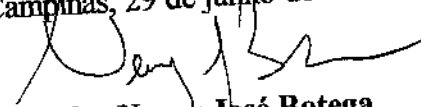


CARLOS FILINTO DA SILVA CAIS

Este exemplar corresponde à versão final da
Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação Ciências Médicas
da Faculdade de Ciências Médicas da
UNICAMP, para obtenção do título de Mestre
em Ciências Médicas, área de Saúde Mental do
aluno **CARLOS FILINTO DA SILVA CAIS**.

Campinas, 29 de junho de 2006.


Prof. Dr. Neury José Botega
Orientador

TENTATIVA DE SUICÍDIO RECORRENTE:

**Um estudo clínico de indivíduos que tentaram o suicídio
ao menos três vezes**

CAMPINAS

2006

**BIBLIOTECA CENTRAL
DESENVOLVIMENTO
COLEÇÃO
UNICAMP**

CARLOS FILINTO DA SILVA CAIS

TENTATIVA DE SUICÍDIO RECORRENTE:

**Um estudo clínico de indivíduos que tentaram o suicídio
ao menos três vezes**

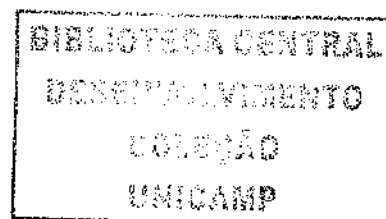
*Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação
da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade
Estadual de Campinas para a obtenção do título de
Mestre em Ciências Médicas, área de concentração
Saúde Mental*

ORIENTADOR: NEURY JOSÉ BOTEGA

CAMPINAS

2006

iii



UNIDADE BC
CHAMADA UNICAMP
C124t

EX
OMBO BC/ 70053
ROC 16-123-06
D X
EÇO 11.00
ATA 22/09/06
CPD

387884

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP
Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

C124t Cais, Carlos Filinto da Silva
Tentativa de suicídio recorrente: (Um estudo clínico de indivíduos que tentaram o suicídio ao menos três vezes) / Carlos Filinto da Silva
Cais. Campinas, SP : [s.n.], 2006.

Orientador : Neury José Botega
Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

I. Suicídio. 2. Parasuicídio. 3. Prevenção do suicídio. 4. Tentativa de Suicídio. I. Botega, Neury José. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Título em ingles : Suicide attempt repeaters

Keywords: • Suicide

- Parasuicide
- Prevention, suicide
- Suicide attempt

Área de concentração : Saúde Mental

Titulação: Mestrado em Ciências Médicas

Banca examinadora: Prof Dr Neury José Botega
Prof Dr Claudemir Benedito Rapeli
Prof Dr Renata Cruz Soares Azevedo

Data da defesa: 29-06-2006

Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

Orientador(a): Prof(a). Dr(a).

Neury José Botega

Membros:

1. Neury José Botega

2. Claudemir Benedito Rapeli

3. Renata Cruz Soares Azevedo

Curso de pós-graduação em Ciências Médicas (com ênfase em Saúde Mental) da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 29/06/2006

À minha esposa Vivien

AGRADECIMENTOS

Ao Neury, que veste com prazer e generosidade o papel de Professor e Propulsor de carreiras.

À minha esposa Vivien, por ter me ensinado as coisas mais importantes da vida, as quais não constam de nenhuma tese acadêmica.

Aos meus pais, por terem com dedicação intensa, propiciado minha caminhada.

A Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) pelo apoio financeiro e logístico.

Aos pacientes, pela confiança depositada.

Aos colegas, pelas importantes contribuições e amizade.

*Não há absolutamente nada de novo em relatar que
o mundo é cheio de ódio, que o homem destrói um ao outro e que
nossa civilização se ergueu sobre as cinzas da destruição.
Mas associar esta destrutividade,
esta evidência de um espírito maligno entre nós
a um instinto e correlacionar este com o frutífero instinto do amor,
foi uma das últimas flores da genialidade de Freud.*

Karl Menninger

	<i>Pág.</i>
RESUMO.....	<i>xix</i>
ABSTRACT.....	<i>xxiii</i>
INTRODUÇÃO.....	<i>27</i>
OBJETIVOS.....	<i>47</i>
HIPÓTESES.....	<i>51</i>
MÉTODO.....	<i>55</i>
RESULTADOS.....	<i>71</i>
DISCUSSÃO.....	<i>87</i>
CONCLUSÃO.....	<i>97</i>
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	<i>101</i>
ANEXOS.....	<i>111</i>

LISTA DE TABELAS

	<i>Pág.</i>
Tabela A Comportamento suicida na cidade de Campinas.....	32
Tabela B Análise da repetição de Tentativa de Suicídio após inserção no estudo, para o conjunto dos casos em Evans et al. (1999).....	34
Tabela C Análise da repetição de Tentativa de Suicídio após inserção no estudo, separando-se pelo histórico de TS em Evans et al. (1999).....	34
Tabela D Repetição da Tentativa de Suicídio em Owens et al. (2002).....	36
Tabela E Suicídio em Owens et al. (2002).....	36
Tabela F Variáveis para discriminação entre grandes e pequenos repetidores e indivíduos com uma única TS, Kreitman e Casey (1988).....	39
Tabela G Fatores que predizem a repetição da tentativa de suicídio.....	44
Tabela H Fatores que predizem a repetição da tentativa de suicídio em adolescentes.....	46
Tabela I Cálculo do poder estatístico para 5 variáveis escolhidas.....	58
Tabela 1 Dados Sociodemográficos.....	73
Tabela 2 Comparação de parâmetros sociodemográficos entre “repetidores” e “primeira vez”.....	74
Tabela 3 Sintomas depressivos (resultados descritivos).....	75
Tabela 4 Comparação em parâmetros relacionados a sintomas depressivos entre “repetidores” e “primeira vez”.....	75
Tabela 5 Apoio social (resultados descritivos).....	77
Tabela 6 Comparação em parâmetros relacionados a apoio social entre “repetidores” e “primeira vez”.....	78

Tabela 7	Raiva (resultados descritivos).....	79
Tabela 8	Comparação em parâmetros relacionados a raiva entre “repetidores” e “primeira vez”.....	79
Tabela 9	Uso de substâncias psicoativas.....	80
Tabela 10	Avaliação clínica da intensidade de traços histriônicos, ansiedade e ideação suicida (comparação entre os grupos).....	80
Tabela 11	Histórico de abuso (comparação entre os grupos).....	81
Tabela 12	Disfunção no desempenho de atividades (resultados descritivos).....	81
Tabela 13	Disfunção no desempenho de atividades (comparação entre os grupos).....	82
Tabela 14	Intencionalidade da tentativa de suicídio (resultados descritivos).....	82
Tabela 15	Intencionalidade da tentativa de suicídio (comparação entre os grupos).....	82
Tabela 16	Método utilizado na tentativa de suicídio e risco clínico (comparação entre os grupos).....	83
Tabela 17	Auto-avaliação da saúde.....	83
Tabela 18	Presença de fatores estressantes recentes (comparação entre os grupos).....	84
Tabela 19	Índice de Bem Estar da OMS.....	84
Tabela 20	Tratamento atual e progresso em saúde mental (comparação entre os grupos).....	85
Tabela 21	Análise multivariada.....	85

RESUMO

A quase totalidade dos dados sobre indivíduos que repetem tentativas de suicídio provém de países desenvolvidos. O objetivo deste estudo é descrever o perfil clínico de 61 indivíduos que deram entrada no Pronto Socorro do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas por uma tentativa de suicídio que era, pelo menos, a terceira de suas vidas. Tal descrição foi feita através da comparação com 102 indivíduos que deram entrada no mesmo pronto socorro pela primeira tentativa de suicídio de suas vidas. Dados sociodemográficos e clínicos foram coletados através do questionário WHO/SUPRE-MISS, o qual continha também diversas escalas psicométricas. No grupo dos repetidores havia maior proporção de mulheres (83.6% vs 56.8%; OR= 4,47), indivíduos na faixa etária entre 25 e 44 anos, em pior situação ocupacional e com maior disfunção no desempenho de papéis sociais (OR= 2,5; 3,1 e 1.05 respectivamente). Repetidores também apresentaram mais sintomas depressivos. Talvez em nossa cultura mulheres tenham melhor retorno em termos de pedido de socorro e/ou mudança de ambiente após a tentativa de suicídio, o que encorajaria a repetição do ato.

ABSTRACT

The great majority of data regarding individuals with repeated suicide attempts were obtained from developed countries. The aim of this study is to describe the clinical profile of 61 Brazilian individuals who attempted suicide at least three times and compare them to 102 who were brought to a university hospital for their first suicide attempt. Socio-demographic and clinical data were collected using the WHO/SUPRE-MISS questionnaire, which also comprises several psychometric scales. In the repeaters' group, there were more women (83.6% vs 56.8%; OR= 4.47), 25-44 year-old subjects, worse occupational status and social role performance disability (OR= 2.5, 3.1 and 1.05 respectively). Repeaters also had higher scores on depression. Maybe in our culture women would obtain better feedback with such behavior, that is, help and/or change in the environment, which would encourage the repetition of the act.

1- INTRODUÇÃO

1- Projeto SUPRE-MISS

Este trabalho de mestrado deriva-se do *Estudo Multicêntrico de Intervenção no Comportamento Suicida* (SUPRE-MISS) da Organização Mundial da Saúde (OMS), o qual será sinteticamente descrito abaixo.

O SUPRE-MISS é um projeto multicêntrico que foi realizado em 8 países (África do Sul, Brasil, China, Estônia, Índia, Irã, Sri Lanka, Vietnã), faz parte do programa SUPRE (*Suicide Prevention*) da OMS e inclui uma série de ações com vistas a reduzir o impacto em termos de morbi-mortalidade do comportamento suicida. O projeto SUPRE-MISS foi coordenado, no Brasil, pelo Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

O SUPRE-MISS encampou três sub-projetos. O primeiro foi o **ESTUDO DE INTERVENÇÃO**: os indivíduos que deram entrada no pronto socorro do HC-UNICAMP por tentativa de suicídio (TS), entre outubro de 2002 e agosto de 2004, foram entrevistados por meio de um questionário estruturado (anexo) que coletava diversos dados, entre eles: sócio-demográficos, informações a respeito do método e condições de execução da tentativa de suicídio, dados a respeito de intencionalidade, histórico e descrição de tentativas anteriores, eventos estressantes, dados de saúde física, histórico de tratamento e internações psiquiátricas, problemas mais relevantes no último ano, antecedentes e padrão de uso atual de álcool e drogas, Índice de Bem-Estar (WHO 1998), Inventário de Depressão (Beck et al., 1996), Escala de Traços de Raiva (Spilberger e Biaggio, 1994), Escala de Apoio Social (Bille-Brahe, 1999), antecedentes de comportamento anti-social e Escala de Disfunção em Papéis Sociais (WHO 2002).

A partir da concordância em participar do estudo, os pacientes foram divididos, aleatoriamente, em dois grupos: a) tratamento usual, no qual os sujeitos foram encaminhados para o seguimento clínico habitual; b) intervenção breve, no qual, além do encaminhamento para o seguimento usual, o paciente passava por uma entrevista motivacional, de aproximadamente 60 minutos, e por contatos posteriores (telefonemas ou visitas domiciliares) na 1ª, 2ª, 4ª, 7ª e 11ª semanas e no 4º, 6º, 12º e 18º mês após a tentativa

de suicídio. Além disso, esse grupo recebia, na entrevista motivacional, uma brochura contendo uma série de telefones de serviços de saúde e instruções de como entrar em contato com os mesmos e com a equipe do estudo. O intuito maior dessa intervenção foi favorecer a adesão ao tratamento e evitar comportamento suicida futuro. O perfil dos pacientes que integraram esse estudo, nos oito países participantes, já se encontra publicado (Fleischmann et al., 2005). O seguimento dos dois grupos já foi finalizado, e os dados estão sendo analisados.

O segundo sub-projeto do SUPRE-MISS foi o **INQUÉRITO POPULACIONAL**: 515 indivíduos da população urbana de Campinas, com idade igual ou superior a 14 anos, foram aleatoriamente selecionados e entrevistados visando, principalmente, mensurar ideação e comportamento suicida na população geral. Os primeiros dados globais contendo informações coletadas nos oito países participantes já foram publicados (Bertolote et al., 2005), assim como os dados nacionais (Botega et al., 2005).

O terceiro sub-projeto foi a **DESCRIÇÃO DA COMUNIDADE**: que envolveu descrição de aspectos socioculturais, antropológicos e sociodemográficos da comunidade envolvida na pesquisa.

A íntegra do projeto SUPRE-MISS encontra-se no seguinte endereço eletrônico:

http://www.who.int/mental_health/PDFdocuments/SUPRE-MISS.pdf.

O presente estudo avaliará indivíduos que, ao longo da vida, tentaram o suicídio pelo menos três vezes, e que foram incluídos no estudo de intervenção mencionado.

2- Dados epidemiológicos sobre o suicídio

O suicídio que envolve questões socioculturais, genéticas, psicodinâmicas, filosófico-existenciais, psiquiátricas e ambientais, vem ganhando impulso em termos numéricos e principalmente de impacto, como podemos ver pelos dados globais da OMS (WHO, 2003):

- O número de mortes por suicídio, em termos globais, no ano de 2.003, girou em torno de 900.000 pessoas.
- Na faixa etária entre 15 e 35 anos, o suicídio está entre as três principais causas de morte.
- Nos últimos 45 anos, a mortalidade global por suicídio vem migrando, em participação percentual, do grupo dos mais idosos para o de indivíduos mais jovens (15 a 45 anos).
- Estima-se que o número de tentativas de suicídio supere o número de suicídios em pelo menos 10 vezes.
- Para cada suicídio há, em média, 5 ou 6 pessoas próximas ao falecido que sofrem intensas conseqüências emocionais, sociais e econômicas.
- 1,4% do ônus global ocasionado por doenças no ano 2002 foi devido a tentativas de suicídio, e estima-se que chegará a 2,4% em 2020.

O Brasil encontra-se no grupo de países com baixa taxa de suicídio: 3,5 a 4,6/100.000 habitantes, mas como é um país populoso, atinge o nono lugar em números absolutos de suicídio - 7861 em 2003 (Brasil, 2003; WHO, 2003). Deixando-se à margem o problema da sub-notificação, o suicídio respondeu por 0,8% de todos os óbitos da população brasileira em 2003 (Brasil, 2003). Em relação ao número de tentativas de suicídio ocorridas no país, não existem registros disponíveis.

O suicídio representa o extremo dentro de um conjunto maior de condições e ações humanas, as quais denominamos Comportamento Suicida. Dentro deste, encontramos um espectro amplo, que vai desde a ideação até o suicídio, passando pelo planejamento e tentativa. A tabela abaixo reproduz os resultados do inquérito populacional sobre comportamento suicida na população geral da cidade de Campinas (Botega et al., 2006), cujo coeficiente médio de mortalidade por suicídio nos últimos 10 anos foi de 4 por 100.000 habitantes/ ano (Brasil, 2003).

Tabela A- Comportamento suicida na cidade de Campinas (área urbana)

	AO LONGO DA VIDA	NOS ÚLTIMOS 6 MESES
Ideação suicida	17,1%; (IC 95%: 12,9 - 21,2)	5,3%; (IC 95%: 3,5 - 7,2)
Plano suicida	4,8%; (IC 95%: 2,8 - 6,8)	2,0%; (IC 95%: 1,0 - 2,8)
Tentativa de suicídio	2,8%; (IC 95%: 0,09 - 4,6)	0,4%; (IC 95%: 0,3 - 1,1)

IC 95% = Intervalo de confiança de 95%.

Fonte: Botega, N.J.; Barros M.A.B.; Oliveira, H.B.; Dalgalarondo, P.; Marin-León, L. (2005). Comportamento suicida na comunidade: Fatores associados à ideação suicida. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 27(1): 2-5.

Após darmos as dimensões globais, nacionais e locais, vamos abordar, sinteticamente, os fatores de risco para suicídio.

Um histórico de tentativa de suicídio e a presença de transtorno mental são os maiores indicadores de risco de suicídio. (Allgulander, 1990; Isometsa, 1998; Owens, 2002; Suominen, 2004).

Os autores divergem sobre a porcentagem de pessoas falecidas por suicídio que apresentavam transtorno mental. Bertolote e Fleischmann (2002), em uma revisão que compilou 15.629 suicidas com diagnósticos feitos antes da morte, ou por meio de autópsia psicológica, encontraram 98% de presença de transtorno mental.

Os grupos diagnósticos psiquiátricos, em ordem decrescente de participação no total de suicídios, são: transtornos do humor, transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas, transtornos de personalidade (principalmente as do grupo B - anti-social, borderline e narcisista), esquizofrenia e transtornos da ansiedade (Bertolote e Fleischmann, 2002).

Situações nas quais ocorre comorbidade ou presença de mais de uma “síndrome”, em termos fenomenológicos, levam a incrementos no risco de suicídio, como exemplifica Fawcett et al. (1990) em termos de depressão com ansiedade ou com abuso de álcool.

Entre os fatores sociodemográficos de risco para suicídio podemos citar: sexo masculino, faixas etárias entre 15 e 35 anos ou acima de 75 anos, extratos econômicos extremos (muito ricos ou muito pobres), residentes em áreas urbanas, desempregados

(principalmente perda recente do emprego), aposentados, ateus, solteiros ou separados e migrantes (Botega et al., 2006).

Entre os fatores psicológicos apontam-se: perdas recentes, perdas de figuras parentais na infância, dinâmica familiar conturbada, datas importantes e reações de aniversário, personalidade com traços significativos de impulsividade e/ou agressividade e/ou humor lábil (Botega et al., 2006).

Algumas situações clínicas, a despeito da presença simultânea ou não de doença mental, também são fatores de risco, por exemplo: doenças orgânicas incapacitantes, dor crônica, lesões desfigurantes perenes, epilepsia, trauma medular, neoplasias malignas, aids (Botega et al., 2006; WHO 2000).

Os fatores de risco indicam os indivíduos nos quais devem ser intensificadas as estratégias preventivas como, por exemplo, nos que possuem antecedente de tentativa de suicídio.

Para que estratégias focais possam ser realizadas com maior eficiência é imprescindível uma boa caracterização dos indivíduos-alvo. Nesse sentido, este estudo procurou contribuir na caracterização do grupo dos repetidores (aqui definidos como indivíduos que realizaram pelo menos três tentativas de suicídio), pois estes perfazem uma porcentagem importante, em torno de 29% do total de indivíduos que já tentaram o suicídio (Cais et al., 2004). Outro ponto que justifica o estudo dos repetidores é que os mesmos têm características diferentes do restante do grupo com histórico de tentativa de suicídio, como se percebeu no estudo descrito a seguir:

Evans et al. (1999) estudaram 827 indivíduos que procuraram cuidados médicos após uma tentativa de suicídio. Os mesmos foram divididos aleatoriamente em dois grupos; um recebeu o tratamento usual e o outro, em acréscimo ao tratamento usual, recebeu um cartão com um número de telefone para situações de crise. Para este segundo grupo, nas 24 horas do dia, havia acessibilidade a um psiquiatra para “consulta” via telefone. A conclusão do estudo mostrou que a intervenção não proporcionou um efeito de redução nas repetições de tentativas de suicídio, mas o trabalho pondera que esta falha da

intervenção, notada globalmente, deu-se por um “paradoxal” incremento de 85% em novas tentativas nos que foram alocados no grupo de intervenção e já tinham tentativa(s) de suicídio anterior(es) à(s) que os inseriu no estudo. Já nos casos em que se tratava de uma primeira tentativa de suicídio, houve indícios (estatisticamente não significativos) de benefícios no grupo submetido à intervenção (vide tabelas B e C adiante).

Tabela B- Análise da repetição de Tentativa de Suicídio após inserção no estudo, para o conjunto dos casos.

Grupos	Nenhuma repetição	Uma repetição	Duas ou mais repetições
Tratamento usual (n= 417)	347	46	24
Grupo de Intervenção (número de telefone para crises), (n= 410)	351	32	27

Fonte: Evans, M.O.; Morgan, H.G.; Hayward, A.; Gunnell, D.J. (1999). Crisis telephone consultation for deliberate self-harm patients: effects on repetition. *British Journal of Psychiatry* 175: 23-27.

Tabela C- Análise da repetição de Tentativa de Suicídio após inserção no estudo, separando-se pelo histórico de TS.

Grupos	Não realizaram nova TS após entrar no estudo	Realizaram nova TS após entrarem no estudo
Sem antecedente de TS em Tratamento Usual (n= 206)	181	25 (12,13%)
Sem antecedente de TS no Grupo de Intervenção (n= 221)	203	18 (8,14%)
		p= 0,34 odds ratio= 0,64 IC (0,34-1,22)
Com antecedente de TS em Tratamento usual (n= 200)	167	33 (16,5%)
Com antecedente de TS no Grupo de Intervenção (n= 194)	142	52 (26,8%)
		p= 0,013 odds ratio= 1,85 IC (1,14-3,03)

Fonte: Evans, M.O.; Morgan, H.G.; Hayward, A.; Gunnell, D.J. (1999). Crisis telephone consultation for deliberate self-harm patients: effects on repetition. *British Journal of Psychiatry* 175: 23-27.

Podemos perceber pela tabela acima, que houve uma redução (não significativa) da repetição de tentativas de suicídio nos indivíduos que não tinham antecedente de tentativas de suicídio e que foram inseridos no grupo de intervenção: $p=0,34$ odds ratio= 0,64 IC 95% (0,34-1,22). Já nos indivíduos que haviam tentado o suicídio anteriormente e que também foram alocados no grupo de intervenção, houve um incremento de 85% em novas tentativas de suicídio $p=0,013$; odds ratio= 1,85 IC 95% (1,14-3,03).

O referido estudo corrobora a percepção de que indivíduos que já têm antecedente de tentativa de suicídio necessitam de estratégias diferentes de tratamento em relação aos demais.

Para que se possa planejar estratégias, especificamente dirigidas aos repetidores de tentativa de suicídio, é fundamental uma boa caracterização dos mesmos. Vamos, então, abordar um pouco mais sobre a repetição da tentativa de suicídio e, a seguir, sobre os indivíduos que realizam tal repetição.

3- Visão geral sobre a repetição da tentativa de suicídio

Owens et al. (2002) conduziram uma revisão sistemática, na qual foram incluídos 90 estudos em que a entrada de determinado paciente em um serviço de saúde por uma tentativa de suicídio era considerada o marco zero, a partir do qual os pacientes eram seguidos. Esta revisão permitiu o cálculo da taxa de repetição não-letal e de repetição-letal (suicídio) em momentos distintos ao longo do tempo. Para tal, os autores agruparam os estudos de acordo com o tempo de seguimento, como podemos verificar nas tabelas D e E:

Tabela D- Repetição da Tentativa de Suicídio

Tempo de seguimento	1 ano	1 a 4 anos	Mais de 4 anos
Mediana da taxa de repetição não-letal	16%	21%	23%
Número de estudos incluídos	38	19	14

Fonte: Owens, D.; Horrocks, J.; House, A. (2002). Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *British Journal of Psychiatry* 181:193-199.

Tabela E- Suicídio

Tempo de seguimento	1 ano	1 a 4 anos	4 a 9 anos	Mais de 9 anos
Mediana da taxa de suicídio	1,8%	3%	3,4%	6,7%
Número de estudos incluídos	26	21	24	7

Fonte: Owens, D.; Horrocks, J.; House, A. (2002). Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *British Journal of Psychiatry* 181:193-199.

Na mesma revisão, Owens et al. (2002) ponderam que o risco de suicídio em pacientes que já tentaram o suicídio é, pelo menos, uma centena de vezes maior que o risco da população em geral.

Isometsä e Lonnqvist (1998) examinaram, por autópsia psicológica, todos os suicídios registrados na Finlândia em 12 meses (1987-1988), num total de 1.397 mortes. Destas mortes, 56% se deram na primeira tentativa. Das 44% restantes (com antecedente de tentativa de suicídio) 82% mudaram de método ao longo das tentativas. Os autores ponderam que tal dado enfraquece, mas não desmente, a credibilidade da eficácia de se restringir o acesso a meios letais, como forma de se prevenir o suicídio.

Gilbody et al. (1997) seguiram, por um ano, 1.576 indivíduos que deram entrada no hospital da Universidade de York por uma tentativa de suicídio. Registrou-se que 12% tentaram novamente o suicídio e, dentre estes, 28% fizeram-no mais de uma vez.

A repetição era mais comum e ocorria mais rapidamente nos que já tinham uma tentativa de suicídio (risco relativo de 3,4). Assim como em outros estudos, demonstra-se que uma história prévia de tentativa de suicídio é, isoladamente, o mais importante preditor de repetição de tentativa de suicídio e de suicídio.

Um dos principais estudos sobre comportamento suicida foi o *WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide* (Kerkhof et al., 1989; Platt et al., 1992; Bille-Brahe et al., 1997; Wasserman et al., 1997; Osvath et al., 2003), que possuía dois sub-projetos: 1) o *Prediction Repetition Study*, no qual 1.145 pacientes, em nove centros médicos europeus, foram seguidos por três anos após a coleta de dados (sociodemográficos, clínicos, antecedentes e aplicação de escalas psicométricas). Para esta coleta usou-se o “*European Parasuicide Study Interview Schedule*” (EPSIS), que serviu de embasamento para a elaboração do questionário do SUPRE-MISS; 2) o *Monitoring Study*, no qual, em 16 centros de 13 países europeus, coletaram-se dados de 20.649 tentativas de suicídios executadas por 15.530 pacientes, entre 1989 e 1992. O WHO / EURO Multicentre Study on Parasuicide apresentou as seguintes conclusões em relação aos indivíduos que reincidiam em tentativa de suicídio: no momento da entrada no estudo devido a uma tentativa de suicídio, 54% dos indivíduos já tinham tentado o suicídio anteriormente. Na comparação entre o grupo de indivíduos que cometeu uma única tentativa de suicídio e o grupo que cometeu duas ou mais, ocorreu uma maior proporção de divorciados e desempregados neste último.

Em nosso meio Rapeli e Botega (2005) estudaram 121 indivíduos que necessitaram de internação no Hospital das Clínicas (HC) da Universidade Estadual de Campinas, devido às consequências clínicas da tentativa de suicídio. Destes, 109 responderam o item sobre tentativas anteriores. Já haviam tentado o suicídio 44 sujeitos (40%), destes, 18 indivíduos (16,51%) somaram pelo menos três tentativas de suicídio com a tentativa que os introduziu no estudo.

Também dentro do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas, mas agora, assim como nesta dissertação, incluindo indivíduos que dessem entrada no pronto socorro devido a uma tentativa de suicídio, Botega et al. (1995)

entrevistaram 156 indivíduos. Destes, 31 casos (21%), somaram com a tentativa que os introduziu no estudo, pelo menos três tentativas de suicídio ao longo da vida.

A seguir, apresentaremos os principais achados da literatura, focalizando agora não a repetição em si, mas os indivíduos que realizam a repetição de tentativas de suicídio.

4- Caracterização dos repetidores de tentativa de suicídio

Evans et al. (1996) aplicaram escalas psicométricas de impulsividade em 185 indivíduos que deram entrada no hospital geral ao tentarem o suicídio. Os sujeitos que estavam reincidindo em tentativa de suicídio obtiveram escores de impulsividade maiores do que os que tinham tentado suicídio pela primeira vez, os quais, por sua vez, tinham escores maiores do que os controles da população geral, pareados para sexo e idade.

Carter et al. (1999) seguiram, por pelo menos um ano, 1.238 pacientes que deram entrada no centro de intoxicações de Newcastle, por uma tentativa de suicídio, entre 1992 e 1994. Concluiu-se que dentre os que reincidiam em nova tentativa de suicídio havia maior porcentagem de mulheres, maior “isolamento” afetivo (apenas 15,8% estavam casados ou em um relacionamento próximo) e a maior parte inseria-se na faixa etária entre 25 e 44 anos.

Tejedor et al. (1999) seguiram, por 10 anos, 150 pacientes que deram entrada no setor de psiquiatria do hospital da Universidade de Barcelona após uma tentativa de suicídio. O número de tentativas prévias de suicídio teve correlação positiva com a chance de nova tentativa de suicídio, mas não demonstrou nenhuma correlação positiva com suicídio. Com isso, o autor sugere que possa haver “carreiras” distintas entre os repetidores e os suicidas propriamente ditos.

Kreitman e Casey (1988) estudaram três coortes de pacientes que deram entrada no Centro Regional de Tratamento de Intoxicações de Edinburgh devido a uma tentativa de suicídio (3.874 indivíduos, nos anos de 1972, 1977, 1982). Seguiram os pacientes por 6 meses para ver se reincidiam na tentativa de suicídio. Tomando-se por base o número de

tentativas ao longo dos 6 meses e o histórico de tentativas anteriores à que deu entrada no estudo, os pacientes foram separados em três grupos: primeira vez (indivíduos com uma única tentativa de suicídio), pequenos repetidores (de duas a quatro tentativas) e grandes repetidores (5 ou mais tentativas). Se uma variável era capaz de discriminar entre os grupos em duas coortes com um $p < 0,05$ e na terceira coorte atingia um $p < 0,10$, esta variável era denominada ‘discriminador consistente’; outras variáveis que não atingiam tal consistência temporal, mas no agregado das três coortes atingiam significância, foram denominadas ‘discriminadores fracos’. Os resultados são apresentados a seguir, na tabela F:

Tabela F- Variáveis para discriminação entre grandes repetidores, pequenos repetidores e indivíduos com uma única TS.

GRAU DE DISCRIMINAÇÃO			
VARIÁVEL	HOMENS	MULHERES	COMENTÁRIOS
Idade entre 20 e 55 anos	Fraco ***	Consistente	Conforme se caminha em direção a intensificação da repetição, diminui em ambos os sexos a proporção de indivíduos com menos de 20 anos e com mais de 55
Estado civil	Fraco ***	Consistente	Conforme se caminha em direção a intensificação da repetição, diminuem, em ambos os sexos, a proporção de casados e aumentam as de separados e divorciados
Classe social	Fraco ***	Consistente	Conforme se caminha em direção a intensificação da repetição, diminui a proporção das classes A, B e C e aumenta a da classe E
Diagnóstico psiquiátrico	—	Fraco **	Negativamente associado em mulheres, provavelmente porque transtorno do humor em mulheres é negativamente associado com a repetição
Transtorno de personalidade	Consistente	Consistente	Positivamente associado com a repetição
Uso danoso ou dependência de álcool	Consistente	Consistente	Positivamente associado com a repetição
Ingestão de bebida alcoólica logo antes da tentativa	Consistente	Consistente	Positivamente associado com a repetição
Habitual abuso de drogas	Consistente	Consistente	Positivamente associado com a repetição

VARIÁVEL	HOMENS	MULHERES	COMENTÁRIOS
Histórico de internação psiquiátrica	Consistente	Consistente	Positivamente associado com a repetição
Histórico de tratamento psiquiátrico ambulatorial	Consistente	Consistente	Positivamente associado com a repetição
Permanente separação da mãe antes dos 15 anos	Fraco *	Fraco *	Positivamente associado com a repetição
Permanente separação do pai antes dos 15 anos	Fraco *	Fraco ***	Positivamente associado com a repetição
Histórico familiar de doença mental	Fraco ***	Consistente	Positivamente associado com a repetição
Histórico familiar de tentativa de suicídio	Fraco ***	Fraco **	Positivamente associado com a repetição
Morar sozinho	Consistente	Consistente	Positivamente associado com a repetição
Atos violentos contra outros nos últimos 5 anos	Consistente	Consistente	Positivamente associado com a repetição
Vítima de violência nos últimos 5 anos	Consistente	Consistente	Positivamente associado com a repetição
Criminalidade	Consistente	Consistente	Positivamente associado com a repetição
Desempregado	Consistente	Consistente	Positivamente associado com a repetição
Estar com dívidas financeiras importantes	—	Fraco ***	Positivamente associado com a repetição
Histórico familiar de suicídio	—	—	Sem associação significativa com a repetição
Sexo	Fraco **	—	No total das tentativas, a relação mulheres/homens foi de 1,65. Mas a proporção vai declinando de 1,81 nos de primeira vez, para 1,61 nos pequenos repetidores e 1,26 nos grandes repetidores

* no agregado das três coortes o $p < 0,05$; ** no agregado das três coortes o $p < 0,01$; *** no agregado das três coortes o $p < 0,001$

Fonte- Kreitman, N.; Casey, P. (1988). Repetition of parasuicide: an epidemiological and clinical study. *British Journal of Psychiatry* 153:792-800.

Sakinofsky e Roberts (1990) seguiram, por três meses, 187 indivíduos que deram entrada por tentativa de suicídio em um dos quatro hospitais gerais de Hamilton, em 1989. Após o seguimento, os pacientes que reincidiram por pelo menos uma vez em tentativa de suicídio (30 sujeitos) foram denominados repetidores e comparados com o grupo de uma única tentativa. Os dados foram colhidos no episódio index e no final dos três meses, através de entrevista semi-estruturada, que abrangia dados clínicos, escalas psicométricas, caracterização da tentativa de suicídio e dos problemas vistos pelo indivíduo como desencadeadores da tentativa. Como resultado da comparação dos dois grupos não se encontrou diferença significativa na idade, anos de educação, duração dos distúrbios prodrômicos, em diagnósticos psiquiátricos, intencionalidade suicida, pontuação na escala de depressão de Beck, sensação de estar no controle das situações de vida, isolamento, hostilidade voltada para dentro, auto-imagem, sensibilidade e ajustamento social. Por outro lado, como diferença foi notado que os repetidores eram mais jovens quando de sua primeira tentativa de suicídio, tinham maior número de tentativas anteriores, a tentativa que os inseriu no estudo teve menor potencial de letalidade, julgavam seus problemas mais graves que os não repetidores, maior hostilidade externamente dirigida, maiores sensações de impotência e de não serem “normais”. Quando se aplicou uma análise de fatores discriminantes, 9 dos 19 estudados emergiram como preditores de repetição: tendência a perceber os problemas como mais severos, ser mais dissonante socialmente (sensação de não ser normal), menor período prodrômico da tentativa de suicídio, mais jovem quando do primeiro episódio, mais velho, sexo masculino, tentativa index de menor potencial de letalidade e maior sensação de impotência.

Harris et al. (2005), com a finalidade de investigar a relação entre intencionalidade suicida (mensurada logo após a tentativa de suicídio) e repetição da tentativa de suicídio ou suicídio futuro, compilaram os dados de 2.719 tentativas de suicídio atendidas no hospital geral da Universidade de Oxford, entre 1993 e 1997. Dos 2.719 pacientes, os autores conseguiram dados de seguimento de 2.489 (tempo médio de seguimento de 5 anos). Como instrumento de mensuração da intencionalidade suicida foi usado a Escala de Intencionalidade Suicida de Beck. Visando facilitar o estabelecimento de relações, ambos os sexos foram dicotomizados com base na mediana dos escores de intencionalidade, em grupos de alta e baixa intencionalidade suicida. O estudo confirmou

trabalhos anteriores, no sentido de encontrar correlação entre intencionalidade suicida na tentativa index e suicídio futuro, principalmente para as mulheres e para o primeiro ano de seguimento. Quanto à ligação entre intencionalidade suicida e repetição da tentativa de suicídio, o estudo encontrou correlações diferentes entre homens e mulheres. Enquanto no marco de 3 anos de seguimento encontrou-se uma forte associação entre baixa intencionalidade suicida e repetição da tentativa de suicídio para os homens, nas mulheres o que encontrou-se foi uma fraca associação entre *alta* intencionalidade suicida e repetição da tentativa de suicídio. Os autores indicam que nos estudos futuros a pesquisa entre associações de intencionalidade e repetição continue sendo discriminada para cada sexo.

Cassorla (1991) correlacionou a repetição da tentativa de suicídio ao sexo feminino. Descrevia uma “carreira” na qual incorriam mulheres oriundas de famílias desestruturadas que propiciavam pouca vinculação afetiva ou modelos de identificação. As primeiras tentativas de suicídio ocorriam na adolescência; o recrudescimento do complexo edípico em estruturas egóicas frágeis levaria essas jovens a buscarem relações simbióticas com seus parceiros. Qualquer ameaça de ruptura nessas relações é sentida, subjetivamente, como uma possibilidade de desintegração/aniquilamento, daí a tentativa de suicídio como recurso desesperado para manter tais relações. Também são resultantes desta dinâmica: gravidez precoce, abortos, agressões e uma auto-imagem pejorada.

Hawton et al. (1999) estudaram 45 adolescentes, com idade entre 13 e 18 anos, que deram entrada no hospital geral da Universidade de Oxford devido a uma tentativa de suicídio. Enquanto permaneceram no hospital geral, os mesmos foram avaliados clinicamente e com escalas psicométricas quanto à depressão, desesperança, intencionalidade suicida, impulsividade, raiva, auto-estima, capacidade de resolução de problemas e, a seguir, foram seguidos por um ano. Os 18 adolescentes que já tinham antecedente de tentativa de suicídio e/ou repetiram a tentativa no ano de seguimento diferiam dos de uma única tentativa nos seguintes quesitos: maiores escores de depressão, desesperança e traços de raiva, menores escores de auto-estima e capacidade de resolução de problemas. Mas quando estes fatores foram controlados com os escores de depressão todos perderam a significância. Os autores concluem que tratar a depressão e os sintomas depressivos é um fator chave para diminuir o risco de repetição da tentativa de suicídio em adolescentes.

Vadja e Steinbeck (2000) revisaram os registros médicos dos indivíduos com idade entre 13 e 20 anos que deram entrada no hospital terciário de New South Wales (Austrália), entre 1994 e 1996, por uma tentativa de suicídio. Os registros foram revisados em termos de variáveis sociodemográficas, condições médicas crônicas, diagnósticos psiquiátricos, histórico de abuso sexual e antecedente de tentativa de suicídio. Na sequência, registraram-se quais os indivíduos que repetiram a tentativa de suicídio até o final de 1996. Como resultados, tiveram que 76% dos adolescentes tentaram o suicídio no contexto de atritos ou rompimento de relações afetivas, 76% já possuíam diagnóstico psiquiátrico antes da tentativa index. Os três diagnósticos mais frequentes foram: depressão (45,5%), drogadição (34%) e uso abusivo de álcool (27%). As variáveis associadas à repetição de tentativa de suicídio, com $p < 0,25$, foram colocadas em regressão logística com análise multivariada. Funcionaram como preditoras de repetição: drogadição (odds ratio (OR)= 3,89 e $p = 0,02$), uso abusivo de álcool (OR= 3,56 e $p = 0,05$), transtornos psicóticos (OR= 3,81 e $p = 0,04$), presença de doenças crônicas (OR= 3,29 e $p = 0,03$) e histórico de abuso sexual (OR 3,03 e $p = 0,06$).

Quase a totalidade dos dados sobre a repetição da tentativa de suicídio advém de países desenvolvidos, a seguir, apresentamos dois trabalhos que são exceção a esta regra.

Li et al. (2003) compararam 273 indivíduos que deram entrada em quatro hospitais gerais chineses devido à primeira tentativa de suicídio de suas vidas, com 52 indivíduos na mesma situação, mas que já possuíam antecedente de tentativa de suicídio. Nos últimos havia menor proporção de indivíduos da área rural que ingeriram agrotóxicos, e maior proporção de sujeitos com: pior qualidade de vida no último mês, que ponderaram realizar a tentativa por mais tempo, com mais estressores crônicos e maior presença de transtorno mental.

Kinyanda et al. (2005) estudaram 100 indivíduos que deram entrada em três diferentes hospitais gerais de Kampala (Uganda) devido a uma tentativa de suicídio. Os pacientes que já possuíam antecedente de tentativa de suicídio diferiam-se dos que realizaram a primeira tentativa de suas vidas em vários aspectos. Em maior frequência: eram solteiros, moravam com os pais ou sozinhos, relatavam problemas sexuais como

desencadeadores da última tentativa de suicídio, mais eventos negativos na infância e, em menor frequência, tinham filhos ou eventos negativos no último ano.

A seguir, apresentamos as tabelas G e H, por nós elaboradas, que resumem os fatores que predizem a repetição da tentativa de suicídio. Os estudos foram selecionados na literatura científica, para que constassem nas tabelas teriam que atravessar dois filtros: 1) Publicação em uma revista indexada no Medline; 2) Possuir dois ou mais dos três seguintes itens: a) publicação em revista de alto impacto, segundo Science Citation Index (SCI); b) possuir um número inusualmente grande de sujeitos para o objeto em questão; c) ter sido citado em pelo menos dois trabalhos sobre a repetição de suicídio que foram publicados em revista de alto impacto (SCI).

Tabela G- Fatores que predizem a repetição da tentativa de suicídio

FATORES	LITERATURA
Antecedentes criminais	Kreitman e Foster, 1991;
	Bagley e Greer, 1971; Buglass e Horton, 1974;
Antecedente de TS	Morgan et al 1976; Allgulander e Fisher, 1990;
	Kreitman e Foster, 1991; Gilbody, 1997
Antecedente de TS de baixa letalidade	Sakinofsky e Roberts, 1990
	Bagley e Greer, 1971; Kreitman e Casey, 1988;
Ausência de companheiro (a) estável	Kreitman e Foster, 1991; Schmidtke, 1996; Bille-Brahe, 1997; Carter, 1999
Ausência de endereço fixo	Siani et al, 1979
Ausência de curso superior	Osvath et al 2003
Baixa auto-estima	Scott et al, 1997
Baixa capacidade de resolução de problemas	Scott et al, 1997
Baixa intencionalidade suicida	Pierce, 1984; Kekhof et al, 1998; Harriss et al, 2005
Baixo nível de serotonina	Nordström et al, 1996; Verkes et al, 1997
Criminalidade	Morgan et al 1976; Kreitman e Casey, 1988; Kreitman e Foster, 1991
Depressão e/ou desesperança	Petrie, 1988; Beck, 1985; Scott et al, 1997; Kekhof et al, 1998

FATORES	LITERATURA
Desemprego	Kreitman e Foster, 1991; Morton, 1993; Dirks, 1998; Osvath et al, 2003
Diagnóstico de transtorno de personalidade	Kreitman e Casey, 1988; Kreitman e Foster, 1991; Bagley e Greer, 1971; Allgulander e Fisher, 1990;
Doença do SNC	Kreitman e Foster, 1991
Drogadição	Kreitman e Casey, 1988; Kreitman e Foster, 1991;
Classe sócio-econômica baixa	Kotila e Lönnqvist, 1987; Kreitman e Casey, 1988; Kreitman e Foster, 1991
Histórico de doença psiquiátrica	Buglass e Horton, 1974; Morgan et al 1976; Kreitman e Casey, 1988; Kreitman e Foster, 1991; Hjelmeland, 1996; Dirks, 1998; Kekhof et al, 1998; Tejedor 1999
Histórico familiar de doença mental	Kreitman e Casey, 1988
Histórico familiar de tentativa de suicídio	Kreitman e Casey, 1988
Histórico de internação psiquiátrica	Buglass e Horton, 1974; Kreitman e Casey, 1988
Hostilidade	Sakinofsky e Roberts, 1990; Kekhof et al, 1998 Buglass e Horton, 1974; Kreitman e Casey, 1988;
Idade (entre 25 e 44 anos)	Sakinofsky e Roberts, 1990; Kreitman e Foster, 1991; Corcoran et al, 1997; Carter, 1999
Impulsividade	Sakinofsky e Roberts, 1990; Evans, 1996
Morar sozinho	Kreitman e Casey, 1988
Não morar com os pais	Buglass e Horton, 1974
Permanente separação da mãe antes dos 15 anos de idade	Kreitman e Casey, 1988
Permanente separação do pai antes dos 15 anos de idade	Kreitman e Casey, 1988
Relacionamentos instáveis	Kurz et al, 1982
Sensação de impotência	Sakinofsky e Roberts, 1990
Sensação de não ser normal	Sakinofsky e Roberts, 1990
Separação dos pais	Buglass e Horton, 1974; Kurz et al, 1982
Ser divorciado	Osvath et al, 2003
Ser jovem quando da primeira tentativa	Sakinofsky e Roberts, 1990; Sakinofsky, 1998
Sexo feminino com dívida financeira considerável	Kreitman e Casey, 1988
Sexo masculino	Sakinofsky e Roberts, 1990
Sociopatia	Bagley e Greer, 1971; Buglass e Horton, 1974; Siani et al, 1979; Kreitman e Casey, 1988; Dirks, 1998

FATORES	LITERATURA
Ter sofrido abuso sexual	Hjelmeland, 1996
Ter bebido antes da tentativa	Kreitman e Casey, 1988
Uso danoso de álcool	Buglass e Horton, 1974; Kreitman e Casey, 1988; Kreitman e Foster, 1991; Hjelmeland, 1996; Kekhof et al, 1998
Ver os problemas como insuperáveis ou mais graves	Sakinofsky e Roberts, 1990
Violência executada ou sofrida, nos últimos 5 anos	Kreitman e Casey, 1988; Kreitman e Foster, 1991

Baseada em Sakinofsky, L. (2000). Repetition of suicidal behavior. In Hawton, K., Heeringen, K. *The international handbook of suicide and attempted suicide*. Wiley.

Tabela H- Fatores que predizem a repetição da tentativa de suicídio em adolescentes

FATORES	LITERATURA
Antecedente de tentativa de suicídio	Hulten et al 2001
Depressão	Hawton, 1999
Diagnóstico de Transtornos Psicóticos	Vadja, 2000; Reith et al 2003
Doenças clínicas crônicas	Vadja, 2000
Histórico de abuso sexual	Vadja, 2000
Tentativa com método violento	Hulten et al 2001
Uso danoso de substâncias psicoativas	Vadja, 2000; Reith et al 2003

Ao realizarmos uma revisão da literatura sobre repetição e repetidores de tentativa de suicídio, ficou evidente que a caracterização disponível na literatura médica baseia-se em países de cultura e hábitos muito diversos do Brasil. Desta forma, portanto, esperamos, dentro desta dissertação de mestrado, revalidar ou não, em pacientes de nosso meio, algumas das características descritas na literatura, bem como encontrar possíveis novas características. Pretendemos, assim, contribuir para propostas de intervenções mais eficientes, que atendam às necessidades desses pacientes.

2- OBJETIVOS

1- Objetivo geral

Encontrar características peculiares na população de pessoas que tentaram o suicídio por pelo menos três vezes, quando comparadas àquelas que o fizeram pela primeira vez.

2- Objetivos específicos

a) Descrever as principais características desses dois grupos de pacientes.

b) Identificar se há diferenças entre esses grupos nas seguintes variáveis:

- Sociodemográficas: gênero, faixa etária, situação conjugal, escolaridade, situação empregatícia, religiosidade.
- Escalas psicométricas: Escala de Intencionalidade Suicida de Beck, Inventário de Depressão de Beck, Escala de Spielberger para Traço de Raiva, Escala de Bille-Brahe de Apoio Social, Índice de Bem-Estar da OMS e Escala de Avaliação de Disfuncionalidade de Papéis Sociais da OMS.
- Clínicas e antecedentes: letalidade, tipo de método usado na tentativa de suicídio, uso de psicofármacos, utilização de serviços de assistência médica, tratamento psiquiátrico, nível de envolvimento com substâncias psicoativas, histórico de maus tratos e/ou de abuso sexual, avaliação clínica (depressão, ansiedade, histrionismo, ideação suicida) e auto-avaliação da saúde física.

3- HIPÓTESES

As hipóteses foram elaboradas de acordo com a revisão da literatura científica, com maior ênfase em fatores que possam ter implicação no tratamento.

Espera-se que o grupo de repetidores se diferencie do grupo de primeira vez nos seguintes aspectos:

- Maior pontuação na Escala de Depressão de Beck.
- Maior pontuação na Escala de Traços de Raiva de Spilberger.
- Menor escolaridade.
- Mais intenso e mais freqüente uso de álcool e/ou drogas.
- Maior participação do gênero masculino.
- Maior porcentagem de desempregados.
- Maior presença de traços histriônicos.
- Maior porcentagem de separados ou divorciados.
- Maior porcentagem de indivíduos que sofreram abuso sexual.

4- MÉTODO

1- Delineamento

Este é um estudo descritivo, sub-projeto do Estudo Multicêntrico de Intervenção no Comportamento Suicida (SUPRE-MISS), que avaliou o perfil clínico e demográfico de indivíduos que tentaram pelo menos três vezes o suicídio, comparando-o com o perfil dos que tentaram o suicídio pela primeira vez.

2- Definições para este estudo:

Repetidores- Indivíduos que, com a tentativa de suicídio que os incluiu no estudo, somam pelo menos três tentativas de suicídio.

Primeira vez- Indivíduos que a tentativa de suicídio que os incluiu no estudo foi a primeira tentativa da vida.

Tentativa de suicídio- Para que um ato de auto-agressão fosse considerado como tentativa de suicídio, o indivíduo teria que afirmar que tinha tido consciência de que tal ato poria sua vida em risco, mesmo quando executado com ambivalência. Baseado na definição de Asberg (1976).

3- Local e Sujeitos

As entrevistas foram realizadas face-a-face, na sua maior parte (78%) no Pronto Socorro (PS) do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (HC-UNICAMP) e nas enfermarias clínicas e de psiquiatria do mesmo hospital. O HC-UNICAMP realiza cerca de 210.000 consultas ambulatoriais/ano, seu complexo tem cerca de 600 leitos e o Pronto Socorro atende aproximadamente 90.000 consultas/ano.

Foram incluídos neste estudo 211 sujeitos, maiores de 12 anos, que deram entrada no PS do HC-UNICAMP, por tentativa de suicídio, entre outubro de 2002 e agosto de 2004, e aceitaram participar do estudo. Foram excluídos os que não estavam em condições clínicas de responder com fidedignidade o questionário.

3.1- Cálculo do tamanho da amostra e poder estatístico

Como o término da coleta de dados foi determinado pelo encerramento da fase de entrada de novos indivíduos no projeto SUPRE-MISS, solicitamos um cálculo de tamanho da amostra, *a posteriori*, portanto, para cinco variáveis de maior interesse, com vistas a sabermos se os 211 indivíduos incluídos no estudo seriam suficientes para determinadas comparações. Neste sentido, fixamos o alfa em 5% e consideramos a amostra suficiente para comparação na respectiva variável se apresentasse $\beta < 15\%$ no cálculo do tamanho da amostra (o que corresponde a um poder do teste de, pelo menos, 85%), considerando-se que havia 102 indivíduos com uma única tentativa e 61 repetidores. Na tabela I são apresentados os resultados para cada uma das variáveis escolhidas:

Tabela I- Cálculo do poder estatístico para 5 variáveis escolhidas

Variável	Gênero	Depressão (Escala de Beck)	Intencionalidade Suicida (Escala de Beck)	Raiva (Escala de Spielberger)	Disfunção no Desempenho de Papéis Sociais (Escala OMS)
N	59	59	59	59	58
P1 ou S	0,17	13,05	4,07	8,72	11,54
P2 ou d	0,46	9,71	0,08	3,32	6,88
alfa	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05
beta	0,05	0,02	0,98	0,46	0,11
Poder do teste	0,95	0,98	0,02	0,54	0,89

Glossário da tabela I:

P1 e P2- Foram usados apenas na variável categórica Gênero. Significam, respectivamente, proporção esperada de sucessos em um tratamento (P1-repetidor) e proporção de sucesso do outro tratamento (P2-primeira vez), o qual se deseja detectar como sendo diferente de P1.

Alfa - nível de significância.

Beta - (1 - poder do teste).

S- desvio-padrão (foi utilizado para Depressão, Intencionalidade, Raiva, Disfunção no desempenho de papéis sociais).

d- diferença desejada entre as médias.

N- Número de indivíduos no menor grupo comparado (para cada uma das variáveis, dos 61 repetidores 2 ou 3 não respondiam).

Das cinco variáveis escolhidas para o cálculo do tamanho da amostra, observamos que em três (Depressão, Gênero, Disfunção no desempenho de papéis sociais) a comparação entre os repetidores e os de primeira vez era factível, com poder do teste estatístico maior que 85%. Em duas, tal comparação estava impossibilitada no nível de poder do teste estabelecido.

4- Instrumentos

Usamos o questionário do SUPRE-MISS (Anexo 1), o qual foi baseado no European Parasuicide Study Interview Schedule (EPSIS), usado no WHO/EURO/Estudo Multicêntrico do Comportamento Suicida. O questionário incluía informações sociodemográficas detalhadas, histórico de comportamento suicida no indivíduo e sua família, bem estar físico, contato com serviços de saúde e de saúde mental, questões relacionadas a apoio social, uso de substâncias psicoativas, desesperança, problemas com a justiça, comportamento anti-social, eventos traumáticos de vida, fatores desencadeantes recentes, alguns dados sobre o exame psíquico e diagnóstico psiquiátrico se possível. O questionário do SUPRE-MISS englobava várias escalas psicométricas, traduzidas e validadas em nosso meio, descritas a seguir:

- a) Escala de Intencionalidade Suicida, (Beck et al., 1974)- Avalia quantitativamente a intencionalidade suicida, através de 15 itens com 3 alternativas cada, os quais correspondem a pontuações de 0 a 2, de forma que o indivíduo pode pontuar entre 0 e 30 pontos. Os 15 itens se distribuem em duas seções na Escala, a primeira seção (itens de 1 a 9) refere-se as circunstâncias objetivas da tentativa de suicídio, como por exemplo:

Você escreveu bilhete e/ou carta de despedida? Se não, pensou a respeito de escrever um (a)?

0- nenhuma carta ou bilhete, nem pensou sobre escrever.

1- pensou em escrever uma carta ou bilhete.

2- escreveu uma carta ou bilhete (entregou ou rasgou).

A segunda seção refere-se a subjetividade do paciente quando da tentativa de suicídio (pensamentos, sentimentos etc), como por exemplo:

Quais eram seus sentimentos a respeito de viver ou morrer? Você quis viver com mais força do que quis morrer? Você não se importou em viver ou morrer?

0- Não quis morrer.

1- Não me preocupei se iria morrer ou viver.

2- Eu quis morrer.

Esta escala foi previamente testada no Brasil (Botega et al., 1995). As modificações feitas nesta escala neste estudo multinacional foram: a retirada de quatro itens da segunda seção da escala, por serem semelhantes a itens já presentes, e a inclusão de um item que relacionava a ingestão de álcool imediatamente anterior com a tentativa de suicídio atual (item 5.12, anexo1), de forma que a pontuação na escala modificada poderia ir de 0 a 24 pontos.

- b) Inventário de Depressão (Beck et al., 1961 e 1996)- avalia quantitativamente sintomas depressivos, por meio de 21 itens com 4 alternativas cada as quais correspondem a pontuações de 0 a 3, de forma que o indivíduo pode pontuar entre 0 e 63 pontos. Os 21 itens se distribuem em sintomas somáticos, sensações e alterações na cognição, com predomínio deste último. Foi validada no Brasil por Goreinstein e Andrade (1996).
- c) Escala de Traços de Raiva (Spielberger et al., 1983)- avalia quantitativamente a percepção do indivíduo sobre a frequência que sente raiva no dia a dia e em situações específicas, através de 10 itens com 4 alternativas cada, os quais correspondem a pontuações de 1 a 4, de forma que o indivíduo pode pontuar entre 10 e 40 pontos. Esta escala já foi amplamente usada no Brasil (Spielberger e Biaggio, 1994).

- d) Escala de Apoio Social (Bille-Brahe, 1999)- avalia quantitativamente a percepção subjetiva da rede de apoio social, através de 4 seções distintas: a intensidade que o indivíduo sente **necessitar** de apoio prático e moral, a intensidade que o indivíduo sente **receber** apoio prático e moral, a intensidade que o indivíduo sente que os **outros** necessitam receber apoio prático e moral dele, a intensidade que o indivíduo sente que **dá** apoio prático e moral aos outros. A avaliação é feita através de 4 itens por seção, com 3 alternativas cada, os quais correspondem a pontuações de 0 a 2, de forma que o indivíduo pode pontuar entre 0 e 8 pontos em cada uma das 4 seções da escala. Foi usada em nosso meio por Gaspari e Botega (2002).
- e) Índice de Bem Estar (WHO, 1999)- avalia quantitativamente a percepção subjetiva do indivíduo da frequência de uma série de sensações como: satisfação, calma, vigor, estar saudável, interesse, através de 5 itens com 6 alternativas cada, os quais correspondem a pontuações de 0 a 5, de forma que o indivíduo pode pontuar entre 0 e 25 pontos.
- f) Escala de Avaliação de Disfuncionalidade no Desempenho de Papéis Sociais (WHO, 1999)- avaliação quantitativa, por parte do entrevistador, da disfunção em papéis como cuidar dos filhos, relacionar-se com o conjugue, agir em situações emergenciais e outros papéis sociais, através de 10 itens com 6 alternativas cada, os quais correspondem a pontuações de 0 a 5, de forma que o indivíduo pode pontuar entre 0 e 50 pontos.

5- Definição de variáveis

Definiremos variáveis que serão usadas na comparação do grupo dos repetidores com o grupo de primeira vez.

A) Sociodemográficas

Faixa Etária 25 a 44 (Versus<25)- Verificamos se havia diferença entre o grupo dos repetidores versus o grupo de primeira vez em termos da participação dos grupos etários A (idade igual ou inferior a 24 anos) e B (idade entre 25 e 44 anos). Item 2.3 do questionário SUPRE-MISS (anexo).

Faixa Etária 25 a 44 (Versus>44)- Verificamos se havia diferença, entre o grupo dos repetidores versus o grupo de primeira vez, em termos da participação dos grupos etários C (idade igual ou superior a 45 anos) e B (idade entre 25 e 44 anos). Item 2.3 do questionário SUPRE-MISS (anexo).

Pior situação ocupacional- Verificamos se havia diferença, entre o grupo dos repetidores versus o grupo de primeira vez, em termos da situação ocupacional. Para tal, foram agrupadas as respostas do item 2.9 do questionário SUPRE-MISS (anexo) em: **situação ocupacional melhor** (emprego em tempo integral, emprego em tempo parcial, trabalho temporário, serviço militar ou estudante tempo integral) ou **situação ocupacional pior** (desempregado, afastado por doença ou invalidez permanente). As donas de casa não foram incluídas em nenhum dos dois grupos anteriores, pois entre as mesmas incluem-se mulheres que são donas de casa por falta de possibilidade de uma boa inserção no mercado de trabalho e outras que escolheram este papel social por se identificarem com o mesmo.

Estado Civil (histórico de ruptura)- Verificamos se havia diferença, entre o grupo dos repetidores versus o grupo de primeira vez, em termos de estado civil. Para tal foram agrupadas as respostas do item 2.4 do questionário SUPRE-MISS em: **com histórico de ruptura** (viúvo, separado ou divorciado) ou **sem histórico de ruptura** (solteiro, casado ou morando com parceiro fixo).

Têm filhos- Comparamos os dois grupos em termos de participação de indivíduos que tinham filhos biológicos ou adotivos. Item 4.5 do questionário SUPRE-MISS.

Têm filhos com menos de 16 anos- Comparamos os dois grupos em termos de participação de indivíduos que eram responsáveis pela criação de filhos biológicos ou adotivos com menos de 16 anos. Item 4.6 do questionário SUPRE-MISS.

Renda (acima de 5000 reais/ano)- Comparamos o grupo dos repetidores versus o grupo de primeira vez em termos da renda anual. Para tal foram separados em dois grupos, com renda acima ou abaixo de 5.000 reais anuais (item 4.12^A do questionário SUPRE-MISS). Então, observávamos a diferença na distribuição entre os dois grupos nos repetidores versus primeira vez.

Maior frequência a cultos- Verificamos se havia diferença entre o grupo dos repetidores versus o grupo de primeira vez na frequência a cultos religiosos. Para tal, foi usada a resposta do item 4.15 do questionário SUPRE-MISS (anexo), este classificava a frequência em: ao menos uma vez por semana, uma vez ao mês, 2-3 vezes ao ano, aproximadamente uma vez ao ano e quase nunca. A seguir, agrupamos separadamente as respostas “ao menos uma vez por semana” versus as demais respostas e observamos a diferença na distribuição entre repetidores e primeira vez nos dois grupos criados de respostas.

B) Escalas Psicométricas

Depressão (Escala de Beck)- Verificamos se havia diferença entre o grupo dos repetidores versus o grupo de primeira vez em termos do nível de depressão, mensurado pelos 21 itens da Escala de Depressão de Beck (item 10.1 até item 10.22, menos o item 10.20 do questionário SUPRE-MISS).

Intencionalidade (Escala de Beck)- Verificamos a existência de diferença entre o grupo dos repetidores versus o grupo de primeira vez em termos do nível de intencionalidade suicida, mensurada pelos 12 itens da Escala de Intencionalidade Suicida de Beck (item 5.1 até item 5.12) do questionário SUPRE-MISS (anexo).

Disfunção no desempenho de papéis sociais- Foram comparados repetidores e primeira vez usando como parâmetro a somatória de pontos obtidos na aplicação da Escala de Disfunção no Desempenho de Papel Social da OMS (item 15.1 até item 15.10) do questionário SUPRE-MISS.

Traços de raiva (Escala de Spielberger)- Observamos se haveria distinção entre o grupo dos repetidores versus o grupo de primeira vez em termos do nível de raiva, mensurado pelos 10 itens da Escala de Traços de Raiva de Spielberger (item 12.1 até item 12.10) do questionário SUPRE-MISS (anexo).

Nível de bem-estar- Verificamos se havia diferença entre o grupo dos repetidores versus o grupo de primeira vez em termos do nível de bem estar, mensurado pelos 5 itens da Escala de Bem Estar da Organização Mundial da Saúde (item 9.1 até item 9.5) do questionário SUPRE-MISS (anexo).

Percepção de dar apoio social- A comparação dos dois grupos foi feita usando os itens da Escala de Apoio Social de Bille-Brahe relacionados a percepção de dar apoio social (item 13.7.1 até 13.8.2) do questionário SUPRE-MISS (anexo).

Sensação de receber apoio social- Verificamos se havia diferença entre o grupo dos repetidores versus o grupo de primeira vez em termos da sensação de receber apoio social, fizemos uso dos itens da Escala de Apoio Social de Bille-Brahe relacionados a percepção de receber apoio social (item 13.3 até 13.4) do questionário SUPRE-MISS.

Necessidade da família/amigos de receber apoio- Verificamos se haveria distinção entre o grupo dos repetidores versus o grupo de primeira vez em termos da percepção da **necessidade da família/amigos** de receber apoio do paciente, fizemos uso dos itens da Escala de Apoio Social de Bille-Brahe relacionados à percepção da necessidade de apoio que família/amigos teriam (item 13.5.1 até 13.6.2) do questionário SUPRE-MISS.

Necessidade de receber apoio- Verificamos se haveria distinção entre o grupo dos repetidores versus o grupo de primeira vez em termos da percepção da **necessidade de receber** apoio prático ou moral da família/amigos, fizemos uso dos itens da Escala de Apoio Social de Bille-Brahe relacionados à percepção da necessidade de apoio (item 13.1.1 até 13.2.2) do questionário SUPRE-MISS.

C) Variáveis Clínicas

Ideação Suicida (avaliação do psiquiatra)- Verificamos se havia diferença entre o grupo dos repetidores versus o grupo de primeira vez em termos de ideação suicida. Para tal, foi usada a resposta do item 7.23.13 do questionário SUPRE-MISS (anexo). Este item solicitava a avaliação subjetiva da ideação suicida por parte de um psiquiatra, o qual a classificava em ausente, leve, moderada, marcada ou grave. A seguir, agrupamos separadamente as respostas ausente e leve versus as demais e observamos a diferença na distribuição entre repetidores e primeira vez.

Depressão (Avaliação do psiquiatra)- A comparação entre o grupo dos repetidores versus o grupo de primeira vez foi feita em termos de humor deprimido. Para tal, foi usada a resposta do item 7.23.4 do questionário SUPRE-MISS (anexo). Este item solicitava a avaliação subjetiva do humor deprimido por parte de um psiquiatra, o qual o classificava em ausente, leve, moderado, marcado ou grave. A seguir agrupamos separadamente as respostas ausente e leve versus as demais e observamos a diferença na distribuição entre repetidores e primeira vez.

Histrionismo- Comparamos os dois grupos, repetidores versus o grupo de primeira vez em termos de histrionismo. Para tal, foi usada a resposta do item 7.23.3 do questionário SUPRE-MISS (anexo). Este item solicitava a avaliação subjetiva do histrionismo por parte de um psiquiatra, o qual a classificava em ausente, leve, moderada, marcada ou grave. A seguir, agrupamos separadamente as respostas ausente e leve versus as demais e observamos a diferença na distribuição entre repetidores e primeira vez.

Ansiedade- Verificamos se havia diferença entre o grupo dos repetidores versus o grupo de primeira vez em termos de ansiedade. Para tal, foi usada a resposta do item 7.23.5 do questionário SUPRE-MISS (anexo). Este item solicitava a avaliação subjetiva da ansiedade por parte de um psiquiatra, o qual a classificava em ausente, leve, moderada, marcada ou grave. A seguir, agrupamos separadamente as respostas ausente e leve versus as demais e observamos a diferença na distribuição entre repetidores e primeira vez.

Auto avaliação da saúde- Comparamos o grupo dos repetidores versus o grupo de primeira vez em termos da auto-avaliação subjetiva da saúde física nos últimos três meses. Para tal foram agrupadas as respostas do item 7.5 do questionário SUPRE-MISS (anexo). Este item solicitava que o indivíduo classificasse sua saúde como: excelente, boa, média ou fraca. A seguir, agrupávamos separadamente as respostas excelente e boa versus média e fraca e observávamos a diferença na distribuição entre os grupos nos repetidores versus primeira vez.

Risco de vida pela tentativa de suicídio- Verificamos a existência de diferença, entre o grupo dos repetidores versus o grupo de primeira vez, em termos do risco clínico gerado pela tentativa de suicídio, comparando a porcentagem de indivíduos que correram risco de vida devido a tentativa de suicídio, item 3.6 do questionário SUPRE-MISS.

Método Violento da tentativa de suicídio- Observamos se ocorria diferença entre o grupo dos repetidores versus o grupo de primeira vez em termos da violência do método empregado na tentativa de suicídio, item 3.5 do questionário SUPRE-MISS (anexo). Este item aplicava a classificação de método de tentativa de suicídio da CID-10, (Classificação internacional de doenças X60 até X84). A seguir, nomeamos métodos violentos: enforcamento, afogamento, disparo de arma de fogo, fumaça, fogo, objeto penetrante, saltar na frente de um carro ou jogar o carro em algo; e não violentos os outros como ingestão excessiva de medicamentos. Feito estes agrupamentos observamos a diferença na distribuição entre repetidores e primeira vez.

Necessidade de internação clínica pela tentativa de suicídio- Verificamos a existência de diferença entre o grupo dos repetidores versus o grupo de primeira vez em termos da necessidade de cuidados médicos gerada pela tentativa de suicídio, considerando se o indivíduo teve que ser internado por motivos clínicos (não psiquiátricos) logo após a tentativa de suicídio ou não, item 3.7 (0x2) do questionário SUPRE-MISS.

D) Antecedentes

Histórico de tratamento em Saúde Mental- Comparamos os dois grupos em termos da participação de indivíduos que tinham feito tratamento de Saúde Mental. Foram considerados tratamentos em saúde mental: intervenções psicofarmacológicas (realizadas por psiquiatras ou outros médicos), psicoterápicas e outras intervenções que visavam à saúde mental como, por exemplo, terapia ocupacional. Item 7.11 do questionário SUPRE-MISS.

Presença de fatores estressantes recentes- Verificamos quão distinto era o grupo dos repetidores quando comparado ao grupo de primeira vez em termos da presença de fatores estressantes recentes, fizemos uso dos itens 7.15.1 ao 7.15.8 do questionário SUPRE-MISS, os quais detectavam uma série de possíveis fatores estressantes no passado recente.

Álcool (uso diário)- Verificamos se havia diferença entre o grupo dos repetidores versus o grupo de primeira vez em termos de uso diário de álcool nos últimos três meses, itens 8.1.2 e 8.2.2 do questionário SUPRE-MISS.

Maconha (uso freqüente)- Observamos se ocorria distinção entre o grupo dos repetidores versus o grupo de primeira vez em termos de uso “freqüente” de maconha nos últimos três meses. Denominamos uso freqüente de maconha o uso ao menos semanal, itens 8.1.3 e 8.2.3 do questionário SUPRE-MISS.

Substâncias psicoativas (uso freqüente)- Verificamos se havia distinção entre o grupo dos repetidores versus o grupo de primeira vez em termos de usar “freqüentemente” substâncias psicoativas. Para tal, nos últimos três meses o indivíduo teria que fazer uso diário de álcool e/ou uso pelo menos semanal de: maconha, cocaína, outros estimulantes, inalantes, sedativos, alucinógenos ou opióides , itens 8.2.2 até 8.2.9 do questionário SUPRE-MISS (anexo).

Histórico de abuso- Observamos se ocorria diferença entre o grupo dos repetidores versus o grupo de primeira vez em termos de histórico de abuso, consideramos ter sido abusado a resposta afirmativa à um ou mais dos seguintes tipos de abuso: sexual, emocional , agressão, tortura ou ameaça de estupro, itens 6.9, 6.11, 6.12, 6.16 ou 6.17 do questionário SUPRE-MISS (anexo).

Histórico de abuso sexual- Observamos se ocorria diferença entre o grupo dos repetidores versus o grupo de primeira vez em termos de histórico de abuso sexual, item 6.12 do questionário SUPRE-MISS (anexo).

6- Procedimentos

A coleta de dados foi feita por profissionais da saúde mental (psiquiatras e assistentes sociais), após treinamentos com o instrumento coordenados pelo autor desta dissertação e/ou seu orientador, e realização de reuniões periódicas para esclarecimento de

dúvidas. Quando um paciente dava entrada no pronto-socorro por uma tentativa de suicídio, o médico residente do PS bipava o entrevistador, o qual para lá se dirigia. Quando uma entrevista era realizada por um entrevistador não psiquiatra, este solicitava auxílio ao psiquiatra do Pronto Socorro nos itens em que uma avaliação psiquiátrica se fazia necessária. Da totalidade das entrevistas cerca de 40% foram realizadas pelo autor desta dissertação.

7- Análise de dados

Comparamos em vários parâmetros, os indivíduos com uma única tentativa de suicídio, com os que tinham pelo menos três tentativas. O grupo intermediário, com duas tentativas, totalizando 48 sujeitos, foi retirado das comparações com a finalidade de realçarmos os contrastes. Todas as variáveis que serão apresentadas em resultados, mesmo as que não necessitaram de definição em método, serão controladas para gênero e idade durante as comparações entre repetidores e primeira vez.

Para comparar variáveis categóricas foram utilizados os testes exato de Fisher e Qui-Quadrado.

Para as variáveis contínuas foram calculadas medidas de tendência central (média e mediana) e de dispersão dos dados (desvio-padrão, intervalo de confiança, mínimo-máximo). Para comparar tais variáveis, foram utilizados os testes não paramétricos de Mann-Whitney (2 categorias) e Kruskal-Wallis (mais de duas categorias).

a) Análise Univariada:

Para verificar quais fatores influenciaram na repetição da tentativa de suicídio foi utilizado o modelo de regressão logística dicotômica.

Foi utilizado um nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

b) Análise Multivariada:

Para selecionar as variáveis que melhor explicam a repetição da tentativa de suicídio foi utilizado o método de seleção *Stepwise*.

Para o modelo multivariado foram consideradas apenas as variáveis com p abaixo de 20% na regressão logística univariada.

Foi excluída do modelo multivariado qualquer variável que fosse, predominantemente, uma consequência de tentativas de suicídio anteriores (ex: ter antecedente de internação psiquiátrica).

8- Aspectos éticos

O projeto SUPRE-MISS foi submetido e aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa da FCM/UNICAMP. Os pacientes que participaram do estudo assinaram um consentimento formal. (Anexo 2).

5- RESULTADOS

Dos 211 indivíduos inseridos no estudo, a tentativa de suicídio que os incluiu neste trabalho foi a primeira de suas vidas para 102 (48,34%), a segunda tentativa ao longo da vida para 48 (22,74%) e pelo menos a terceira (repetidores) para 61 indivíduos (28,90%).

Podemos observar, na tabela 1 abaixo, que em ambos os grupos há um predomínio de mulheres, maior entre os repetidores. As médias de idade são próximas nos dois grupos. Os casados/companheiros fixos são o estado civil mais freqüente nos dois grupos, mas em percentual menor nos repetidores. A proporção de desempregados é duas vezes maior nos repetidores e a de empregados duas vezes menor. Nos repetidores, afastados e desempregados somados encontram-se em maior proporção que empregados.

Tabela 1- Dados Sociodemográficos

Variáveis	Primeira vez (N=102)	Repetidores (N=61)
Gênero		
Masculino	44 (43,1 %)	10 (16,3%)
Feminino	58 (56,8 %)	51 (83,6 %)
Idade		
Média	33,3	32,8
Desvio-padrão	13,9	11,1
Mediana	30	32
Mínima-Máxima	12-80	14-66
Estado Civil		
Casado(a) ou companheiro fixo	48 (47,5 %)	23 (37,7 %)
Separado/divorciado	14 (13,8 %)	19 (31,1 %)
Solteiro	36 (35,6 %)	18 (29,5 %)
Viúvo	3 (2,9 %)	1 (1,6 %)
Situação Empregatória		
Empregado	49 (48,5 %)	15 (25 %)
Desempregado	14 (13,8 %)	15 (25 %)
Afastado temporariamente	3 (2,9 %)	6 (10 %)
Aposentado	5 (4,9 %)	1 (1,6%)
Invalidez permanente (aposentado)	5 (4,9 %)	2 (3,3%)

A tabela 2 comparara os dois grupos em diversos parâmetros sociodemográficos.

Tabela 2- Comparação de parâmetros sociodemográficos entre “repetidores” e “primeira vez”

Parâmetros Comparados	Porcentagem nos de “Primeira vez”	Porcentagem nos “Repetidores”	ODDS-RATIO	IC de 95%	p
Mulheres (VS homens)	56,8%	83,6%	4,20	1,86-9,45	0,0005
Faixa Etária 25 a 44 (VS <25)	43,5%	65%	2,32	1,07-5	0,03
Faixa Etária 25 a 44 (VS >44)	43,5%	65%	2,56	1,03-6,66	0,04
Pior situação ocupacional	26,5%	52,2%	2,97	1,27-6,97	0,01
Estado Civil (histórico de ruptura)	16,8%	32,7%	2,35	0,99-5,56	0,05
Antecedente de divórcio	47,6%	67,8%	2,15	0,95-4,82	0,06
Considera-se religioso	65,3%	48,3%	0,49	0,23-1	0,05
Tem filhos	61%	70,4%	2,08	0,81-5,28	0,12
Tem filhos com menos de 16 anos	42,1%	48,3%	1,13	0,51-2,51	0,75
Estuda atualmente	20,5%	11,4%	0,42	0,14-1,26	0,12
Tem mais de 5 anos de escolaridade	70,2%	71,7%	1,01	0,41-2,50	0,97
Possui religião	81%	83,3%	1,07	0,41-2,74	0,88
Maior frequência a cultos	36,8%	37,9%	1,20	0,56-2,55	0,63

Notamos que há, significativamente, uma maior proporção nos repetidores de: mulheres, indivíduos com antecedente de divórcio, pior situação ocupacional, sujeitos com idade entre 25 e 44 anos e estados civis que indicam antecedente de ruptura de uma relação (viúvos, separados ou divorciados).

Nas tabelas 3 e 4 abaixo mostram-se parâmetros relacionados a sintomas depressivos.

Tabela 3- Sintomas depressivos (resultados descritivos)

Variáveis	Primeira vez (N=102)	Repetidores (N=61)
Depressão (Escala de Beck)		
Média	23,8	33,5
Desvio-padrão	13	11,5
Mediana	24	35
Mínima-Máxima	2-49	5-55

Tabela 4- Comparação em parâmetros relacionados a sintomas depressivos entre “repetidores” e “primeira vez”

Parâmetros Comparados	ODDS-RATIO	IC de 95%	p
Depressão (Escala de Beck)	1,05	1,02-1,09	0,001
Depressão (Avaliação do psiquiatra como moderada a grave)	2,58	1,21-5,48	0,01

Como podemos observar nas tabelas 3 e 4, a maior pontuação dos repetidores no Inventário de Depressão de Beck (tabela 3) mostra-se significativa quando os comparamos com o grupo de primeira vez. A cada ponto a mais que o indivíduo fazia no

Como podemos observar nas tabelas 3 e 4, a maior pontuação dos repetidores no Inventário de Depressão de Beck (tabela 3) mostra-se significativa quando os comparamos com o grupo de primeira vez. A cada ponto a mais que o indivíduo fazia no Inventário de Depressão de Beck a chance daquele indivíduo tratar-se de um repetidor aumentava em 5% (*Depressão - Escala de Beck* - tabela 4). Ao compararmos os dois grupos na intensidade de sintomatologia depressiva observada pelo examinador, também encontramos diferença significativa (*Depressão-Avaliação do psiquiatra* - tabela 4). Novamente comparamos os dois grupos usando a pontuação no Inventário de Depressão de Beck, mas agora somamos as pontuações da escala e, então, usamos a mediana para criarmos dois grupos, alto e baixo nível de depressão. Feita esta dicotomização, então, comparamos repetidores com primeira vez em termos da distribuição dos grupos criados, e também encontramos diferença significativa odds-ratio - 3,02, IC 95% (1,40 - 6,54) e $p= 0,04$. Por último comparamos novamente os dois grupos, controlando a variável *depressão (Escala de Beck)* para *raiva* (além dos controles habituais para sexo e idade). A diferença manteve-se significativa e até se intensificou um pouco odds-ratio - 1,059, IC 95% (1,025-1,094) e $p= 0,0004$, ou seja, a cada ponto a mais que o indivíduo fazia no Inventário de Depressão de Beck a chance daquele indivíduo tratar-se de um repetidor aumentava em 5,9%.

Nas tabelas 5 e 6 apresentaremos parâmetros relacionados a rede de apoio social.

Tabela 5- Variáveis relacionadas a apoio social (resultados descritivos)

Variáveis	Primeira vez	Repetidores
Percepção de dar apoio social		
Média	4,3	3,3
Desvio-padrão	2,7	2,4
Mediana	4	4
Mínima-Máxima	0-8	0-8
Sensação de receber apoio social		
Média	3,9	3,4
Desvio-padrão	2,4	2,3
Mediana	4	4
Mínima-Máxima	0-8	0-8
Necessidade da família/amigos de receber apoio		
Média	4,7	4
Desvio-padrão	2,6	2,3
Mediana	5	4
Mínima-Máxima	0-8	0-8
Necessidade de receber apoio		
Média	5,1	5,4
Desvio-padrão	2,3	2,3
Mediana	5	6
Mínima-Máxima	0-8	0-8

Tabela 6- Comparação em parâmetros relacionados a apoio social entre “repetidores” e “primeira vez”

Parâmetros Comparados	ODDS-RATIO	IC de 95%	p
Percepção de dar apoio social	0,83	0,72-0,96	0,01
Sensação de receber apoio social	0,94	0,81-1,08	0,40
Necessidade da família/amigos de receber apoio	0,89	0,77-1,03	0,12
Necessidade de receber apoio	1,09	0,93-1,28	0,25

Notamos que os repetidores, na comparação com os indivíduos de primeira vez, se percebem dando menos apoio moral ou prático a seus familiares ou amigos. Em relação às percepções de receber apoio social, necessitar de apoio social, ou perceber a família ou amigos necessitando de seu apoio social, não foi encontrada diferença entre os dois grupos.

Podemos observar, nas tabelas 7 e 8, que a diferença encontrada entre repetidores e primeira vez, no parâmetro raiva usando a soma de pontos da Escala de Traços de Raiva de Spielberger, foi ligeiramente menor do que o patamar mínimo que estabelecemos para considerar tal diferença significativa, então usamos o artifício de somar as pontuações da escala e usar a mediana para criarmos dois grupos, alto e baixo nível de raiva. Feita esta dicotomização, comparamos repetidores com primeira vez em termos da distribuição dos grupos criados. Encontramos um $p = 0,15$, ou seja, também não foi encontrado diferença significativa entre os grupos.

Tabela 7- Raiva (resultados descritivos)

Variáveis	Primeira vez (91)	Repetidores (59)
Traços de raiva		
(Escala de Spielberger)		
Média	23,1	26,4
Desvio-padrão	8,7	7,2
Mediana	24	26
Mínima-Máxima	2-40	11-40

Tabela 8- Comparação em parâmetros relacionados a raiva entre “repetidores” e “primeira vez”

Parâmetros Comparados	ODDS-RATIO	IC de 95%	p
Traços de raiva (Escala de Spielberger)	1,04	0,99-1,09	0,104

Como podemos observar na tabela 9, não encontramos diferença entre repetidores e primeira vez na frequência de uso de álcool ou maconha. Criamos, então, uma variável chamada *Substâncias Psicoativas* que englobava, além de álcool e maconha, cocaína, inalantes, opióides, alucinógenos etc (vide método) e novamente não encontramos diferença na frequência de uso entre os grupos.

Tabela 9- Uso de substâncias psicoativas (comparação na frequência de uso)

Parâmetros Comparados	Porcentagem nos de “Primeira vez”	Porcentagem nos “Repetidores”	ODDS-RATIO	IC de 95%	P
Álcool (uso freqüente)	14,2%	8,1%	0,64	0,16-2,5	0,52
Maconha (uso freqüente)	19,2%	9%	0,49	0,02-9,09	0,62
Substâncias Psicoativas (uso freqüente)	20,6%	8,1%	0,49	0,13-1,75	0,27

Na tabela 10, a seguir, apresentaremos parâmetros do exame psíquico avaliados pelo psiquiatra.

Tabela 10- Avaliação clínica, não estruturada, da intensidade de traços histriônicos, ansiedade e ideação suicida (comparação entre os grupos).

Parâmetros Comparados	Porcentagem nos de “Primeira vez”	Porcentagem nos “Repetidores”	ODDS-RATIO	IC de 95%	P
Ideação suicida (Avaliação do psiquiatra como moderada a grave)	28,5%	51,6%	2,82	1,35-5,91	0,005
Histrionismo (moderado a grave)	35%	51,6%	1,69	0,82-3,46	0,14
Ansiedade (moderada a grave)	42,8%	33,9%	0,58	0,28-1,23	0,15

Encontramos diferença entre os dois grupos somente na avaliação subjetiva da intensidade de ideação suicida.

Na tabela 11 abaixo notar-se-á que não encontramos diferença no histórico de abuso sexual e no histórico de *Abuso*, variável que reunia diversas formas de abuso como: sexual, emocional, agressões, torturas ou ameaça de estupro.

Tabela 11- Histórico de abuso (comparação entre os grupos).

Parâmetros Comparados	Porcentagem nos de "Primeira vez"	Porcentagem nos "Repetidores"	ODDS-RATIO	IC de 95%	P
Histórico de abuso	43,4%	59%	1,62	0,79-3,32	0,18
Histórico de abuso sexual	16,1%	26,2%	1,13	0,47-2,72	0,77

Como percebemos, pelo apresentado abaixo nas tabelas 12 e 13, os repetidores têm mais disfunção, como mensurado pela Escala de Disfunção no Desempenho de Papéis Sociais da OMS. A cada ponto obtido a mais nesta escala aumenta em 6% a chance de que o entrevistado seja um repetidor.

Tabela 12- Disfunção no desempenho de atividades (resultados descritivos).

Variáveis	Primeira vez (101)	Repetidores (59)
Disfunção no desempenho de papéis sociais (escala OMS)		
Média	12,4	19,3
Desvio-padrão	8	11,5
Mediana	10	18
Mínima-Máxima	0-36	0-44

Tabela 13- Disfunção no desempenho de atividades (comparação entre os grupos).

Parâmetros Comparados	ODDS-RATIO	IC de 95%	p
Disfunção no desempenho de papéis sociais	1,06	1,02-1,10	0,001

Nas tabelas 14, 15 e 16 apresentaremos alguns parâmetros que se correlacionam com a intencionalidade suicida.

Tabela 14- Intencionalidade da tentativa de suicídio (resultados descritivos).

Variáveis	Primeira vez (102)	Repetidores (61)
Intencionalidade (Escala de Beck)		
Média	10,2	10,2
Desvio-padrão	4	3,6
Mediana	11	11
Mínima-Máxima	0-20	3-19

Tabela 15- Intencionalidade da tentativa de suicídio (comparação entre os grupos)

Parâmetros Comparados	ODDS-RATIO	IC de 95%	p
Intencionalidade (Escala de Beck)	1,004	0,91-1,09	0,92

Tabela 16- Método utilizado na tentativa de suicídio e risco clínico (comparação entre os grupos)

Parâmetros Comparados	Porcentagem nos de "Primeira vez"	Porcentagem nos "Repetidores"	ODDS-RATIO	IC de 95%	P
Método Violento da tentativa de suicídio	26,7%	21,6%	0,83	0,35-1,96	0,66
Necessidade de internação clínica pela tentativa de suicídio	25,5%	14,2%	0,81	0,25-2,63	0,72
Risco de vida pela tentativa de suicídio	38,2%	24,5%	0,76	0,41-1,85	0,55

Não encontramos diferença entre os grupos em *Intencionalidade*, medida pela Escala de Intencionalidade Suicida de Beck, na porcentagem de pacientes que necessitou ser internada ou que correu risco de vida devido à tentativa de suicídio, e na proporção de indivíduos que tentaram o suicídio por métodos violentos.

Na tabela 17 apresentaremos a avaliação subjetiva que o entrevistado fez de sua saúde física.

Tabela 17- Auto-avaliação da saúde (comparação entre os grupos)

Parâmetros Comparados	Porcentagem nos de "Primeira vez"	Porcentagem nos "Repetidores"	ODDS-RATIO	IC de 95%	P
Auto avaliação da saúde como boa ou excelente	61,2%	30%	0,34	0,16-0,71	0,004

Podemos observar, na tabela 18 abaixo, que não conseguimos discriminar entre os grupos diferença na quantidade de fatores estressantes recentes presentes.

Tabela 18- Presença de fatores estressantes recentes (comparação entre os grupos)

Parâmetros Comparados	Pontuação Média nos de “Primeira vez”	Pontuação Média nos “Repetidores”	ODDS-RATIO	IC de 95%	p
Presença de fatores estressantes recentes (Escala SUPRE-MISS)	12,3	12,6	1,01	0,90-1,08	0,85

Na tabela 19, veremos que não foi encontrada diferença significativa entre os grupos quando comparamos as pontuações obtidas no Índice de Bem-Estar da OMS.

Tabela 19- Índice de Bem Estar da OMS (comparação entre os grupos)

Parâmetros Comparados	Pontuação Média nos de “Primeira vez”	Pontuação Média nos “Repetidores”	ODDS-RATIO	IC de 95%	p
Índice de Bem Estar da OMS	9,3	7,1	0,96	0,90-1,02	0,23

Na tabela 20, apresentaremos parâmetros relacionados a estar ou ter estado em tratamento em saúde mental.

Tabela 20- Tratamento atual e pregresso em saúde mental (comparação entre os grupos)

Parâmetros Comparados	Porcentagem nos de “Primeira vez”	Porcentagem nos “Repetidores”	ODDS-RATIO	IC de 95%	p
Histórico de tratamento em Saúde Mental	43%	81,9%	5,75	2,52-13,12	<0,0001
Atualmente em tratamento (psiquiátrico/psicológico)	32,6%	63,9%	3,74	1,78- 7,84	0,005
Histórico de internação psiquiátrica	18,7%	48,2%	5,82	2,40-14,10	<0,0001

Em todos os parâmetros da tabela 20 a diferença entre os grupos foi muito significativa.

Por fim, na tabela 21 abaixo, encontra-se o resultado da análise multivariada.

Tabela 21- Análise mutivariada

Parâmetros Comparados	ODDS-RATIO	IC de 95%	p
Mulheres (VS homens)	4,47	1,61-12,39	0,004
Faixa Etária 25 a 44 (VS <25)	1,88	0,70-5,26	0,20
Faixa Etária 25 a 44 (VS >45)	2,5	0,62-7,69	0,22
Pior situação ocupacional	3,10	1,27-7,54	0,01
Disfunção no desempenho de papéis sociais	1,05	1,01-1,10	0,01

Há 3,1 vezes mais chance de um indivíduo do grupo de repetidores estar em pior situação ocupacional, a proporção de mulheres nos repetidores se intensifica, os repetidores têm maior proporção de indivíduos na faixa etária entre 25 e 44 anos e a cada ponto a mais que um indivíduo pontuava na Escala de Disfunção no Desempenho de Papéis Sociais da OMS a chance de se tratar de um repetidor aumentava em 5%.

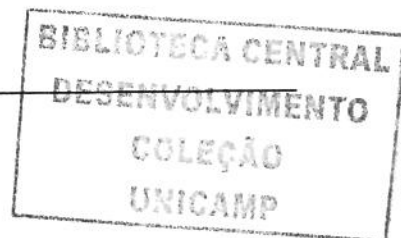
6- DISCUSSÃO

Este estudo trouxe achados epidemiológicos em uma área, em que, devido a escassez de dados nacionais, as políticas públicas e decisões clínicas tinham que se basear em estudos realizados em culturas distintas da nossa. Alguns resultados que encontramos, como a maior proporção de mulheres nos repetidores na comparação com os de primeira vez, se contrapõe a artigos importantes da literatura (Kreitman e Casey, 1988; Sakinofsky e Roberts, 1990). Tais achados reforçaram a impressão de que em um objeto de estudo grandemente influenciado pela cultura, como “comportamento suicida”, perfis epidemiológicos devam ser obtidos naquela cultura. Talvez encontre-se aí a principal contribuição deste estudo.

A primeira limitação metodológica que gostaríamos de salientar é que, na caracterização dos repetidores usamos, predominantemente, achados epidemiológicos, o que, em certo grau, restringe a multiplicidade de visões sobre o tema e a profundidade com que o mesmo é tratado em alguns momentos. Porém, enxergamos tais “perdas” como um preço aceitável para se buscar confiabilidade maior nos dados.

Na entrada do sujeito no estudo, pelo número de tentativas de suicídio, o classificávamos como “primeira vez” ou “segunda vez” ou “repetidor”. Alguns indivíduos poderiam voltar a realizar tentativas de suicídio após a introdução no estudo, o que mudaria a categoria de alguns. Uma possível solução seria, após um prazo de seguimento, reclassificar os indivíduos que realizassem novas tentativas de suicídio. Como o seguimento deu-se pelo telefone, e as entrevistas foram realizadas face-a-face com o entrevistador, ponderamos que os dados colhidos no seguimento poderiam não ter a mesma confiabilidade. Ao eliminarmos os indivíduos de “segunda vez” das comparações, procuramos minimizar essa limitação.

Como já observado em método, o tamanho da amostra (211 sujeitos) não permitiu discriminação entre os grupos em todas as variáveis presentes no questionário. Tal limitação também esteve presente no estudo multicêntrico anterior da OMS (WHO/EURO) e no atual (SUPRE-MISS), também nos outros países (Fleischmann et al., 2005). Foi, porém, suficiente para a discriminação entre os grupos em diversas variáveis importantes, além de ter as mesmas dimensões de estudos importantes publicados recentemente, como, por exemplo, o de Harriss et al. (2005).



As definições operacionais que adotamos influenciaram os resultados e devem ser levadas em conta na comparação com outros estudos. Este estudo incluiu como tentativa de suicídio apenas atos de auto-agressão sobre os quais, em algum momento da entrevista, o indivíduo afirmasse que tinha consciência de que tal ato poderia ter posto sua vida em risco, mesmo quando executado com ambivalência. Outros estudos (Ex: Bille-Brahe, 1997) incluíram sujeitos que fizeram pequenas lesões, “self-harm”, com pouquíssima correlação com desejo de morte (certas estruturas psíquicas, como os borderline, recorrem a expedientes, como cortes em membros, para que a dor objetiva gerada pelos mesmos alivie a angústia subjetiva e/ou amenize a sensação de possível fragmentação psíquica e aniquilamento) (Kerryn, 1998).

Outro arbítrio foi a definição do que seria um “repetidor” de tentativas de suicídio. Para denominarmos o sujeito como repetidor, este deveria ter realizado, pelo menos, três tentativas de suicídio, enquanto em outros trabalhos este número varia de duas (Ex: Corcoran, 1997) até mais de cinco tentativas (Ex: Kreitman and Casey, 1988 na definição de grandes repetidores).

Como os resultados foram obtidos de um estudo transversal, o mais apropriado é que consideremos as variáveis em que encontramos correlação com os repetidores como “fatores associados”, não podendo ser determinado, inequivocamente, se esses são causa ou consequência. Devemos também levar em consideração, que os resultados apresentados neste trabalho são “médias” da população dos repetidores, as quais devem provavelmente possuir diferentes sub-grupos.

Um resultado discrepante em relação à literatura foi a maior proporção de mulheres nos repetidores na comparação com os de primeira vez. Tal discrepância se deu tanto na comparação com estudos realizados nos países desenvolvidos (Kreitman e Casey, 1988; Sakinofsky e Roberts, 1990), quanto nos poucos trabalhos encontrados em países em desenvolvimento (Kinyanda, 2005; Li, 2003). Também nos 18 meses de seguimento, nos 8 países participantes, dos indivíduos inseridos no estudo SUPRE-MISS, apenas encontramos maior incidência de sexo feminino nos que reincidiram em nova tentativa de suicídio, no Brasil e no Vietnã. No presente estudo, uma mulher tem chance 4,2 vezes maior de ser “repetidora” do que um homem. Canetto (1998) sugere que tanto os homens,

como mulheres tendem a adotar comportamento suicida congruente com seus papéis sociais. A mesma autora em outro trabalho pondera que, nos Estados Unidos da América o abuso de álcool no sexo masculino, poderia ser uma alternativa à tentativa de suicídio, já que entre os homens existiria um estigma associado à tentativa de suicídio não fatal, especialmente a por auto-envenenamento, que seria vista como um comportamento mais feminino. (Canetto, 1991).

Em nossa cultura, talvez haja maior tolerância ao uso da tentativa de suicídio como maneira de pedir socorro/modificar o ambiente, quando tal comportamento é realizado por mulheres. Possivelmente por terem introjetado esta diferença nos papéis esperados, é que homens valer-se-iam em menor proporção deste comportamento. As mulheres obteriam melhor retorno com tal comportamento, ou seja, socorro e/ou mudança no ambiente, o que estimularia a repetição do ato. Outra possível explicação para a discrepância em relação à literatura seria a distinção nos critérios de inclusão dos sujeitos, seja pelas definições aqui adotadas, seja por características distintas do serviço de saúde onde os sujeitos foram selecionados. No caso deste estudo, os sujeitos inclusos deram entrada pelo pronto socorro, o qual está dentro de um hospital terciário (pacientes de maior gravidade). No entanto, esse serviço opera de maneira mista, com pacientes referenciados e procura espontânea (casos de menor gravidade), de forma que achamos pouco provável um viés de seleção justificar a discrepância na proporção de mulheres nos repetidores.

Assim como descrito na literatura (Kreitman e Casey, 1988; Kreitman e Foster, 1991), também encontramos diferença entre os grupos em idade, situação ocupacional e estado civil (tabela 2). Em relação ao predomínio dos repetidores dentro da faixa etária de 25 a 44 anos isso se dá possivelmente, em nosso entendimento, por dois principais motivos: com o amadurecimento a impulsividade diminui e, conseqüentemente, a execução de tentativas de suicídio; e levam-se, em geral, alguns anos até se acumular três tentativas de suicídio.

A menor porcentagem de casados/companheiros fixos e empregados nos repetidores provavelmente deve-se a um duplo efeito de causa e conseqüência, por exemplo: tanto a presença de um emprego quanto de um companheiro fixo podem servir como fator de proteção e impedir a repetição de tentativa de suicídio, por outro lado

o fato dos repetidores provavelmente serem emocionalmente mais comprometidos, pode dificultá-los em obter um emprego ou um companheiro fixo.

Os indivíduos de primeira vez consideraram-se religiosos em maior frequência que os repetidores. De certa maneira, essa observação condiz com o já descrito efeito da religião como fator protetor para comportamento suicida (Werlang e Asnis, 2004). Porém, podemos também aventar a hipótese de que repetidores, indivíduos com maior intensidade de sintomas depressivos, em pior situação empregatícia, com pior auto-avaliação da saúde física, tenham simplesmente perdido a fé, o que por sua vez pode fragilizá-los ainda mais.

Encontramos uma proporção de repetidores sobre o total dos indivíduos que tentaram o suicídio de 28,90%, condizente com a literatura (Bille-Brahe, 1997). Rapeli (2005), em um projeto também conduzido no Hospital das Clínicas da UNICAMP, estudou 121 indivíduos que tentaram o suicídio, encontrando uma proporção menor de sujeitos que somaram pelo menos três tentativas de suicídio (14,87%). Havia uma grande diferença metodológica no trabalho de Rapeli, que justifica a menor proporção de repetidores, pois o mesmo trabalhou com indivíduos que estavam internados em enfermarias clínicas devido às consequências físicas da tentativa de suicídio, portanto pegando apenas o subgrupo de indivíduos que fizeram tentativas de maior letalidade.

Em concordância com a literatura (Scott et al., 1997), encontramos uma maior intensidade de sintomas depressivos no grupo dos repetidores, tanto quando usamos a Escala de Depressão de Beck, quanto quando nos remetemos a intensidade da sintomatologia depressiva observada pelo examinador (tabela 4). Esta maior presença de sintomas depressivos, não nos permite afirmar que há uma maior proporção de indivíduos padecendo de Transtornos Depressivos nos repetidores, mas permite afirmar que provavelmente, tais sintomas sejam um alvo importante do manejo clínico e das políticas públicas voltadas aos repetidores. Em termos de prevenção de suicídio na população geral, já está claramente documentado que detectar precocemente e tratar adequadamente a depressão é uma das maneiras mais eficazes de se reduzir os índices de suicídio (WHO, 2004; Mann et al., 2005).

As escalas relacionadas ao pragmatismo, principalmente as que mensuravam componentes do mesmo mais relacionados aos afetos, foram capazes de discriminar diferenças entre os dois grupos. Como na Escala de Desempenho de Papel Social da OMS ou na porção da Escala de Apoio Social de Bille-Brahe relacionada à percepção do dar apoio social.

O achado de maior ideação suicida nos repetidores, apontado pela avaliação subjetiva do entrevistador (ou psiquiatra que deu assistência ao paciente caso o entrevistador não fosse um psiquiatra) deve ser contraposto aos seguintes fatos: não foi achada diferença de intencionalidade suicida na tentativa atual medida pela Escala de Intencionalidade Suicida de Beck, inclusive as pontuações médias foram bastante semelhantes: 10,20 nos de primeira vez e 10,28 nos repetidores. Também não houve diferença na violência do método empregado, nem no risco clínico resultante da tentativa de suicídio (inclusive nos de primeira vez houve maior frequência de indivíduos que necessitaram de internação para cuidados físicos (25,5%) em comparação aos repetidores (14,2%)).

A auto avaliação de pior saúde física dos repetidores também, provavelmente, deve-se a um duplo efeito de causa e consequência. Pois tanto problemas de saúde podem fragilizar o indivíduo, facilitando tentativas de suicídio, como o estado emocional mais frágil dos repetidores, pode fazer com que eles enxerguem sua saúde física como mais deteriorada, ou até mesmo que ela realmente se deteriore devido à pior condição emocional.

O fato de os repetidores terem, simultaneamente, maior histórico de tratamento mental e estarem em maior proporção inseridos em tratamento psiquiátrico ou psicológico, leva-nos a crer que a tentativa de suicídio pode estar sendo corretamente vista como um “evento sentinela”, o que levaria à inserção do indivíduo em serviços de saúde públicos ou privados. Por outro lado, tal inserção em tratamento não impediu nova tentativa de suicídio.

Os resultados da análise multivariada: gênero, idade, situação ocupacional e disfunção no desempenho de papéis sociais, reforçam a concepção multicausal acerca da repetição de tentativa de suicídio, pois estão presentes fatores sociodemográficos, clínicos e socioeconômicos.

Na tentativa de contribuir com o manejo clínico dos repetidores, apresenta-se abaixo, de maneira esquemática, 11 sugestões gerais de manejo, mais voltadas para a situação de crise e eminência de nova tentativa de suicídio. Tais sugestões advêm, basicamente, de três fontes: dos dados epidemiológicos fornecidos por esta dissertação, da revisão da literatura feita para esta dissertação e leituras correlacionadas, e dos 30 minutos de entrevista não estruturada que realizávamos com os indivíduos incluídos neste estudo antes do início da entrevista propriamente dita, com vistas a estabelecer “rapport” e facilitar, entre outros, a coleta de dados fidedignos:

- 1- Dar mais apoio-reasseguramento do que o habitual, ou seja, não evitar dar apoio por temer uma desmobilização para mudança;
- 2- Construir, conjuntamente com o paciente, objetivos em escada, de modo a evitar metas demasiadamente ambiciosas no curto prazo;
- 3- Mesmo sabendo que comportamento suicida envolve motivações alegadas (conscientes) e não alegadas (inconscientes), iniciamos a abordagem pelos fatores desencadeantes trazidos pelo paciente;
- 4- Distorções cognitivas devem ser mostradas e trabalhadas, como, por exemplo, estreitamento de repertório, desesperança, pensamentos tipo tudo ou nada e visão dos obstáculos como intransponíveis;
- 5- Deve-se reforçar os vínculos saudáveis do paciente;
- 6- Fortalecer a sensação subjetiva de “pertença” do indivíduo, em termos de grupos, comunidades, instituições;
- 7- Caso o indivíduo tenha, no seu histórico, usado uma tentativa de suicídio como maneira de mudar o ambiente e/ou pedir socorro, trabalha-se com a finalidade de desenvolver outras estratégias, que não a tentativa de suicídio, para os mesmos fins;
- 8- Nos casos de psicoterapia, não confundir “neutralidade” terapêutica com “passividade” terapêutica, ou seja, podem ser necessárias medidas ativas por parte do terapeuta;

- 9- Fármacos podem ser usados não só para tratamentos dos transtornos psiquiátricos que por ventura venham a ser diagnosticados, como também para eliminar sintomas-alvo, como, por exemplo, impulsividade;
- 10- Estar atento ao fato que, no início do uso de antidepressivos pode-se ter incremento da ideação suicida. Devemos, também, evitar fármacos com baixo índice terapêutico (dose tóxica / dose terapêutica, ex: tricíclicos);
- 11- Por último, a regra que consideramos mais importante: se, num primeiro momento, optamos por apoio, técnicas cognitivas, fármacos, não devemos perder de vista que, se não todos, pelo menos a grande maioria desses pacientes necessita de importante reestruturação psicodinâmica a longo prazo, ou seja, em um segundo tempo técnicas que privilegiem “insight” são bem-vindas. A percepção de quando transitar o tratamento do primeiro para o segundo tempo e a maneira de conduzi-la é, a meu ver, um dos principais aprendizados necessários ao clínico que atende pacientes em risco de suicídio.

Sugerimos que mais estudos longitudinais sejam realizados testando técnicas de manejo padronizadas e adaptadas aos contextos culturais (psicoterápicas e/ou farmacológicas) que possam levar a redução de comportamento suicida futuro nos repetidores.

7- CONCLUSÃO

Os indivíduos que tentaram o suicídio por pelo menos três vezes ao longo da vida (repetidores), diferenciaram-se dos de uma única tentativa por apresentarem, na análise univariada, uma maior proporção de: gênero feminino, idade entre 25 e 44 anos, pior situação ocupacional, ideação suicida, disfunção no desempenho de papéis sociais, pior auto-avaliação da saúde física, antecedente de tratamento em saúde mental, antecedente de internação psiquiátrica, tratamento atual psiquiátrico e/ou psicológico. Na mesma comparação encontramos menor porcentagem, entre repetidores, de: indivíduos que se consideram religiosos, casados ou com companheiros fixos. Usando a análise multivariada obtivemos maior porcentagem, entre repetidores, de: gênero feminino, idade entre 25 e 44 anos, disfunção no desempenho de papéis sociais, pior situação ocupacional.

Alguns resultados nos quais encontramos discrepância da literatura (por exemplo, a maior proporção de mulheres nos repetidores na comparação com os de primeira vez) ressaltaram-nos a importância de mais estudos em suicidologia em países de cultura diversa dos países desenvolvidos, de onde, habitualmente, originam-se a maioria dos estudos publicados.

8- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Allgulander C, Fisher LD. Clinical predictors of completed suicide and repeated self-poisoning in 8.895 self-poisoning patients. *European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences* 1990; 239: 270-76.

Asberg M, Traskman L, Thoren P. 5-HIAA in the cerebrospinal fluid. A biochemical suicide predictor? *Arch Gen Psychiatry* 1976; 33 (10):1193-7.

Bagley C, Greer S. Clinical and social predictors of repeated attempted suicide: a multivariate analysis. *British Journal of Psychiatry* 1971; 119: 515-21.

Barros MBA, Oliveira HB, Márin-Léon L. Epidemiologia no Brasil. In: Werlang BG, Botega NJ, editors. *Comportamento Suicida*. Porto Alegre: Artmed Editora; 2004. p. 45-58.

Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh G. An Inventory for Measuring Depression. *Archives of General Psychiatry* 1961; 4: 53-63.

Beck AT, Shuyler D, Herman I. Development of suicidal intent scales. In Beck, AT, Resnick HIP, Lettiari DJ. (Eds), *The prediction of suicide* (45-46). 1974. Philadelphia: Charles Press.

Beck AT, Steer RA, Brown GK. *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio - Texas: Psychological Corporation 1996.

Beck AT, Steer RA, Kovacs M, Garrison B. Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *American Journal Psychiatry* 1985; 142 (5): 559-63.

Bertolote JM, Fleischmann A. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. *World Psychiatry* 2002; 1 (3):181-85.

Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D, Bolhari J, Botega N, De Silva D, et al. Suicide attempts, plans, and ideation in culturally diverse sites: the WHO SUPRE-MISS community survey. *Psychol Med* 2005; 35(10):1457-65.

Bille-Brahe U. Social Support among European suicide attempters. *Archives of Suicide Research* 1999; 5: 76-82.

Bille-Brahe U, Kerkhof A, De Leo D, Schmidtke A, Crepet, P, Lönnqvist J, et al. 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 co-operation with the EC Concerted Action on Attempted Suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1997; 95 (2): 81-6.

Botega NJ, Cano F, Knoll AI, Pereira WAB, Bonardi, CM.. Tentativa de suicídio e adesão ao tratamento: um estudo descritivo em hospital geral. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 1995; 44: 19-25.

Botega NJ, Barros MAB, Oliveira HB, Dalgalarondo P, Marin-León L. Comportamento suicida na comunidade: Fatores associados à ideação suicida. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2005; 27(1): 2-5.

Botega NJ, Rapeli CB, Cais CFS. Comportamento Suicida. In: Botega N. *Prática psiquiátrica no hospital geral: Interconsulta e Emergência*. Porto Alegre: Artmed Editora, 2ª edição; 2006. p. 431-46.

Brasil - Ministério da Saúde: Sistema de Informações de mortalidade- 2003; DATASUS.

Buglass D, Horton HJ. A scale for predicting subsequent suicidal behavior. *British Journal of Psychiatry* 1974; 124: 573-8.

Cais CFS, Botega NJ, Mauro MLF, Souza CM, Rapeli CB, Cecconi JF, et al. Comportamento Suicida Recorrente: Resultados preliminares locais de estudo multinacional (SUPRE-MISS, OMS). *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2004; 26 (Suplemento II): 110-1.

Carter GL, Whyte IM, Ball K, Carter NT, Dawson AH, Carr VJ, Fryer J. Repetition of deliberate self-poisoning in an Australian hospital-treated population. *Medical Journal Australian* 1999; 170 (7): 307-11.

Cassorla RMS. Suicídio e adolescência - Fatores psicossociais e aspectos clínicos. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina* 1980; 26: 42-7.

Cassorla RMS. Do suicídio: estudos brasileiros. Campinas: Papirus Editora; 1991. p.

Corcoran P, Kelleher MJ, Keeley KS, Byrne S, Burke U, Willianson E. A preliminary statistical model for identifying repeaters of parasuicide. *Archives of Suicide Research* 1997; 3: 65-74.

Dirks BL. Repetition of parasuicide-ICD-10 personality disorder and adversity. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1998; 98: 208-13.

Evans J, Platts H, Liebenau A. Impulsiveness and deliberate self-harm: a comparison of "first-timers" and "repeaters". *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1996; 93 (5): 378-80.

Evans MO, Morgan HG, Hayward A, Gunnell DJ. Crisis telephone consultation for deliberate self-harm patients: effects on repetition. *British Journal of Psychiatry* 1999; 175: 23-7.

Fawcett J, Sheftner WA, Fogg L, Clark DC, Young MA, Hedeker D, Gibbons R. Time - related predictors of suicide in major affective disorder. *American Journal of Psychiatry* 1990; 147 (9): 1189-94.

Fleischmann A, Bertolote JM, De Leo D, Botega NJ, Phillips M, Sisask M, et al. Characteristics of attempted suicides seen in emergency-care settings of general hospitals in eight low- and middle- income countries. *Psicological Medicine* 2005; 35: 1467-74.

Gilbody S, House A, Owens D. The early repetition of deliberate self-harm. *Journal of the Royal College of Physicians of London* 1997; 31 (2): 171-2.

Gorenstein C, Andrade L. Validation of a Portuguese version of the Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research* 1996; 29: 453-7.

Hawton K, Kingsbury S, Steinhardt K, James A, Fagg J. Repetition of deliberate self-harm by adolescents: the role of psychological factors. *Journal of Adolescence* 1999; 22 (3): 369-78.

Harriss L, Hawton K, Zahl D. Value of measuring suicidal intent in the assessment of people attending hospital following self-poisoning or self-injury. *British Journal of Psychiatry* 2005; 186: 60-6.

Hjelmeland H. Repetition of parasuicide: a predictive study. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 1996; 26: 395-404.

Hulten A, Jiang G, Wasserman D, Hawton K, Hjelmeland H, De Leo D, et al. Repetition of attempted suicide among teenagers in Europe: frequency, timing and risk factors. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2001; Sep, 10 (3):161-9.

Isometsa ET, Lonnqvist JK. Suicide attempts preceding completed suicide. *British Journal of Psychiatry* 1998; 173 (12): 531-5.

Kerkhof A, Bernasco W, Bille-Brahe U, Platt S, Schidtke A. WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide: European Parasuicide Study Interview Schedule (EPSIS). Leiden: Leiden University Department of Clinical Health and Personality Psychology. 1989.

Kerkhof AJFM, Schmidtke A, Bille-Brahe U, De Leo D, Lönqvist J. Attempted Suicide in Europe. Leiden: WHO/DWSO Pres; 1994.

Kerryn LB, Janet H, Williams CL. The psychophysiology of self-mutilation: Evidence of tension reduction. *Archives of Suicide Research* 1998; 4: 227-42.

Kinyanda E, Hjelmeland H, Musisi S, Kigozi F, Walugembe J.. Repetition of deliberate self-harm as seen in Uganda. *Archives of Suicide Research* 2005; 9(4): 333-44.

Kotila L, Lönqvist J. Adolescents who make suicide attempts repeatedly. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1987; 76: 386-93.

Kreitman N, Casey P. Repetition of parasuicide: an epidemiological and clinical study. *British Journal of Psychiatry* 1988; 153: 792-800.

Kreitman N, Foster J. The construction and selection of predictive scales with particular reference to parasuicide. *British Journal of Psychiatry* 1991; 159: 185-92.

Li XY, Xu D, Phillips M, Ji HY, Xu YC, He FS.. Comparison of the characteristics of suicide attempters treated in general hospitals with and without prior suicide attempts. *Zhonghua Nei Ke Za Zhi* 2003; 42(12): 861-864.

Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, et al. Suicide Prevention Strategies: A Systematic Review. *Journal of American Association* 2005; 294(16): 2065-74.

Morgan HG, Barton J, Pottle S, Pocock H, Burns-Cox CJ. Deliberate self-harm: a follow-up study of 279 patients. *British Journal of Psychiatry* 1976; 128: 361-68.

Morton MJ. Prediction of repetition of parasuicide: with special reference to unemployment. *International Journal of Social Psychiatry* 1993; 39 (2): 87-99.

Nordström P, Gustavsson P, Edman G, Asberg M. Temperamental vulnerability and suicide risk after Attempted suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 1996; 26: 380-94.

Osvath P, Kelemen G, Erdos MB, Voros V, Fekete S. The main factors of repetition: review of some results of the Pecs Center in the WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour. *Crisis* 2003; 24 (4): 151-4.

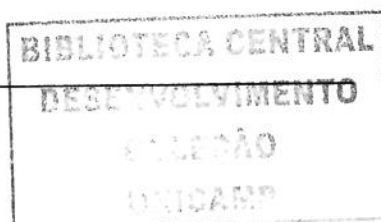
Owens D, Horrocks J, House A. Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *British Journal of Psychiatry* 2002; 181: 193-9.

Pallis JJ, Gibbons JS, Pierce DW. Estimating suicidal risk among attempted suicides, II: efficiency of predictive scales after the attempt. *British Journal Psychiatry* 1984; 144: 139-48.

Petrie K, Charberlain K, Clark D. Psychological Predictors of future suicidal behavior in hospitalized suicide attempters. *British Journal of Clinical Psychology* 1988; 27: 247-57.

Pierce DW. Suicide intent in self injury. *British Journal of Psychiatry* 1977; 130: 377-85.

Platt S, Bille-Brahe U, Kerkhof A, et al Parasuicide in Europe: the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. I. Introduction and preliminary analysis for 1989. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1992; 85: 97-104.



Rapeli CB, Botega NJ. Tentativas de suicídio envolvendo risco de vida: internações em um hospital geral. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 1998; 47 (4): 157-62.

Rapeli CB, Botega NJ. Clinical profiles of serious suicide attempters consecutively admitted to a university-based hospital: a cluster analysis study. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2005; 27(4): 285-90.

Reith DM, Whyte I, Carter G. Repetition risk for adolescent self-poisoning: a multiple event survival analysis. *Aust N Z J Psychiatry* 2003; Apr; 37 (2): 212-8.

Sakinofsky I, Roberts RS. Why parasuicides repeat despite problem resolution. *British Journal of Psychiatry* 1990; 156: 399-405.

Sakinofsky I, Roberts R.S, Brown Y, Cumming C, James P. Problem Resolution and Repetition of Parasuicide: a prospective study. *British Journal of Psychiatry* 1990; 156: 395-9.

Sakinofsky I. Repetition of suicidal behavior. In: Hawton K Heeringen K. The international handbook of suicide and attempted suicide. Wiley; 2000. p. 385-404.

Schmidtke A, Bille-Brahe U, De Leo D, Kerkhof A, Bjerke T, Crept 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 Psychiatrica Scandinavica* 1996; 93 (5): 327-38.

Schmidtke A, Bille-Brahe U, De Leo D, Kerkhof A, Wasserman D. Suicidal Behavior in Europe: Results from the WHO/EUOR Multicentre Study on Suicidal Behavior. Göttingen: Hogrefe & Huber; 2001.

Scott J, House R, Yates M, Harrington J. Individual risk factors for early repetition of deliberate self-harm. *British Journal of Medical Psychology* 1997; 70: 387-93.

Siani R, Garzotto N, Zimmerman Tansella C, Tansella M. Predictive scales for parasuicide repetition: further results. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1979; 59: 17-23.

Sidley GL, Calam R, Wells A, Hughes T, Whitaker K. The prediction of parasuicide repetition in a high-risk group. *British Journal of Clinical Psychology* 1999; 38: 375-86.

Spielberger CD, Biaggio A. *Manual do STAXI*. São Paulo: Vetor; 1994.

Spielberger CD, Jacobs GA, Russel SF, Crane RS. Assessment of anger: The State Trait Anger Scale. In: J Butcher, C Spielberger (Eds.), *Advances in personality assessment*, Hillsdale, NJ: Erlbaum;1983. Vol. 2, 112-34.

Suominen K, Isometsa E, Suokas J, Haukka J, Achte K, Lonnqvist J. Completed suicide after a suicide attempt: a 37-year follow-up study. *Am J Psychiatry* 2004; 161 (3):562-3.

Tejedor MC, Díaz A, Castellón JJ, Pericay JM. Attempted suicide: repetition and survival - findings of a follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1999; 100 (3): 205-11.

Vajda J, Steinbeck K. Factors associated with repeat suicide attempts among adolescents. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2000; 34 (3): 437-45.

Verkes RJ, Fekkes D, Zwinderman AH, Hengeveld MW, Van der Mast RC, Tuyl JP Kerkhof, et al. Platelet serotonin and (3H) paroxetine binding correlate with recurrence of suicidal behavior. *Psychopharmacology* 1997; 132: 89-94.

Wasserman D, Fricke S, Weinacker B, Sampaio-Faria JG. 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 Psychiatrica Scandinavica* 1996; 93: 327-38.

Werlang BG e Asnis N. Perspectiva histórico-religiosa. In: Werlang BG, Botega NJ. *Comportamento Suicida*. Porto Alegre: Artmed Editora; 2004. p. 59-74.

Werlang BG, Botega NJ. *Comportamento Suicida*. Porto Alegre: Artmed Editora; 2004.

World Health Organization. Use of well-being measures in primary health care. The DepCare Project. Health for All; target 12. Geneve: WHO. 1998.

World Health Organization. Figures and facts about suicide. Geneve: WHO. 1999.

World Health Organization. Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária. Genebra. WHO. 2000.

World Health Organization. Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours SUPRE-MISS: Protocol of SUPRE-MISS. Geneva: WHO. 2002.

World Health Organization. The World Health Report 2003: Shaping the future. Geneve: WHO. 2003.

World Health Organization. For which strategies of suicide prevention is there evidence of effectiveness? Geneve: WHO. 2004.

9- ANEXOS

QUESTIONÁRIO SUPRE-MISS

INSTRUÇÕES PARA O ENTREVISTADOR

Por favor Marque a resposta escolhida com um "X". Código "888" se a informação não for disponível e "999" se o item não se aplicar.

1- IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO

TRAT. USUAL

Assinale um dos dois quadros, após ter terminado a entrevista

INTERV. BREVE

1.1- País: _____

1.2- Serviço/ Hospital: _____

1.3- Data de entrada (Dia / Mês / Ano): _____

1.4- Hora de entrada (Hora / Minuto): _____

1.5- Atendido por: 1- Serviço de Emergência

2- Unidade de Cuidados Intensivos

3- Outros tipos, especificar: _____

1.6- Quem acompanha o paciente? _____

1.7- Data da alta do hospital (Dia / Mês / Ano): _____

1.8- Horário da saída do hospital (Hora / Minuto): _____

2- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: _____

Endereço Residencial _____

_____ Cidade _____ CEP _____

_____ UF _____

TELEFONE RESIDENCIAL: _____ COMERCIAL: _____

E-MAIL: _____

TELEFONES PARA CONTATO: _____ (Quem? _____)

_____ (Quem? _____)

ACOMPANHANTE: _____ TELEFONE: _____

2.1- Número de identificação do paciente: _____

2.2- Sexo: 1- Masculino 2- Feminino 3- Transexual

2.3- Data de nascimento (Dia/Mês/Ano): _____

2.4- Estado civil:

1- Solteiro

2- Casado ou parceiro permanente; desde quando: ____ Dia ____ Mês ____ Ano

3- Viúvo; desde quando: ____ Dia ____ Mês ____ Ano

4- Divorciado/separado; desde quando: ____ Dia ____ Mês ____ Ano

2.5- Anos de escolaridade: ____ anos:

2.6- Qual é o nível mais alto de escolaridade que o paciente completou?

1- Nenhuma

2- Instrução primária (quatro anos do 1º grau)

3- Instrução secundária (8 anos do 1º grau)

4- 2º grau ou Técnico

5- Instrução universitária

6- Outras: _____

2.7- O paciente frequenta a escola atualmente? 1- Não 2- Sim

2.8- Qual é a ocupação do paciente? _____

Se estiver desempregado ou não for economicamente ativo:

Qual foi sua última ocupação? _____ (informe se o paciente está na situação de nunca ter tido um trabalho remunerado)

2.8b- Qual das seguintes categorias mais bem descreve a ocupação do paciente?

(Escolha apenas uma resposta, de acordo com a ocupação principal do paciente).

- 1- Legislator, senior official or manager
- 2- Professional (e.g. science, health, art)
- 3- Technician or associate professional (e.g. inspector, medical assistant)
- 4- Clerk (e.g. secretary)
- 5- Service worker, shop or market sales worker (e.g. waiter, police officer)
- 6- Skilled agricultural and fishery worker
- 7- Craft and related trades worker (e.g. painter, baker, tailor)
- 8- Plant or machine operator or assembler (e.g. driver)
- 9- Elementary occupation (e.g. cleaner, labourer)
- 10- Armed forces
- 11- Other, specify _____

2.8- Qual é a situação empregaticia do paciente?

(Escolha apenas uma resposta, de acordo com a ocupação principal do paciente).

- 1- Emprego em tempo integral (incluindo autônomo)
- 2- Emprego de meio expediente (incluindo autônomo)
- 3- Empregado, mas de licença saúde
- 4- Trabalho temporário
- 5- Desempregado; **desde quando:** __ Dia __ Mês __ Ano
- 6- Serviço nas Forças Armadas
- 7- Estudante tempo integral
- 8- Desempregado, invalidez permanente; **desde quando:** __ Dia __ Mês __ Ano
- 9- Aposentado; **desde quando:** __ Dia__ Mês __ Ano
- 10- Dona de casa/ trabalhos domésticos
- 11- Outros, especificar _____

3- TENTATIVA DE SUICÍDIO ATUAL

3.1- Data da tentativa de suicídio (__ Dia __ Mês __ Ano)

3.2- Dia da semana: _____

3.3- Hora: __ Horas __ Minutos

3.4- Lugar: _____

3.5- Método da TS: _____ (de acordo com os códigos do CID-10, a seguir):

- X60- Auto - envenenamento e exposição intencionais a analgésicos não opiáceos, antipiréticos e anti- reumáticos.
- X61- Auto - envenenamento e exposição intencionais a drogas anti - epilépticas, sedativo -hipnóticas, antiparkinsonianas e psicotrópicas, não classificadas em outros locais. Inclui: antidepressivos, barbitúricos, neurolépticos, psicoestimulantes.
- X62- Auto - envenenamento e exposição intencionais a narcóticos e psicodislépticos (alucinógenos), não classificados em outros locais. Inclui: cannabis (derivados), cocaína, codeína, heroína, ácido lisérgico (LSD), mescalina, metadona, morfina, ópio (alcalóides).
- X63- Auto - envenenamento e exposição intencionais a outras drogas que atuam no sistema nervoso autônomo.
- X64- Auto - envenenamento e exposição intencionais a outras drogas e substâncias biológicas não especificadas.
- X65- Auto - envenenamento e exposição intencionais ao álcool.
- X66- Auto - envenenamento e exposição intencionais a solventes orgânicos e hidrocarbonos halogenados e seus vapores.
- X67- Auto - envenenamento e exposição intencionais a outros gases e vapores. Inclui: monóxido de carbono; gás utilitário.
- X68- Auto - envenenamento e exposição intencionais a pesticidas.
- X69- Auto - envenenamento e exposição intencionais a outras substâncias químicas e nocivas.
- X70- Auto lesão intencional por enforcamento, estrangulamento e sufocação
- X71- Auto lesão intencional por afogamento e submersão
- X72- Auto lesão intencional por descarga de arma de mão
- X73- Auto lesão intencional por descarga de rifle, espingarda ou arma de fogo maior
- X74- Auto lesão intencional por descarga de outra arma de fogo e de arma de Fogo não especificada
- X75- Auto lesão intencional por material explosivo
- X76- Auto lesão intencional por fogo e chamas
- X77- Auto lesão intencional por vapor, vapores quentes e objetos quentes
- X78- Auto lesão intencional por objeto cortante
- X79- Auto lesão intencional por objeto contundente
- X80- Auto lesão intencional por pular de um lugar alto
- X81- Auto lesão intencional por pular ou deitar-se ante um objeto móvel
- X82- Auto lesão intencional por batida de veículo motor
- X83- Auto lesão intencional por outros meios especificados. Inclui: batida de aeronave, eletrocussão, substâncias cáusticas (exceto envenenamento)
- X84- Auto lesão intencional por meios não especificados

3.6- A respeito das conseqüências físicas e do perigo da tentativa de suicídio à vida:

0- nenhum dano físico significativo, nenhum tratamento médico requerido

1- atenção médica/cirúrgicos requeridos, mas sem perigo de vida

2- atenção médica/cirúrgica requerida, houve/há perigo de vida

3.7- A respeito do tipo de cuidado médico recebido:

0- depois do tratamento de emergência o paciente foi liberado.

1- O paciente permaneceu sob observação/tratamento na emergência e foi liberado.

2- Da emergência o paciente foi transferido à unidade de cuidados intensivos ou para outras clínicas ou unidades cirúrgicas/enfermarias.

3- Da unidade de emergência o paciente foi diretamente transferido a instituição psiquiátrica.

3.8- (Se for aplicável:) Paciente foi encaminhado para:

RESPOSTA: _____

0- não foi encaminhado a nenhum serviço profissional

1- foi encaminhado a centro de saúde geral (ou saúde primária)

2- foi encaminhado a psiquiatria clínica particular

3- foi encaminhado a serviço profissional particular

3.9- (Se aplicável:) Oferta dos cuidados profissionais:

0- O paciente aceitou ir ao consultório

1- O paciente não teve certeza se comparecerá ou não

2- Paciente recusou

4- INFORMAÇÕES SÓCIO-DEMOGRÁFICAS

4.1- Em que país você nasceu? _____

4.2- Você viveu maritalmente (mínimo de 3 meses de co-habitação) com parceiro(a)s diferentes?

1- Não 2- Sim;

4.2.1- Se sim, quanto(a)s: _____

4.3- Quantos filhos você tem, incluindo as crianças adotadas? _____ (Não considerar natimortos).

4.4- Quantos filhos você tem com menos de 16 anos, em relação aos quais é responsável?

4.5- Com quem você vive atualmente? (na data da tentativa de suicídio).

1- Morando sozinho

2- Morando sozinho com filho(s)

3- Morando com marido/esposa sem filho(s)

4- Morando com marido/esposa e os filho(s)

5- Morando com os pais

6- Morando com outros parentes/amigos

7- Morando na cadeia

8- Morando em instituição psiquiátrica

9- Morando em lares/instituição

10- Outros, especificar: _____

4.6- Durante o ano passado, com quem você morou na maior parte do tempo?

(Qual era sua situação mais frequente?)

1- Sozinho

2- Sozinho com filho(s)

3- Com marido/esposa sem filho(s)

4- Com marido/esposa e os filho(s)

5- Com os pais

6- Com outros parentes/amigos

7- Na cadeia

8- Em instituição psiquiátrica

9- Em lares/instituição

10- Outros, especificar: _____

4.7- Local de residência na época da tentativa de suicídio: (bairro ou código postal): _____

4.8- Você vive em área: 1- Rural 2- Urbana

4.9- Durante o último ano, você ficou desempregado alguma vez? Por “desempregado” eu quero dizer que você procurava por trabalho, mas não conseguiu encontrar um.

Se afirmativo qual o total de tempo que você ficou desempregado durante o ano passado?

__ Meses __ Semanas (preencha ZERO se não ficou desempregado)

4.10- Qual é, aproximadamente sua renda mensal? _____

(Calcule: RENDA ANUAL no ano passado _____)

4.11- Qual é (ou era) a ocupação de seu pai (ou responsável)? _____

4.12- Qual é a denominação de sua religião? Especificar _____

4.13- Com que frequência você vai à igreja (ou outro lugar de culto)?

1- uma vez por semana

2- uma vez por mês

3- 2 a 3 vezes por ano

4- aproximadamente uma vez por ano

5- nunca ou quase nunca

4.14- Você se considera uma pessoa que acredita em Deus? 1- Não 2- Sim

4.15- Qual sua orientação sexual preferida? **[SE CONVENIENTE, RETORNE A ESTA QUESTÃO AO FINAL DA ENTREVISTA. Haverá um lembrete]**

1- Heterossexual

2- Homossexual

3- Bissexual

4- Incerto

5- Recusa-se a responder

5- HISTÓRIA DO EPISÓDIO ATUAL

- 5.1- Tinha alguém perto de você quando tentou contra si? (por exemplo, no mesmo quarto, conversando no telefone.)
- 0-Tinha alguém presente
 - 1-Tinha alguém próximo ou em contato (por exemplo, ao telefone)
 - 2- Ninguém próximo ou em contato
- 5.2- E no momento em que você fez a tentativa? Estava esperando alguém? Poderia chegar alguém?
- 0- Programou de forma que fosse possível uma intervenção
 - 1- Programou de modo que não fosse possível uma intervenção
 - 2- Programou de forma que fosse altamente improvável uma intervenção
 - 3- Você não pensou sobre isto
- 5.3- Você fez qualquer coisa para prevenir que alguém o encontrasse? (ex.: desligar telefone, trancar porta, etc.)
- 0- Nenhuma destas precauções.
 - 1- Precauções passivas, tal como evitar os outros, mas não fazer nada para impedir uma intervenção (por exemplo ficar só no quarto com a porta destrancada)
 - 2- Precauções ativas (por exemplo ficar só com a porta trancada)
- 5.4- Durante o tempo em que você fez a tentativa contra si, chamou alguém para dizer o que estava querendo fazer?
- 0- Possível salvador foi advertido a respeito da tentativa
 - 1- Possível salvador foi contatado mas não advertido especificamente a respeito da tentativa
 - 2- Não foi contatado ou advertido possível salvador
- 5.5- Você fez qualquer coisa, tal como pagar uma dívida, dizer adeus, escrever um testamento, desde que decidiu realizar a tentativa contra si?
- 0-Nenhuma
 - 1- Você teve pensamentos ou fez algum arranjo em antecipação à morte
 - 2- Fez planos definidos (realizou desejos ou mudanças, dando presentes, fazendo seguros)

5.6- A tentativa de suicídio foi planejada? (Por exemplo, para determinada hora, alguma preparação como juntar remédios, etc.).

0- Nenhuma preparação (sem planos)

1- Preparação mínima ou moderada

2- Preparação extensiva (plano detalhado)

5.7- Você escreveu um bilhete/carta de despedida? Se não, você pensou na possibilidade de escrever?

0- Nenhuma carta ou nota, nem pensou sobre escrever uma carta

1- Pensou em escrever uma carta

2- Escreveu uma nota (entregou ou rasgou-a)

5.8- Você ligou para algum vizinho, amigo e/ou membro da família, deixando implícito ou explícito sua intenção de realizar a tentativa de suicídio?

0- Ninguém

1- Comunicação equivocada (ambígua ou indicativa)

2- Comunica sem equívoco (explícita)

5.9- Quais eram os seus sentimentos a respeito da vida e da morte? Você quis viver com mais força do que quis morrer? Você não se importou em viver ou morrer?

0- Você não quis morrer

1- Você não se preocupou em que ele ou ela viveu ou morreu

2- Você quis morrer

5.10- Você pode me dizer o que esperou que acontecesse com a tentativa de suicídio?

0- Principalmente para mostrar algo a alguém

1- Um descanso temporário

2- A morte

3- Outros, especificar: _____

5.11- O que você pensou sobre as chances de vir a morrer como conseqüências de seus atos?

0- Você pensou que a morte era improvável ou não pensou a respeito disso

1- Você pensou que a morte seria possível, mas não provável

2- Você pensou que a morte seria provável ou certa

3- Outros, especificar: _____

5.12- Relação entre uso de álcool/drogas e a tentativa de suicídio atual:

0- ingestão de nenhuma/alguma mas sem relação com a tentativa de suicídio

1- suficiente para a deterioração da capacidade de juízo e da responsabilidade

2- uso intencional para facilitar e executar a tentativa de suicídio

(Especificar álcool ou qual droga: _____)

5.13- Na sua opinião por que motivo, você fez o que fez? _____

6- HISTÓRIA DE TENTATIVAS DE SUICÍDIO ANTERIORES E DADOS FAMILIARES

6.1- Você tentou o suicídio anteriormente? 1 ☐ Não (pule para 6.3) 2 ☐ Sim

6.1.1- Se afirmativo, quantas vezes? _____

6.1.2- Quando foi a última? __ Dia __ Mês __ Ano

6.2- Se afirmativo, método da tentativa de suicídio: _____

6.3- Suicídio das pessoas mais próximas (pais, amigos, namorado, ou alguém muito ligado a você, ou alguém que você admirava muito, um “modelo” de pessoa pra você):

1 ☐ Não (pule para 6.5) 2 ☐ Sim

Se afirmativo, nos itens seguintes especifique a pessoa (=“modelo”), e o método utilizado (veja códigos CID-10 no item 3.5)

6.4.1a- “Modelo de identificação” 1: Quem? _____

1 -pai ou mãe

2- filho(a)

3- irmã(o)

4- esposo(a)

5-namorado(a)

6-amigo(a)

7- outro: _____

6.4.1b- “Modelo” 1: método do suicídio. RESPOSTA: _____

6.4.1c- “Modelo” 1: tempo transcorrido desde o suicídio: _____

1- menos que 1 dia

2- menos que 1 semana

3- menos que 1 mês

4- menos que 3 meses

5- menos que 12 meses

6-12 meses ou mais

6.4.2a- “Modelo de identificação ” 2: Quem? _____

1- pai ou mãe

2- filho(a)

3- irmã(o)

4- esposo(a)

5- namorado(a)

6- amigo(a)

7- outro: _____

6.4.2b- “Modelo” 2: método do suicídio. RESPOSTA: _____

6.4.2c- “Modelo” 2: tempo transcorrido desde o suicídio: _____

1- menos que 1 dia

2- menos que 1 semana

3- menos que 1 mês

4- menos que 3 meses

5- menos que 12 meses

6- 12 meses ou mais

6.5- Algum familiar seu (família biológica) morreu por suicídio ou tentou o suicídio?

6.5.1- Quem? _____

“Algumas pessoas são afetadas por experiências traumáticas em suas vidas.
Você alguma vez passou por alguma dessas experiências?”

6.6- Você já sofreu algum tipo de preconceito, perseguição, ou violência por algum dos motivos citados abaixo?

- | | |
|--|---------------|
| 6.6.1- Sua raça | 1- Não 2- Sim |
| 6.6.2- Suas crenças religiosas | 1- Não 2- Sim |
| 6.6.3- Suas posições políticas | 1- Não 2- Sim |
| 6.6.4- Uma deficiência/problema físico ou incapacidade | 1- Não 2- Sim |
| 6.6.5- Sua orientação sexual | 1- Não 2- Sim |

6.7- Você já sofreu ameaça de abuso físico ou sexual por alguém?

1- Não 2- Sim

6.8- Você sofreu abuso emocional? 1- Não 2- Sim

6.9- Você já sofreu agressão tão violenta que teve de consultar um médico por isso (ou talvez tivesse que ter consultado)? 1- Não 2- Sim

6.10- Você foi forçado física ou psicologicamente a fazer alguma atividade sexual, não desejada, estuprada(o) ou violentada(o)? 1- Não 2- Sim

6.11- Você foi vítima de desastres, acidentes, assaltos, seqüestro que afetasse suas condições de viver como antes? 1- Não 2- Sim

6.12- Você sofreu tortura emocional ou física? 1- Não 2- Sim

7- SAÚDE FÍSICA E CONTATO COM SERVIÇOS DE SAÚDE

7.1- Você tem alguma doença física ou problema físico que o incomoda há pelo menos um ano? 1- Não 2- Sim

7.1.1- Caso afirmativo, o que acontece com você? _____

7.2- Nos **últimos três meses**, você diria que sua **SAÚDE FÍSICA**, de maneira geral, foi:

- 1- Excelente
- 2- Boa
- 3- Média
- 4- Fraca

Acompanhamento Médico Geral

7.3- Quantas vezes você consultou um médico geral ou especialista durante o último ano?

(excluir o dentista e psiquiatra)

- 1- nenhuma vez
- 2- uma vez
- 3- 2-3 vezes
- 4- 4 ou mais vezes

7.4- Na época dessa última consulta com o médico, você tinha pensamentos sobre tentar contra a própria vida?

- 1- Não
- 2- Sim, por pequeno período de tempo
- 3- Sim, muito frequentemente

7.4.1- (em caso de resposta “sim”, [opções 2 ou 3 acima]). Você comentou com o médico sobre estes pensamentos? (Pode ser que você tenha se referido superficialmente sobre estes planos)

- 1- Não
- 2- Referiu vagamente / superficialmente a respeito
- 3-Sim

Tratamento psiquiátrico / psicológico

7.5- Você está passando, ou passou, por períodos de tempo prolongados (no último ano) problemas emocionais (“dos nervos”) que o impediram de cumprir suas obrigações?

(Faça esta questão de maneira clara, se necessário com exemplos tipo: medo de lugares, ansiedade para sair de sua casa, medo excessivo das pessoas em geral, depressão, outras emoções ou pensamentos que o influenciaram repetidamente como obsessão, por exemplo, ser compelido a limpar sua casa, etc.).

1- Não 2- Sim

7.5.1- Se sim, o que acontece(ia) com você? _____

7.5.2- Há quanto tempo tem isso? RESPOSTA: _____

7.6- ALGUMA VEZ NA VIDA você esteve em tratamento com algum dos seguintes serviços/ profissionais:

7.6.1- Serviços psiquiátricos em atenção primária 1- Não 2- Sim

7.6.2- Serviços psiquiátricos em ambulatorios especializados 1- Não 2- Sim

7.6.3- CAPS, NAPS, HD 1- Não 2- Sim

7.6.4- Psiquiatra particular 1- Não 2- Sim

7.6.5- Psicólogo particular 1- Não 2- Sim

7.6.6- Outro _____ 1- Não 2- Sim

7.7- NO ÚLTIMO MÊS, você estava em tratamento em / com:

7.7.1- Serviços psiquiátricos em atenção primária 1- Não 2- Sim

7.7.2- Serviços psiquiátricos em ambulatorios especializados 1- Não 2- Sim

7.7.3- CAPS, NAPS, HD 1- Não 2- Sim

7.7.4- Psiquiatra particular 1- Não 2- Sim

7.7.5- Psicólogo particular 1- Não 2- Sim

7.7.6- Outro _____ 1- Não 2- Sim

7.8- Outras intervenções para problemas emocionais: Você recebeu assistência para os problemas emocionais de alguém mais? Por exemplos os grupos de auto-ajuda (Alcoólicos Anônimos, serviços de ajuda por telefone, etc.)?

1- Não 2- Sim; Especificar: _____

7.9- Quantas vezes você foi internado em um hospital psiquiátrico, ou enfermaria psiquiátrica de hospital geral ou em alguma outra instituição para pessoas com problemas mentais?

- 1- Nunca
- 2- Uma vez
- 3- 2-3 vezes
- 4- 4 vezes ou mais

7.10- **Durante o último ano**, da seguinte lista? Especifique há quanto tempo atrás:

7.10.1- Com seus pais (brigas, infidelidade, separação, álcool, morte):

- 1- Não
- 2- há 1 mês atrás
- 3- há 6 meses
- 4- há um ano

7.10.2- Com sua família (pai, mãe, irmãos, outros):

- 1- Não
- 2- há 1 mês atrás
- 3- há 6 meses
- 4- há um ano

7.10.3- Trabalho/Estudos (insatisfação, desemprego, reprovação, conflitos):

- 1- Não
- 2- há 1 mês atrás
- 3- há 6 meses
- 4- há um ano

7.10.4- Problema financeiro sério (casa, alimentação, falta de pagamento, etc.):

- 1- Não
- 2- há 1 mês atrás
- 3- há 6 meses
- 4- há um ano

7.10.5- Inaptidão ou doença física séria:

- 1- Não
- 2- há 1 mês atrás
- 3- há 6 meses
- 4- há um ano

7.10.6- Gravidez (não desejada?), aborto provocado recentemente:

- 1- Não
- 2- há 1 mês atrás
- 3- há 6 meses
- 4- há um ano

7.10.7- Problemas com a polícia, justiça:

- 1- Não
- 2- há 1 mês atrás
- 3- há 6 meses
- 4- há um ano

7.10.8- Outros: quais? _____

- 1- Não
- 2- há 1 mês atrás
- 3- há 6 meses
- 4- há um ano

7.11- Agora eu gostaria que você pensasse nas **duas últimas semanas**. Durante estas duas semanas, você deixou de fazer, ou teve dificuldade para fazer, coisas que você geralmente fazia, devido aos sentimentos ou pensamentos ou algum outro problema

que mencionamos antes (como medo dos lugares, sentimentos de depressão, ou outro problema psicológico (de “nervosismo”?)

1- Não 2- Sim

7.11.1- Se “sim”, o que aconteceu com você? _____

7.12- Quão satisfeito você está com sua vida?. Dê uma nota de “1”= insatisfeito a “5”= satisfeito:

7.12.1- agora 1 2 3 4 5

7.12.2- 30 dias atrás 1 2 3 4 5

7.12.3- um ano atrás 1 2 3 4 5

7.12.4- cinco anos atrás 1 2 3 4 5

7.13- Quão satisfeito com sua vida você pensa que estará? Dê uma nota de “1”= insatisfeito a “5”= satisfeito:

7.13.1- daqui a 30 dias 1 2 3 4 5

7.13.2- daqui a um ano 1 2 3 4 5

7.13.3- daqui a cinco anos 1 2 3 4 5

7.14- Você teve a oportunidade de falar sobre seus problemas (pedir ajuda) para algum parente durante o último mês?

1- Não 2- Sim

7.14.1- Se sim, com quem? _____

7.15- Você teve a oportunidade de falar sobre seus problemas (pedir ajuda) para alguém de fora de sua família durante o último mês?

1- Não 2- Sim

7.15.1- Se sim, com quem? _____

7.16- Você usou algum psicofármaco (remédio pros nervos ou pra depressão) durante o último mês?

1- Não 2- Sim

7.16.1- Se sim, qual(is)? _____

7.17- Você está em tratamento psicológico/psiquiátrico atualmente?

1- Não 2- Sim

7.18- Exame psíquico

	Ausente	Pouco	Moderado	Acentuado	Grave
7.18.1- Retardo psicomotor	0	1	2	3	4
7.18.2-Desconfiado, defensivo	0	1	2	3	4
7.18.3- Histriônico	0	1	2	3	4
7.18.4- Humor deprimido	0	1	2	3	4
7.18.5- Ansioso, tenso, inquieto	0	1	2	3	4
7.18.6- Euforia, exaltação	0	1	2	3	4
7.18.7- Embotamento, incongruência	0	1	2	3	4
7.18.8- Delírio, má interpretação	0	1	2	3	4
7.18.9- Distúrbio pensamento	0	1	2	3	4
7.18.10- Alucinações	0	1	2	3	4
7.18.11- Inteligência diminuída	0	1	2	3	4
7.18.12- Preocupação hipocondríaca	0	1	2	3	4
7.18.13- Ideação suicida	0	1	2	3	4

7.19- Diagnóstico Psiquiátrico (CID-10)

1- _____

2- _____

3- _____

4- _____

7.20- Nome do entrevistador: _____

7.21- Data do diagnóstico psiquiátrico: _____ (dia / mês / ano)

7.22- Horário do diagnóstico psiquiátrico: _____ (hora: Minuto)

7.23- Diagnóstico psiquiátrico anterior: _____

7.24- Diagnóstico somático: _____

7.25- Medicamentos psiquiátricos prescritos no PS: _____

8- QUESTÕES RELACIONADAS COM ÁLCOOL E DROGAS

8.1- Em sua vida, quais das seguintes substâncias você usou alguma vez?

- | | | |
|--|--------|--------|
| 8.1.1- Produtos do tabaco (cigarros, cigarro de mascar, charuto, etc.) | 1-Não | 2- Sim |
| 8.1.2- Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, licor, etc.) | 1- Não | 2- Sim |
| 8.1.3- Maconha | 1- Não | 2- Sim |
| 8.1.4- Cocaína ou crack | 1- Não | 2- Sim |
| 8.1.5- Estimulantes ou anfetaminas (pílulas dietéticas, ecstasy, etc.) | 1- Não | 2- Sim |
| 8.1.6- Inalantes (solventes, colas, gasolina, diluidor de tinta) | 1- Não | 2- Sim |
| 8.1.7- Sedativos ou hipnóticos (Valium, Lorax, Dormonid, etc.) | 1- Não | 2- Sim |
| 8.1.8- Alucinógenos (LSD, chá de cogumelo etc.) | 1- Não | 2- Sim |
| 8.1.9- Heroína, morfina, metadona ou analgésicos opióides | 1- Não | 2- Sim |
| 8.1.10- Outros, especificar _____ | 1- Não | 2- Sim |

Se todas as respostas forem negativas investigue e pergunte: Nem quando você estava na escola?

8.2- Se afirmativo a um desses itens, nos três meses anteriores, com que frequência você usou a substância que mencionou?(PRIMEIRA DROGA, DEPOIS SEGUNDA DROGA, ETC.)?

8.2.1- Tabaco?

1- Nunca 2- 1 ou 2 vezes 3- Mensalmente 4- Semanalmente 5- Diariamente ou quase

8.2.2- Bebidas alcólicas?

1- Nunca 2- 1 ou 2 vezes 3- Mensalmente 4- Semanalmente 5- Diariamente ou quase

8.2.3- Maconha?

1- Nunca 2- 1 ou 2 vezes 3- Mensalmente 4- Semanalmente 5- Diariamente ou quase

8.2.4- Cocaína ou crack?

1- Nunca 2- 1 ou 2 vezes 3- Mensalmente 4- Semanalmente 5- Diariamente ou quase

8.2.5- Estimulantes ou afetamina?

1- Nunca 2- 1 ou 2 vezes 3 - Mensalmente 4- Semanalmente 5- Diariamente ou quase

8.2.5- Estimulantes ou afetamina?

1- Nunca 2- 1 ou 2 vezes 3- Mensalmente 4- Semanalmente 5- Diariamente ou quase

8.2.6- Inalantes?

1- Nunca 2- 1 ou 2 vezes 3- Mensalmente 4- Semanalmente 5- Diariamente ou quase

8.2.7- Sedativos ou hipnóticos?

1- Nunca 2- 1 ou 2 vezes 3- Mensalmente 4- Semanalmente 5- Diariamente ou quase

8.2.8- Alucinógenos ?

1- Nunca 2- 1 ou 2 vezes 3- Mensalmente 4- Semanalmente 5- Diariamente ou quase

8.2.9- Heroína, Morfina, Metadona ou Analgésicos?

1- Nunca 2- 1 ou 2 vezes 3- Mensalmente 4- Semanalmente 5- Diariamente ou quase

8.2.10- Outro. Especifique _____

1- Nunca 2- 1 ou 2 vezes 3- Mensalmente 4- Semanalmente 5- Diariamente ou quase

8.3- Quando foi a última vez que você usou bebida que continha álcool?

1- horas atrás 2- dias atrás 3- meses atrás

8.4- Quantas doses-padrão de bebida * você usou naquela ocasião?

8.4.1- De cerveja: Dose ingerida _____ Total em Doses-padrão _____

8.4.2- De vinho: Dose ingerida _____ Total em Doses-padrão _____

8.4.3- De conhaque/whisky/licor: Dose ingerida _____ Total em Doses-padrão _____

8.4.4- Outro: _____ Dose ingerida _____ Total em Doses-padrão _____

* 1 DOSE = 330 ml cerveja comum (lata), 120 ml de vinho, 40 ml de pinga/whisky/licor. (Uma dose-padrão contém 10g de álcool puro. Usualmente uma cerveja comum contém de 4 a 5% de álcool, vinho 12% e licores 40%. O conteúdo de etanol é calculado como: Quantidade em ml x porcentagem de álcool na bebida x fator de conversão do etanol (1ml etanol = 0,79g): Exemplo: 330ml cerveja x 0,04 x 0,79 = aproximadamente 10g álcool puro.)

8.5- No ano passado (= há 12 meses atrás) com que frequência você usou bebidas alcoólicas?

- | | |
|-------------------------------|--|
| 1- Nunca | 6- 1-2 vezes por mês |
| 2- 1-3 vezes no ano passado | 7- 3-4 vezes por mês |
| 3- 4-6 vezes no ano passado | 8- 1-2 vezes por semana |
| 4- 7-9 vezes no ano passado | 9- 3-4 vezes por semana |
| 5- 10-12 vezes no ano passado | 10- 5-6 vezes por semana |
| | 11- diariamente ou mais freqüentemente |

8.6- Naqueles dias, quando você bebia, quanto você bebia usualmente?

(Anotar o número exato de doses, todos os tipos de bebida ingeridas e as associadas) _____

Total em doses-padrão: _____

8.7- Com que frequência no ano passado você bebeu, de uma vez, mais de 4 (para mulheres) / 5 (para homens) doses de _____ (cite a bebida)?

- | | |
|-------------------------------|--|
| 1- Nunca | 6- 1-2 vezes ao mês |
| 2- 1-3 vezes no ano passado | 7- 3-4 vezes ao mês |
| 3- 4-6 vezes no ano passado | 8- 1-2 vezes na semana |
| 4- 7-9 vezes no ano passado | 9- 3-4 vezes na semana |
| 5- 10-12 vezes no ano passado | 10- 5-6 vezes na semana |
| | 11- Diariamente ou mais freqüentemente |

INSTRUÇÕES PARA O PACIENTE

A seguir você encontrará questões a respeito de vários aspectos de sua vida, por exemplo, seu bem-estar ou vida social.

Favor ler as perguntas e as respostas e escolha com cuidado o que vier em sua mente primeiramente. Tente não permanecer demasiado tempo em apenas uma questão.

POR FAVOR DÊ APENAS UMA RESPOSTA POR QUESTÃO

9- ÍNDICE DE BEM-ESTAR DA OMS

“Indique por favor para cada uma das seguintes proposições a resposta que é mais próximo ao que você tem sentido nas duas últimas semanas. Faça somente uma indicação por proposição. Observe que números altos significam melhor bem-estar.”

“0”= Em tempo algum

“1”= Algumas vezes

“2”= Menos do que a metade do tempo

“3”= Mais do que a metade do tempo

“4”= Na maioria do tempo

“5”= Todo o tempo

9.1- Eu tenho me sentido satisfeito e de bom humo	0-	1-	2-	3-	4-	5-
9.2- Eu tenho me sentido calmo e relaxado	0-	1-	2-	3-	4-	5-
9.3- Eu tenho me sentido ativo e vigoroso	0-	1-	2-	3-	4-	5-
9.4- Eu tenho me sentido saudável e descansado	0-	1-	2-	3-	4-	5-
9.5- Tenho me interessado pelas coisas de minha vida diária	0-	1-	2-	3-	4-	5-

10- INVENTARIO DE DEPRESSÃO DE BECK

“Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) diante da afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira como você tem se sentindo nesta última

semana, incluindo hoje. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.

10.1-

- 0- Não me sinto triste.
- 1- Eu me sinto triste.
- 2- Estou sempre triste e não consigo sair disso.
- 3- Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar

10.2-

- 0- Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.
- 1- Eu me sinto desanimado quanto ao futuro
- 2- Acho que nada tenho a esperar
- 3- Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.

10.3-

- 0- Não me sinto um fracasso.
- 1- Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.
- 2- Quando olho para trás, na minha vida, Tudo o que posso ver é um monte de fracassos.
- 3- Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.

10.4-

- 0- Tenho tanto prazer em tudo como antes.
- 1- Não sinto mais prazer nas coisas como antes.
- 2- Não encontro um prazer real em mais nada.
- 3- Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.

10.5-

- 0- Não me sinto especialmente culpado.
- 1- Eu me sinto culpado às vezes.
- 2- Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.
- 3- Eu me sinto sempre culpado.

10.6-

- 0- Não acho que esteja sendo punido.
- 1- Acho que posso ser punido.
- 2- Creio que vou ser punido.
- 3- Acho que estou sendo punido.

10.7-

- 0- Não me sinto decepcionado comigo mesmo.
- 1- Estou decepcionado comigo mesmo.
- 2- Estou enojado de mim.
- 3- Eu me odeio.

10.8-

- 0- Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.
- 1- Sou crítico em relação a mim devido a minhas fraquezas ou meus erros.
- 2- Eu me culpo sempre por minhas falhas.
- 3- Eu me culpo por tudo de mal que acontece.

10.9-

- 0- Não tenho quaisquer idéias de me matar.
- 1- Tenho idéias de me matar, mas não as executaria.
- 2- Gostaria de me matar.
- 3- Eu me mataria se tivesse oportunidade.

10.10-

- 0- Não choro mais que o habitual.
- 1- Choro mais agora do que costumava.
- 2- Agora, choro o tempo todo.
- 3- Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo mesmo que o queira.

10.11-

- 0- Não sou mais irritado agora do que já fui.
- 1- Fico molestado ou irritado mais facilmente do que costumava.
- 2- Atualmente me sinto irritado o tempo todo.
- 3- Absolutamente não me irrita com as coisas que costumavam irritar-me.

10.12-

- 0- Não perdi o interesse nas outras pessoas.
- 1- Interesse-me menos do que costumava pesas outras pessoas.
- 2- Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.
- 3- Perdi totalmente o meu interesse nas outras pessoas.

10.13-

- 0- Tomo decisões mais ou menos tão bem como em outra época.
- 1- Adio minhas decisões mais do que costumava.
- 2- Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.
- 3- Não consigo mais tomar decisões.

10.14-

- 0- Não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser.
- 1- Preocupo-me por estar parecendo velho ou sem atrativos.
- 2- Sinto que há mudanças permanentes em minha aparência que me fazem aparecer sem atrativos.
- 3- Considero-me feio.

10.15-

- 0- Posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes.
- 1- Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.
- 2- Tenho de me esforçar muito até fazer qualquer coisa.
- 3- Não consigo fazer nenhum trabalho.

10.16-

- 0- Durmo tão bem quanto de hábito.
- 1- Não durmo tão bem quanto costumava.
- 2- Acordo uma ou duas horas mais cedo do que de hábito e tenho dificuldade para voltar a dormir.
- 3- Acordo várias horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldade para voltar a dormir.

10.17-

- 0- Não fico mais cansado que de hábito.
- 1- Fico cansado com mais facilidade do que costumava.
- 2- Sinto-me cansado ao fazer quase qualquer coisa.
- 3- Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.

10.18-

- 0- Meu apetite não está pior do que de hábito.
- 1- Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser
- 2- Meu apetite está muito pior agora.
- 3- Não tenho mais nenhum apetite.

10.19-

- 0- Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente
- 1- Perdi mais de 2,5 Kg.
- 2- Perdi mais de 5,0 Kg.
- 3- Perdi mais de 7,5 Kg.

10.20- Estou deliberadamente tentando perder peso, comendo menos

0- Não

1- Sim

10.21-

0- Não me preocupo mais que o de hábito com minha saúde.

1- Preocupo-me com problemas físicos como dores e aflições ou perturbações no estômago ou prisão de ventre.

2- Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa que não isso.

3- Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa

10.22-

0- Não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual

1- Estou menos interessado por sexo que costumava.

2- Estou bem menos interessado em sexo atualmente.

3- Perdi completamente o interesse por sexo.

11- ESCALA DE DESESPERANÇA

“Abaixo há uma questão a respeito do seu futuro. Marque por favor a opção que lhe parece refletir melhor a maneira que você o sente **no momento atual** .”

11.1- Meu futuro parece escuro para mim.

1- Falso

2- Verdadeiro

12- ESCALA DE TRAÇOS DE RAIVA

“As questões seguintes se referem a sentimentos de raiva. Por favor indique em cada questão a resposta que melhor se aplica a você **como, geralmente, você se sente geralmente)**”.

	Quase nunca	Às vezes	Frequentemente	Quase sempre
12.1- Sou temperamental (fácil pra ficar esquentado).	1	2	3	4
12.2- Eu me irrita com facilidade	1	2	3	4
12.3- Fico de cabeça quente facilmente	1	2	3	4
12.4- Fico furioso quando sou criticado na frente dos outros	1	2	3	4
12.5- Fico com raiva da “lêrdeza” dos outros	1	2	3	4
12.6- Fico irritado quando faço um bom trabalho e não sou reconhecido	1	2	3	4
12.7- Eu perco a paciência facilmente	1	2	3	4
12.8- Fico aborrecido quando não reconhecem meu trabalho	1	2	3	4
12.9- Quando eu fico irritado, xingo, falo poucas e boas	1	2	3	4
12.10- Quando algo não dá certo, tenho vontade de bater em alguém	1	2	3	4

13- APOIO SOCIAL

“As questões seguintes referem-se apoio que você dá e ao apoio que você recebe das pessoas de sua família e de amigos. Dois tipos de apoio são considerados:

- **Apoio Prático** refere-se ao apoio nas atividades diárias, tal como olhar sua causa quando você estiver ausente, olhar seus filhos, cuidar dos animais de estimação ou do jardim, olhar quando você for fazer compras, ou quando estiver doente, etc. Inclui também, te ajudar com algum dinheiro, se necessário.
- **Apoio Moral** refere-se ao apoio emocional quando problemas maiores ou menores aparecem. Isso inclui a “força” que as pessoas te dão, conversar sobre seus problemas, etc.

Por favor, leia cada questão cuidadosamente. Indique na linha de “família” e nas linha de “amigos” a resposta que mais combina com você.

	Não, de modo algum	Sim, um pouco	Sim, muito
<u>NECESSIDADE DE APOIO</u>			
13.1- Você sente que necessita de apoio prático de...?			
13.1.1- sua Família:	0	1	2
13.1.2- seus Amigos:	0	1	2
13.2- Você sente que necessita de apoio moral de...?			
13.2.1- sua Família:	0	1	2
13.2.2- seus Amigos:	0	1	2
<u>RECEBER APOIO</u>			
13.3- Quando necessita, você recebe apoio prático de...?			
13.3.1- sua Família:	0	1	2
13.3.2- seus Amigos:	0	1	2
13.4- Quando necessita, você recebe apoio moral de...?			
13.4.1- sua Família:	0	1	2
13.4.2- seus Amigos:	0	1	2
<u>FAMÍLIA / AMIGOS NECESSITANDO DE APOIO</u>			
13.5.1- Você sente que sua Família necessita de seu apoio prático?	0	1	2
<u>FAMÍLIA / AMIGOS NECESSITANDO DE APOIO</u>			
13.5.1- Você sente que sua Família necessita de seu apoio prático?	0	1	2
13.5.2- Você sente que seus Amigos necessitam de seu apoio prático?	0	1	2
13.6.1- Você sente que sua Família necessita de seu apoio moral?	0	1	2
13.6.2- Você sente que seus Amigos necessitam de seu apoio moral?	0	1	2

DAR APOIO

13.7- Você acha que dá apoio prático que precisaria dar a...?

13.7.1- sua Família:	0	1	2
----------------------	---	---	---

13.7.2- seus Amigos:	0	1	2
----------------------	---	---	---

13.8- Você acha que dá apoio moral que precisaria dar a...?

13.8.1- sua Família:	0	1	2
----------------------	---	---	---

13.8.2- seus Amigos	0	1	2
---------------------	---	---	---

POR FAVOR, DEVOLDA ESTE FORMULÁRIO PARA O ENTREVISTADOR

OBRIGADO

Dê ao entrevistado a seguinte orientação e a seguir faça-lhe as perguntas: “Eu gostaria de te perguntar sobre algum problema que você pode ter tido com a Polícia/Justiça”. Assinale “888” se a informação não se encontrar disponível e “999” se o item não se aplicar.

14- POLÍCIA, JUSTIÇA, COMPORTAMENTO ANTI-SOCIAL

14.1- Você fez alguns dos atos seguintes durante os cinco últimos anos ?

- | | | |
|--|--------|--------|
| 14.1.1- boicote, contrariando uma lei | 1- Não | 2- Sim |
| 14.1.2- ocupação de prédio/local público | 1- Não | 2-Sim |
| 14.1.3- bloquear tráfego de veículos | 1- Não | 2- Sim |
| 14.1.4- ato violento contra alguém | 1- Não | 2- Sim |
| 14.1.5- provocar estragos em propriedade | 1- Não | 2- Sim |
| 14.1.6- demonstração de raiva/violência | 1- Não | 2- Sim |

14.2- Você já foi alguma vez condenado por algum delito (excluindo delitos de trânsito)?

- 1- Não (pule para 14.6) 2- Sim

14.3- Se “sim”; especificar: 1- uma vez

2- 2-3 vezes

3- diversas vezes

14.4- Se “sim”, especifique a data da **mais recente condenação**: Dia / Mês / Ano: _ _ _ _ _

14.5- Se “sim”, qual foi a razão principal para a **condenação mais recente**?

- | | | |
|---|--------|--------|
| 14.5.1- Danos a propriedades | 1- Não | 2- Sim |
| 14.5.2- Atos de violência | 1- Não | 2- Sim |
| 14.5.3- Crimes políticos ou administrativos | 1- Não | 2- Sim |
| 14.5.4- Uso de substâncias ilegais | 1- Não | 2- Sim |
| 14.5.5- Abusos sexuais | 1- Não | 2- Sim |
| 14.5.6- Outros: (especificar) _ _ _ _ _ | 1- Não | 2- Sim |

14.6- Você já foi preso alguma vez (exceto devido a delito de trânsito)?

1- Não (pule para item 15) 2- Sim

14.7- Se “sim”, especificar: 1- uma vez 2- 2-3 vezes 3- diversas vezes

14.8- Se “sim”, especificar a data do mais recente aprisionamento: Dia / Mês / Ano:

14.9- Se “sim”, qual o motivo maior pelo qual teve o mais recente aprisionamento?

14.9.1- Danos à propriedade 1- Não 2- Sim

14.9.2- Atos de violência 1- Não 2- Sim

14.9.3- Crime político ou administrativo 1- Não 2- Sim

14.9.4- Uso de substâncias ilegais 1- Não 2- Sim

14.9.5- Abuso sexual 1- Não 2- Sim

14.9.6- Outros: (especificar) _____ 1- Não 2- Sim

15- DESEMPENHO DE PAPEL SOCIAL (SEÇÃO 2 DO WHO/DAS - ESQUEMA DE AVALIAÇÃO DA INCAPACIDADE PSIQUIÁTRICA)

“0”= sem disfunção

“1”= disfunção mínima

“2”= disfunção evidente

“3”= disfunção séria

“4”= disfunção muito grave

“5”= disfunção máxima

15.1- Participação em atividades domésticas durante o mês passado.

Resposta: _____

Investigue sobre:

(i) participação do paciente em atividades comuns da casa, tais como fazer refeições juntos, fazer as tarefas domésticas, sair ou fazer visitas juntos, jogar cartas, assistir televisão, etc.;

(ii) participação do paciente nas tomadas de decisão a respeito da casa, por exemplo decisões sobre as crianças, o dinheiro, etc.

Para esposas, donas-de-casa, considerar os trabalhos de casa que uma dona-de-casa usualmente tem a fazer.

15.2- Papel Marital: relacionamento afetivo com o cônjuge durante o mês passado.

Resposta: _____

(Aqui “cônjuge” significa um companheiro constante apesar do status legal)

Investigue sobre:

- (i) a comunicação paciente com o cnjuge (por exemplo: falar sobre situações corriqueiras, notícias, sobre as crianças, etc.)
- (ii) habilidade do paciente em demonstrar afeição e entusiasmo ao cnjuge (ocasionais explosões de raiva ou irritabilidade devem ser avaliados de encontro à norma cultural)
- (iii) o paciente é uma fonte de sustentação para que o cnjuge pode se transformar. Pergunte por exemplos.

15.3- Papel Marital: relações sexuais com cnjuge durante o mês anterior.

Resposta: _____

Considere:

- (i) ocorrência das relações sexuais no mês passado
- (ii) se o paciente vivencia as relações sexuais como satisfatórias
- (iii) se o cnjuge vivencia relações sexuais como satisfatórias

15.4- Papel Parental: interesse e cuidados das crianças durante o mês passado.

Resposta: _____

Considere:

- (i) empreendimento e desempenho das tarefas com as crianças, apropriados à posição do paciente na casa (por exemplo jogar, alimentar, colocar para dormir, levar à escola, colocar para dormir, levar à escola – para crianças pequenas; cuidando depois das necessidades da criança – para crianças mais velhas);
- (ii) interesse na criança (por exemplo jogar, leitura, mostrar interessado em seus problemas, nos trabalhos escolares, etc.).

Se a criança não estiver vivendo com o paciente, considere e avalie somente o item dois (ii).

15.5- Papel Sexual: relacionamento com pessoas, que não o cnjuge, durante o mês passado

(para paciente solteiro ou paciente que não esteja vivendo com cnjuge).

Resposta: _____

Considere:

- (i) interesse sexual (hetero ou homossexual) e correspondente emocional demonstrado pelo paciente;
- (ii) relacionamento ou contatos reais procurados pelo paciente, independentemente de ter ou não envolvido relação sexual.

15.6- Contato Social: Atrito nas relações interpessoais fora de casa, no mês passado.

Resposta: _____

Considere:

Comportamento público conflituoso, envolvimento em desentendimentos, aborrecimentos, raiva ou marcada irritabilidade que aparecem em situações sociais fora da própria casa, por exemplo:

- (i) com chefia, colegas, clientes etc., se o paciente estiver trabalhando;
- (ii) com vizinhos, pessoas da comunidade, etc., se o paciente for uma dona-de-casa ou não trabalhar
- (iii) com professores, administradores, outros estudantes, etc., se o paciente for um estudante. Para os pacientes que vivem em pensão/hospedaria ou outra comunidade, incluir atritos que aparecem com outros hóspedes.

15.7- Papel Ocupacional: desempenho no trabalho durante o mês passado (incluir estudantes e pessoas com proteção de empregos).

Resposta: _____

Investigue sobre:

(i) se o paciente se conforma à rotina do trabalho – vai ao trabalho regularmente e no horário, observando as regras, etc.;

(ii) qualidade do desempenho e do produto.

O trabalho de casa está excluído (responda na questão 1). Se o informante chave for incapaz de fornecer a informação, faça uma avaliação das fontes informativas consultadas.

15.8- Papel Ocupacional: interesse em começar um trabalho ou em recomeçar um trabalho ou estudo.

Resposta: _____

(Questão para avaliar pacientes em idade de trabalhar/estudar, mas que não estejam empregados/estudando atualmente. Se o paciente for uma dona-de-casa, use o julgamento sobre as expectativas locais a respeito de donas-de-casa procurarem emprego fora de casa.)

Considere:

(i) o interesse em obter ou ao retornar ao trabalho ou aos estudos;

(ii) etapas atuais na busca de um emprego ou iniciar os estudos.

15.9- Interesse e informação durante o mês passado.

Resposta: _____

Considere:

(i) interesses mostrados pelo paciente em eventos locais ou eventos mundiais sobre outras matérias, de acordo com seu background social, educação e nível de inteligência;

(ii) esforços para tal propósito.

15.10- Comportamento do paciente nas emergências ou nas situações extraordinárias que ocorreram nos últimos seis meses.

Resposta: _____

Considere:

Respostas dos pacientes a eventos tais como:

(i) doença ou acidente que afeta um membro da família;

(ii) doença ou acidentes que envolve outras pessoas;

(iii) emergências menores (por exemplo avaria do equipamento);

(iv) alguma outra situação fora da rotina para o paciente, que requerem alguma ação normalmente (por exemplo o paciente teve que ficar cuidando da criança, foi solicitado a transmitir um recado, etc.)

FINAL DA ENTREVISTA: “Obrigado por sua participação”

AO ENTREVISTADOR:

POR FAVOR, FAÇA UM “X” EM CADA TAREFA CUMPRIDA

- ☐ Verifique resposta do item 4.18, na página 5.
- ☐ Entrevistar acompanhante, explicar trabalho, procure estabelecer vínculo
- ☐ Abrir “randomização”
- ☐ Marcar resultado na capa deste impresso
- ☐ Encaminhar paciente apropriadamente:
 - Tratamento usual: ao ambulatório do HC ou posto de saúde (com carta)
 - Intervenção breve: ao ambulatório do HC, com impresso próprio
- ☐ Reforce informações sobre rotina de consultas/telefonemas ao paciente
- ☐ Informe para onde o paciente foi encaminhado

PACIENTE ENCAMINHADO PARA: _____

PACIENTE DEVERÁ PARTICIPAR DO GRUPO: TRATAMENTO USUAL
 INTERVENÇÃO BREVE

CONSENTIMENTO APÓS INFORMAÇÃO (SUPRE-MISS)

1- Informação

Segundo a Organização Mundial da Saúde, no ano 2000 aproximadamente 1 milhão de pessoas morreram por suicídio. Calcula-se que o número de tentativas de suicídio chegue até 40 vezes o de suicídio. Infelizmente, não há dados confiáveis a respeito da dimensão desse problema.

Esta pesquisa irá comparar diferentes tratamentos para as pessoas que tentaram o suicídio, bem como obter mais informações sobre as idéias e o comportamento dessas pessoas em relação ao suicídio. A finalidade desta pesquisa é reduzir as mortes e o sofrimento decorrente do suicídio.

Os objetivos deste estudo são:

- Contribuir para aumentar a conscientização sobre os problemas decorrentes do comportamento suicida;
- Identificar fatores que levam ao comportamento suicida;
- Descrever padrões de comportamento suicida;
- Identificar as razões pelas quais as pessoas comparecem, ou não, a serviços de saúde, após uma tentativa de suicídio;
- Identificar quais tratamentos são capazes de diminuir o número de tentativas de suicídio;
- Melhorar o funcionamento de serviços de saúde, por meio de abordagens que sejam eficientes na redução de tentativas de suicídio.

A coordenação geral desta pesquisa é feita pela Organização Mundial da Saúde, com sede em Genebra, na Suíça. O coordenador local é do Dr. Neury José Botega, professor do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria, da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP (telefone (19) 3788 7206, e-mail: botega@fcm.unicamp.br).

Sua participação nesta pesquisa significa: 1) responder vários itens de um questionário sobre sua condição de vida, aspectos psicológicos, suicídio (isso deverá durar em torno de 30 minutos) e 2) concordar com um esquema de acompanhamento que lhe será proposto (basicamente comparecer pelo menos a uma consulta no ambulatório do HC UNICAMP e, depois, ser acompanhado por nós, pessoalmente, ou por telefone, ao longo de um ano e meio).

2- Certificado de Consentimento

Eu li as informações acima, ou elas foram lidas para mim. Eu tive a oportunidade de fazer todas as perguntas que quis, e elas me foram satisfatoriamente respondidas. Eu também fui informado de que a entrevista é confidencial. As informações que eu der serão codificadas, juntadas às de outras pessoas, de forma que minha identidade não será revelada. Estou consciente de que não receberei dinheiro ou qualquer outra gratificação por participar do estudo. Eu, voluntariamente, concordo em participar do estudo, e compreendi que tenho o direito de não participar e de não responder perguntas que eu julgue constrangedoras, ou mesmo interromper a entrevista, a qualquer momento, sem que isso venha a afetar o meu tratamento neste hospital.

3- Esta pesquisa foi aprovada pelo **Comitê de Ética em Pesquisa da FCM UNICAMP**, cujo endereço postal é prédio da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, Caixa Postal 6111, Campinas SP, CEP 13081-970. Telefone (19) 3788 8936, e-mail cep@head.fcm.unicamp.br.

Data: ____ / ____ / ____

Nome:

Assinatura