os irmãos: _____

4- Amamentação: sim não Tempo: _____

5- Infância: _____

6- Adolescência e juventude: _____

7- Sexualidade (início, orientação): _____

Ativa? sim não

8- Hábitos e interesses sociais _____

9- Uso de substâncias psicoativas: sim não.

Quais: _____

10- Sofreu abuso sexual? sim não.

Tipo: _____

11- Aborto? espontâneo provocado não.

Quantos: _____

12-Criado por:

ambos os pais

mãe

pai

parente 1º grau

outros _____

13- Situação sócio-econômica:

Quanto ganha: _____ Renda total da família: _____

Quantas pessoas dependem dessa renda: _____

Depende dos pais depende dos familiares depende de outros .

Quem? _____

14- Presença de doença física comórbida: sim não.

Quais: _____

15- Já realizou acupuntura? sim não.

Quantas seções? _____ Motivo? _____

Resultados? _____

c) História psiquiátrica:

1- Tratamento psiquiátrico prévio: sim não.

Motivo: _____

Desde quando? _____

2-Internações psiquiátricas prévias: sim não.

Quantas: _____ Datas da primeira e da última: _____.

Motivos: _____

3-Medicações psiquiátricas prévias: _____

Doses: _____

4-Medicações psiquiátricas atuais: _____

Doses: _____

5-Realização de psicoterapia prévia:

Sim

Tempo de duração: _____ alta abandono

Não

6-Casos de suicídio na família?

Casos de tentativa na família?

pai

pai

mãe

mãe

irmão

irmão

outros : _____

outros: _____

7-Número de tentativas anteriores: _____

Métodos utilizados: _____

Data da 1ª tentativa: _____ Método: _____

Data da última tentativa: _____ Método: _____

8-Fatores que motivaram a atual tentativa: _____

9-Como se sente em relação a atual tentativa:- _____

d) Diagnóstico:

1- Diagnóstico Imediato (CID 10): X _____

2- Diagnóstico Principal (CID 10): _____

3- Diagnóstico Secundário (CID 10): _____

e) Pontuação Hamilton para depressão: _____

f) Destino após alta do hospital geral: _____

Observações

gerais: _____

Atendimento realizado por:

7.2. Apêndice 2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Nome: _____

Idade: _____ DN ___/___/___ RG: _____ Fone (____) _____

Endereço: _____ Bairro _____

Cidade: _____ Estado _____ CEP _____

Registro Hospitalar: _____ N.º _____

Responsável Legal: _____

Natureza (grau de parentesco): _____ DN: ___/___/___

Endereço: _____ n.º _____ apto _____

Bairro: _____ Cidade: _____

CEP: _____ Fone (____) _____

**PERFIL SUICIDA EM PACIENTES DO HOSPITAL ESCOLA HB-FAMERP
COMPARADOS A CONTROLES NA POPULAÇÃO GERAL:**

Este trabalho tem como objetivo verificar o perfil dos pacientes que deram entrada na emergência do Hospital de Base devido à tentativa de suicídio.

Os benefícios esperados são: traçar um perfil de risco para pacientes suicidas, visando à tomada de medidas preventivas para que o comportamento suicida não seja atuado.

Declaro que estou ciente deste estudo que está sendo realizado pelo Serviço de Psiquiatria do Departamento de Psiquiatria e Psicologia da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, a respeito do estabelecimento do perfil de pacientes suicidas, para que no futuro medidas preventivas possam ser tomadas.

Sei que terei direito às informações sobre o andamento do meu tratamento e que me é garantido o sigilo absoluto sobre a minha identidade, mas consinto na divulgação dos resultados advindos da pesquisa em reuniões de caráter científico e/ou publicações em meios especializados.

Concordo, portanto, em participar deste programa, por livre e espontânea vontade, sabendo que não terei ônus ou benefício financeiro algum, no qual irei me submeter à aplicação de entrevista e escalas psicométricas (para avaliação de sintomas depressivos e ideação suicida) estruturadas para a determinação do perfil suicida.

_____, _____ de _____ de 20__

Nome:

RG:

Testemunha:

RG:

Médico Responsável: Dr. Vítor Giacomini Flosi

CRM: 99714

RG: 23358605-2

Tel: 32273484/ 32015000 R 1268.

Coordenador do CEP: Dr. Cezar Olimpio Golin

Tel: (017) 3227 8199

8. Anexos

8.1. Anexo 1

Teste de 2 Questões

1. Durante o último mês você se sentiu incomodado por estar para baixo, deprimido ou sem esperança?
2. Durante o último mês você se sentiu incomodado por ter pouco interesse ou prazer para fazer as coisas?

Sim para as 2 questões: Sensibilidade= 96%. Especificidade= 57%.

8.2. Anexo 2

Escala de Goldberg para detecção de depressão

1. Você vem tendo pouca energia?
2. Você vem tendo pouco interesse?
3. Você vem tendo perda da confiança em você mesmo?
4. Você tem se sentido sem esperança?
(Se sim para qualquer uma continue...)
5. Você vem tendo dificuldade para concentrar-se?
6. Você vem tendo perda de peso (devido a pouco apetite)?
7. Você tem acordado cedo?
8. Você vem se sentindo mais devagar?
9. Você tende a se sentir pior de manhã?

Sim para 3 ou mais: Sensibilidade= 85%. Especificidade= 90%.

8.3. Anexo 3



Data: _____

Nome: _____ Estado Civil: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Ocupação: _____ Escolaridade: _____

Instruções: Por favor, leia cuidadosamente cada grupo de afirmações, abaixo. Faça um círculo na afirmação que em cada grupo melhor descreve como você tem se sentido na última semana, incluindo hoje. Tome o cuidado de ler todas as afirmações em cada grupo, antes de fazer uma escolha.

Parte 1

<p>1 0 Tenho um desejo de viver que é de moderado a forte.</p> <p>1 Tenho um desejo fraco de viver.</p> <p>2 Não tenho desejo de viver.</p> <p>2 0 Não tenho desejo de morrer.</p> <p>1 Tenho um desejo fraco de morrer.</p> <p>2 Tenho um desejo de morrer que é de moderado a forte.</p> <p>3 0 Minhas razões para viver pesam mais que minhas razões para morrer.</p> <p>1 Minhas razões para viver ou morrer são aproximadamente iguais.</p> <p>2 Minhas razões para morrer pesam mais que minhas razões para viver.</p>	<p>4 0 Não tenho desejo de me matar.</p> <p>1 Tenho um desejo fraco de me matar.</p> <p>2 Tenho um desejo de me matar que é de moderado a forte.</p> <p>5 0 Se estivesse numa situação de risco de vida, tentaria me salvar.</p> <p>1 Se estivesse numa situação de risco de vida, deixaria vida ou morte ao acaso.</p> <p>2 Se estivesse numa situação de risco de vida, não tomaria as medidas necessárias para evitar a morte.</p> <p>Se você fez um círculo nas afirmações "zero", em ambos os grupos 4 e 5, passe para o grupo 20. Se você marcou "um" ou "dois", seja no grupo 4 ou 5, então abra a página e prossiga no grupo 6.</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Subtotal da Parte 1

<p>6 0 Tenho breves períodos com idéias de me matar que passam rapidamente.</p> <p>1 Tenho períodos com idéias de me matar que duram algum tempo.</p> <p>2 Tenho longos períodos com idéias de me matar.</p> <p>7 0 Raramente ou ocasionalmente penso em me matar.</p> <p>1 Tenho idéias freqüentes de me matar.</p> <p>2 Penso constantemente em me matar.</p> <p>8 0 Não aceito a idéia de me matar.</p> <p>1 Não aceito, nem rejeito, a idéia de me matar.</p> <p>2 Aceito a idéia de me matar.</p> <p>9 0 Consigo me controlar quanto a cometer suicídio.</p> <p>1 Não estou certo se consigo me controlar quanto a cometer suicídio.</p> <p>2 Não consigo me controlar quanto a cometer suicídio.</p> <p>10 0 Eu não me mataria por causa da minha família, de meus amigos, de minha religião, de um possível dano por uma tentativa malsucedida etc.</p> <p>1 Eu estou um tanto preocupado a respeito de me matar por causa da minha família, de meus amigos, de minha religião, de um possível dano por uma tentativa malsucedida etc.</p> <p>2 Eu não estou ou estou só um pouco preocupado a respeito de me matar por causa da minha família, de meus amigos, de minha religião, de um possível dano por uma tentativa malsucedida etc.</p> <p>11 0 Minhas razões para querer cometer suicídio têm em vista principalmente influenciar os outros, como conseguir me vingar das pessoas, torná-las mais felizes, fazê-las prestar mais atenção em mim etc.</p> <p>1 Minhas razões para querer cometer suicídio não têm em vista apenas influenciar os outros, mas também representam uma maneira de solucionar meus problemas.</p> <p>2 Minhas razões para querer cometer suicídio se baseiam principalmente numa fuga de meus problemas.</p> <p>12 0 Não tenho plano específico sobre como me matar.</p> <p>1 Tenho considerado maneiras de me matar, mas não elaborei detalhes.</p> <p>2 Tenho um plano específico para me matar.</p>	<p>13 0 Não tenho acesso a um método ou uma oportunidade de me matar.</p> <p>1 O método que usaria para cometer suicídio leva tempo e realmente não tenho uma boa oportunidade de usá-lo.</p> <p>2 Tenho ou espero ter acesso ao método que escolheria para me matar e, também, tenho ou teria oportunidade de usá-lo.</p> <p>14 0 Não tenho a coragem ou a capacidade para cometer suicídio.</p> <p>1 Não estou certo se tenho a coragem ou a capacidade para cometer suicídio.</p> <p>2 Tenho a coragem e a capacidade para cometer suicídio.</p> <p>15 0 Não espero fazer uma tentativa de suicídio.</p> <p>1 Não estou certo de que farei uma tentativa de suicídio.</p> <p>2 Estou certo de que farei uma tentativa de suicídio.</p> <p>16 0 Eu não fiz preparativos para cometer suicídio.</p> <p>1 Tenho feito alguns preparativos para cometer suicídio.</p> <p>2 Meus preparativos para cometer suicídio já estão quase prontos ou completos.</p> <p>17 0 Não escrevi um bilhete suicida.</p> <p>1 Tenho pensado em escrever um bilhete suicida ou comecei a escrever, mas não terminei.</p> <p>2 Tenho um bilhete suicida pronto.</p> <p>18 0 Não tomei providências em relação ao que acontecerá depois que eu tiver cometido suicídio.</p> <p>1 Tenho pensado em tomar algumas providências em relação ao que acontecerá depois que eu tiver cometido suicídio.</p> <p>2 Tomei providências definidas em relação ao que acontecerá depois que eu tiver cometido suicídio.</p> <p>19 0 Não tenho escondido das pessoas o meu desejo de me matar.</p> <p>1 Tenho evitado contar às pessoas sobre a vontade de me matar.</p> <p>2 Tenho tentado não revelar, esconder ou mentir sobre a vontade de cometer suicídio.</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Passe para o Grupo 20.

Subtotal da Parte 2

Score Total

<p>20 0 Nunca tentei suicídio.</p> <p>1 Tentei suicídio uma vez.</p> <p>2 Tentei suicídio duas ou mais vezes.</p> <p>Se você tentou suicídio anteriormente, por favor, continue no próximo grupo de afirmações.</p> <p>21 0 Durante a última tentativa de suicídio, meu desejo de morrer era fraco.</p> <p>1 Durante a última tentativa de suicídio, meu desejo de morrer era moderado.</p> <p>2 Durante a última tentativa de suicídio, meu desejo de morrer era forte.</p>

"Traduzido e adaptado por permissão de The Psychological Corporation, U.S.A. Direitos reservados ©1991, a Aaron T. Beck. Tradução para a língua portuguesa. Direitos reservados ©1991 a Aaron T. Beck. Todos os direitos reservados."

Tradução e adaptação brasileira, 2001, Cass do Psicólogo* Livraria e Editora Ltda. BSI é um logotipo da Psychological Corporation.

8.4. Anexo 4

Escala de Hamilton para Avaliação de Depressão

Hamilton Rating Scale for Depression (Hamilton, 1960) — versão adaptada de Blacker (2000).

Instruções: Em cada tem, escolha o escore que melhor caracteriza o paciente na última semana. Assinale sua opção no espaço apropriado ().

1. HUMOR DEPRIMIDO (tristeza, desesperança, desamparo, menos valia)

- 0 () Ausente.
- 1 () Sentimentos são relatados somente se perguntados.
- 2 () Sentimentos são relatados espontaneamente com palavras.
- 3 () Comunica esses sentimentos não verbalmente, ou seja, na expressão facial, postura, voz e a tendência ao choro.
- 4 () Paciente comunica quase exclusivamente esses sentimentos, espontaneamente, tanto em seu relato verbal como na comunicação não verbal.

2. SENTIMENTOS DE CULPA

- 0 () Ausentes.
- 1 () Auto-recriminação; acha que decepcionou outras pessoas.
- 2 () Idéias de culpa ou ruminções sobre erros ou ações do passado.
- 3 () Acha que a doença atual é um castigo; delírio de culpa.
- 4 () Ouve vozes que acusam ou denunciam e/ou tem alucinações visuais ameaçadoras.

3. SUICÍDIO

- 0 () Ausente.
- 1 () Acha que a vida não vale a pena.
- 2 () Gostaria de estar morto ou qualquer cogitação sobre possível morte para si mesmo.
- 3 () Idéias ou gestos suicidas.
- 4 () Tentativa de suicídio (qualquer tentativa séria, marque 4).

4. INSÔNIA INICIAL

- 0 () Sem dificuldade para iniciar o sono.
- 1 () Queixa-se de dificuldade ocasional para conciliar o sono, ou seja, mais que meia hora.
- 2 () Queixa-se de dificuldade para conciliar o sono todas as noites.

5. INSÔNIA INTERMEDIÁRIA

- 0 () Sem dificuldade.
- 1 () Queixa-se de ficar com inquietude e perturbação durante a noite.
- 2 () Acorda durante a noite – qualquer saída da cama marcar 2 (exceto para necessidades fisiológicas).

6. INSÔNIA TERMINAL (madrugada)

- 0 () Sem dificuldade.
- 1 () Acorda de madrugada, mas volta a dormir.
- 2 () Não consegue voltar a dormir se acordar de madrugada ou sair da cama.

7. TRABALHO E ATIVIDADES

- 0 () Sem dificuldades.
- 1 () Pensamentos e sentimentos de incapacidade, fadiga ou fraqueza relacionados a atividades, trabalho ou passatempos.
- 2 () Perda de interesse em atividades, passatempos ou trabalho relatado diretamente pelo paciente ou indiretamente, por meio de falta de iniciativa, indecisão, vacilação (sente que precisa se forçar para trabalhar ou desenvolver atividades).
- 3 () Redução do tempo gasto em atividades ou queda de produtividade. Marque 3 se não ocupa pelo menos três horas/dia em atividades (trabalho ou passatempos), exceto as de rotina.
- 4 () Parou de trabalhar devido à doença atual. Marque 4 se o paciente não desenvolve atividades além das de rotina ou deixa de executá-las sem ajuda.

8. RETARDO (Identificação do pensamento e discurso, dificuldade de concentração, diminuição da atividade motora)

- 0 () Pensamento e discurso normais
- 1 () Discreta identificação durante a entrevista
- 2 () Obvia identificação durante a entrevista
- 3 () Entrevista difícil
- 4 () Estupor

9. AGITAÇÃO

- 0 () Nenhuma.
- 1 () Inquietude.
- 2 () Brinca com as mãos ou cabelos, etc.
- 3 () Movimenta-se, não consegue sentar-se quieto durante a entrevista.
- 4 () Retorce as mãos, rói unhas, puxa cabelos, morde lábios.

10. ANSIEDADE PSÍQUICA

- 0 () Sem problemas.
- 1 () Tensão e irritabilidade subjetivas.
- 2 () Preocupação excessiva com trivialidades.
- 3 () Atitude apreensiva aparente na fisionomia ou no discurso.
- 4 () Medos expressos espontaneamente.

11. ANSIEDADE SOMÁTICA (concomitantes fisiológicos da ansiedade: GI: boca seca, flatulência, indigestão, diarreia, cólicas, eructação; CV: palpitação, cefaléias. Resp.: hiperventilação, suspiros; sudorese; ter que urinar freqüentemente).

- 0 () Ausente.
- 1 () Leve: Sintomas menores relatados quando inquirido.
- 2 () Moderado: Paciente descreve espontaneamente sintomas não incapacitantes.
- 3 () Grave: Maior número e freqüência que 2; acompanhado de estresse subjetivo e prejudica o funcionamento normal.
- 4 () Incapacitante: Numerosos sintomas, persistentes ou incapacitantes na maior parte do tempo; ataques de pânico.

12. SINTOMAS SOMÁTICOS (apetite, digestivo)

- 0 () Nenhum.
- 1 () Perda de apetite, mas come sem necessidade de encorajamento. Peso no abdome.
- 2 () Dificuldade para comer sem encorajamento ou insistência. Pede ou requer laxantes ou medicação para sintomas gastrointestinais.

13. SINTOMAS SOMÁTICOS (gerais)

- 0 () Nenhum.
- 1 () Peso ou lassidão em membros, costas ou cabeça. Dores nas costas, cabeça ou musculares. Perda de energia e fatigabilidade.
- 2 () Marque 2 para qualquer sintoma bem definido.

14. SINTOMAS GENITAIS (perda da libido, distúrbios menstruais)

- 0 () Ausentes, ou informação insuficiente.
- 1 () Leves: redução da libido ou desempenho sexual insatisfatório; tensão pré-menstrual leve.
- 2 () Graves: desinteresse ou impotência; tensão pré-menstrual grave.

15. HIPOCONDRIA

- 0 () Ausente.
- 1 () Auto-observação (corporal) aumentada.
- 2 () Preocupação excessiva com a saúde.
- 3 () Queixas frequentes, pedidos de ajuda, etc.
- 4 () Delírio hipocondríaco.

16. PERDA DE PESO (Avalie A ou B)

A. De acordo com o paciente.

- 0 () Nenhuma.
- 1 () Provável emagrecimento associado à doença atual.
- 2 () Perda de peso indubitável (de acordo com o paciente).

B. Com base em medidas semanais.

- 0 () Menos de 0,5 kg de perda de peso na semana.
- 1 () Mais de 0,5 kg de perda de peso na semana.
- 2 () Mais de 1,0 kg de perda de peso na semana.

17. CRITICA

- 0 () Reconhece estar deprimido e doente ou não estar deprimido esta semana.
- 1 () Reconhece estar doente, mas atribui isso à má alimentação, ao clima, ao excesso de trabalho, ao vírus, à necessidade de descanso, etc.
- 2 () Nega estar doente.

ESCORE TOTAL DA HAM-D DE 17 ITENS: _____ (Faixa de variação: 0-50)

18. VARIAÇÃO DIURNA

A. Observar se os sintomas são piores pela manhã ou à tarde. Caso NÃO haja variação, marque “nenhuma”.

- 0 () Nenhuma.
- 1 () Pior de manhã.
- 2 () Piora à tarde.

B. Quando presente, aponte a gravidade da variação. Marque “nenhuma” caso NÃO haja variação.

- 0 () Nenhuma.
- 1 () Leve.
- 2 () Grave.

Nota: Apenas o escore referente à sua gravidade (1 ou 2 pontos no item 18B) deve ser incluído no escore final. O tem 18A não deve ser computado.

19. DESPERSONALIZAÇÃO E DESREALIZAÇÃO

- 0 () Ausente
- 1 () Leve
- 2 () Moderada
- 3 () Grave
- 4 () Incapacitante

20. SINTOMAS PARANOIDES

- 0 () Nenhum.
- 1 () Desconfiança.
- 2 () Idéias de referência.
- 3 () Delírios de referência e perseguição.

21. SINTOMAS OBSESSIVOS E COMPULSIVOS

- 0 () Nenhum.
- 1 () Leves.
- 2 () Graves.

SOMAR OS PONTOS OBTIDOS EM TODOS OS ITENS (EXCETO 18A)

ESCORE TOTAL DA HAM-D DE 21 ITENS: _____ (Faixa de variação: 0-62)

22. DESAMPARO

- 0 () Ausente.
- 1 () Sentimentos subjetivos extraídos apenas pela entrevista.
- 2 () Paciente relata espontaneamente sentimentos de desamparo.
- 3 () Necessita de insistência, orientação e reassseguramento para completar tarefas.
- 4 () Requer assistência para se vestir, comer ou realizar higiene pessoal.

23. DESESPERANÇA

- 0 () Ausente.
- 1 () Dúvida intermitente de que “as coisas irão melhorar”, mas pode ser reasssegurado.
- 2 () Consistentemente se sente desesperançado, mas aceita reassseguramentos.
- 3 () Expressa sentimentos de desencorajamento, desespero e pessimismo quanto ao futuro que não podem ser desfeitos.
- 4 () Espontânea e inapropriadamente persevera “nunca VOU melhorar” ou equivalente.

24. BAIXA AUTO-ESTIMA

- 0 () Ausente.
- 1 () Indica sentimentos de inutilidade (perda da auto-estima) apenas quando perguntado.
- 2 () Paciente indica espontaneamente sentimentos de inutilidade.
- 3 () Difere de (2) acima por grau: paciente relata espontaneamente que é “ruim”, “inferior”.
- 4 () Delírios de inutilidade.

ESCORE TOTAL DA HAM-D DE 24 ITENS: _____(Faixa de variação: 0-70)

8.5. Anexo 5



instituto do coração rio preto

Comitê de Ética em Pesquisa

FORMULÁRIO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

São José do Rio Preto, 27 de agosto de 2003.

Data da aprovação: 20 de agosto de 2003.

Protocolo: 018 **Ref.:** "Perfil dos pacientes suicidas internados em um Hospital Escola comparados com a população geral"

Investigador Principal: Vitor Giacomini Flosi

Nome do Centro: Hospital de Base da FAMERP - São José do Rio Preto-SP

Área Temática Especial: Não se aplica

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

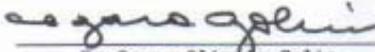
Ao proceder a análise dos documentos do protocolo acima referido, o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto do Coração Rio Preto considerou que:

1. Foram atendidas as solicitações do referido projeto.
2. O protocolo preenche os requisitos fundamentais das resoluções 196/96, 251/97 e 292/99 do CNS e da CONEP, sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos.
3. Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), de acordo com as atribuições definidas nas resoluções 196/96 e 251/97 do CNS e da CONEP, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Situação do projeto: aprovado. **Projeto de Iniciação Científica com Termo de Consentimento Informado Livre e Esclarecido, orçamento do estudo, folha de rosto e autorização do Departamento de Psiquiatria.**

Membros do Comitê de Ética em Pesquisa, e respectivos cargos:

Dr. Cezar Olímpio Golin	Coordenador
Enfª. Eliana Rodrigues Czochra	Membro
Dr. José Alberto Mazza Lima	Membro
Enfa Dra Célia Alves de Souza	Membro
Profa Flavia Cristina Carvalho Rodrigues	Membro
Prof. Dr. Paulo Roberto Nogueira	Membro
Prof. Dr. José Antonio Cordeiro	Membro
Dr Luis Carlos da Silveira	Membro
Dr. Percival Trindade	Membro
Prof. Dra Elza Maria Castilho	Membro
Profa. Rosana De Gasperi Pagliuso	Membro
Prof. Fernando Maroueli Carneiro	Membro
Psicóloga Sabrina Fernandes	Membro
Irmã Fabiana Elaine do Nascimento	Membro


 Dr Cezar Olímpio Golin
 Coordenador do Comitê Ética em Pesquisa
 do Incor Rio Preto