

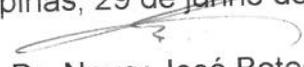
CLAUDEMIR BENEDITO RAPELI

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO CIRCULANTE

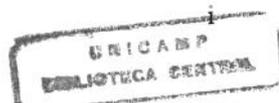
**TENTATIVAS DE SUICÍDIO COM RISCO DE VIDA:
INTENCIONALIDADE SUICIDA, LETALIDADE MÉDICA E
ANÁLISE DE AGRUPAMENTOS.**

Este exemplar corresponde à versão final da Tese de Doutorado apresentada ao Curso de Pós-Graduação Ciências Médicas da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, para obtenção do título de Doutor em Ciências Médicas, Área Saúde Mental do aluno **Claudemir Benedito Rapeli**.

Campinas, 29 de junho de 2001.


Prof. Dr. Neury José Botega
Orientador

Campinas, 2001



CLAUDEMIR BENEDITO RAPELI

**TENTATIVAS DE SUICÍDIO COM RISCO DE VIDA:
INTENCIONALIDADE SUICIDA, LETALIDADE MÉDICA E
ANÁLISE DE AGRUPAMENTOS.**

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação da
Faculdade de Ciências Médicas da Universidade
Estadual de Campinas, para obtenção do título de
Doutor em Ciências Médicas, na área de Saúde
Mental.

Orientador: Prof. Dr. Neury José Botega

Campinas, 2001

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

R181t Rapeli, Claudemir Benedito
Tentativas de suicídio com risco de vida: intencionalidade suicida,
letalidade médica e análise de agrupamentos / Claudemir Benedito
Rapeli. Campinas, SP : [s.n.], 2001.

Orientador : Neury José Botega
Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade
de Ciências Médicas.

1. Doença Mental. 2. Depressão - Suicídio. I. Neury José Botega.
II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médi-
cas. III. Título.

Banca examinadora da tese de Doutorado

Orientador: Prof. Dr. Neury José Botega

Membros:

1. Prof. Dr. Renêcio Frazee Junior - USP/SP
2. Prof. Dr. Mano Antonio Alves Brasil - UFRJ
3. Prof. Dr. Luiz Antonio Nogueira Martins - UNIFESP
4. Prof. Dr. Paulo Dalgalarondo - FCM/UNICAMP
5. Prof. Dr. Neury José Botega - FCM/UNICAMP

Curso de pós-graduação em Ciências Médicas, área de concentração em Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 29/06/2001

A Therê e Laura Maria
minha família

“A intenção é algo de demasiado íntimo para poder ser atingida do exterior, a não ser por aproximações grosseiras. Até da observação interior ela se oculta. Quantas vezes nos enganamos sobre as verdadeiras razões que nos levam a agir! Quantas vezes explicamos por paixões generosas ou por considerações elevadas atos que nos foram inspirados por sentimentos mesquinhos ou por uma rotina cega!”

Durkheim, 1982

AGRADECIMENTOS

- Ao Prof. Dr. Neury José Botega, pela orientação criteriosa, incentivo e apoio, possibilitando a finalização deste trabalho.
- Aos pacientes que participaram desta pesquisa
- Às equipes de enfermagem do Hospital de Clínicas da UNICAMP, pela colaboração.
- Aos professores do Curso de Pós-Graduação da FCM – UNICAMP, pelo empenho.
- À Cleide, do setor de Estatística da FCM, que diante das necessidades na análise desta pesquisa esteve sempre prestativa, colaborando, ensinando e apoiando.
- Aos meus pais que sempre incentivaram o desenvolvimento como pessoa e na carreira profissional.
- Aos meus irmãos, cinco, pelo pouco contato nestes anos todos e pelo incentivo sempre que possível. Em especial ao meu irmão Clarisvaldo que sempre esteve presente nos momentos de decisões mais difíceis.

A todos, um forte abraço.

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS.....	xv
LISTA DE TABELAS.....	xvii
LISTA DE ANEXOS.....	xix
RESUMO.....	xxi
INTRODUÇÃO.....	23
OBJETIVOS.....	29
1. Objetivo Geral.....	31
2. Objetivos Específicos.....	31
CAPÍTULO 1 – TENTATIVAS DE SUICÍDIO: DEFINIÇÕES E RELEVÂNCIA.....	33
1. Definições de Tentativa de Suicídio.....	35
2. Extensão do problema.....	42
3. Intencionalidade Suicida.....	46
4. Letalidade Médica.....	49
CAPÍTULO 2 – MÉTODO.....	63
1. Local e Sujeitos.....	65
2. Cálculo do tamanho da amostra.....	65
3. Instrumento de pesquisa.....	67
4. Procedimentos.....	73
5. Análise dos dados.....	76
CAPÍTULO 3 – RESULTADOS.....	83
1. Características Sociodemográficas.....	87
2. Caracterização da Tentativa de Suicídio.....	91
3. Características Clínicas.....	94
3.1. Intencionalidade Suicida.....	94
3.2. Dificuldades Psicossociais.....	97

3.3. Rede de Apoio Social.....	98
3.4. Outras Tentativas de Suicídio.....	99
3.5. Ansiedade e Depressão.....	101
3.6. Hipóteses Diagnósticas.....	102
3.7. Perfil Psiquiátrico.....	103
3.8. Tratamento Psiquiátrico.....	104
3.9. Avaliação da Letalidade Médica.....	107
3.10 Duração da Internação.....	108
4. Associação de Variáveis com a Intencionalidade Suicida.....	110
5. Associação de Variáveis com a Letalidade Médica.....	116
6. Relação entre Intencionalidade Suicida e Letalidade Médica.....	120
7. Análise Multivariada (Regressão Logística Politômica).....	123
8. Análise de Correspondência.....	126
9. Análise de Agrupamentos (“Cluster Analysis”).....	134
9.1 Comparação dos Subgrupos.....	139
CAPÍTULO 4 – DISCUSSÃO.....	141
1. Características Sociodemográficas.....	143
2. Caracterização da Tentativa de Suicídio.....	146
3. Características Clínicas.....	147
4. Associação de Variáveis: Intencionalidade Suicida/Letalidade Médica....	154
5. Relação entre Intencionalidade Suicida e Letalidade Médica.....	157
6. Análise Multivariada (Regressão Logística Politômica).....	161
7. Análise de Correspondência e Análise de Agrupamentos.....	162
CONCLUSÕES.....	167
SUMMARY.....	173
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	177
ANEXOS.....	185

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.	Mapa das taxas de suicídio no mundo por 100 000 habitantes...	45
Figura 2.	Taxas de suicídio no Brasil, no ano de 1992, por sexo e idade, por 100 000 habitantes.....	45
Figura 3.	Frequência, por sexo, dos pacientes internados por tentativa de suicídio.....	89
Figura 4.	Frequência dos pacientes nas pontuações totais obtidas na Escala de Intencionalidade Suicida de Beck.....	95
Figura 5.	Número de pacientes com tentativa de suicídio anterior.....	100
Figura 6.	Distribuição dos pacientes por faixa etária e intencionalidade suicida.....	111
Figura 7.	Distribuição dos pacientes por faixa etária e o grau de letalidade médica.....	117
Figura 8.	Gráfico da Análise de Correspondência em coordenadas principais, da intencionalidade suicida/letalidade médica e as classificações.....	129
Figura 9.	Gráfico da Análise de Correspondência Múltipla em coordenadas principais.....	132

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Forma como os ítems foram pontuados no SPQ.....	78
Tabela 2.	Forma de pontuação dos ítems na Rede de Apoio Social.....	79
Tabela 3.	Características demográficas de pacientes internados por tentativa de suicídio no HC – UNICAMP.....	88
Tabela 4.	Cidade de nascimento dos pacientes internados por tentativas de suicídio no HC – UNICAMP.....	90
Tabela 5.	Algumas características das tentativas de suicídio internadas no HC – UNICAMP.....	92
Tabela 6.	Método utilizado na tentativa de suicídio pelos pacientes internados no HC – UNICAMP.....	93
Tabela 7.	Níveis de significância dos testes de Mann-Whitney nas comparações da intencionalidade suicida (soma dos 8 primeiros ítems da Escala de Intencionalidade de Beck).....	97
Tabela 8.	Hipóteses diagnósticas principal, por sexo.....	102
Tabela 9.	Encaminhamento psiquiátrico realizado com os pacientes pós-alta.....	105
Tabela 10.	Perfil dos pacientes transferidos, pós-alta, da clínica médica/cirúrgica para enfermaria de psiquiatria.....	106
Tabela 11.	Associação de variáveis com a maior intencionalidade suicida.....	115
Tabela 12.	Associação de variáveis com a maior letalidade médica.....	119
Tabela 13.	Coeficiente de Correlação Linear de Spearman entre intencionalidade suicida e letalidade médica.....	121

Tabela 14.	Coeficiente de Correlação Linear de Spearman entre intencionalidade suicida e letalidade médica, por faixa etária, excluindo-se os óbitos.....	122
Tabela 15	Associação entre intencionalidade suicida e letalidade médica.....	122
Tabela 16	Resultados das análises univariadas para respostas (IS/LET 3, 2, 1, 0).....	124
Tabela 17	Parâmetros estimados para o modelo multivariado.....	125
Tabela 18	Modelo final das respostas encontradas na análise multivariada.....	125
Tabela 19	Tabela de contingência.....	127
Tabela 20	Decomposição da inércia relativa dos eixos.....	128
Tabela 21.	Resultados da análise estatística das variáveis na formação dos grupos.....	135
Tabela 22.	Frequência e distância entre os centróides dos grupos.....	135
Tabela 23.	Perfil dos subgrupos na análise de agrupamentos.....	138
Tabela 24.	Medidas de posição e dispersão para as variáveis em cada subgrupo.....	139

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1.	Questionário de Tentativa de Suicídio – QTS.....	185
Anexo 2.	Fluxograma.....	207
Anexo 3.	Cartazes Informativos.....	209

RESUMO

Este estudo foi realizado no Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas – SP. Teve por objetivos relacionar o grau de intencionalidade suicida com o grau de letalidade médica e verificar a existência de subgrupos de pacientes e caracterizá-los clinicamente. Foram avaliados 121 pacientes. Os sujeitos deste estudo foram os indivíduos atendidos no pronto-socorro por tentativa de suicídio e que aí permaneceram por 24 horas ou mais para observação e aqueles que necessitaram de internação em uma das enfermarias do hospital.

Para avaliação foi utilizado um questionário (“Questionário de Tentativa de Suicídio – QTS”) composto por uma anamnese estruturada e escalas psicométricas. Na análise foi utilizado o teste Qui-quadrado ou Exato de Fisher para verificar associação ou comparar proporções entre variáveis categóricas e o teste de Mann-Whitney para variáveis contínuas ou ordenáveis. Na verificação de correlação entre intencionalidade suicida e letalidade médica o Coeficiente de Correlação Linear de Spearman foi utilizado. A análise de Regressão Logística Politômica Multivariada, a Análise de Correspondência e a Análise de Agrupamentos (“Cluster Analysis”) foram utilizadas para identificar as variáveis que poderiam discriminar grupos resultantes da interação entre diversas variáveis.

Os pacientes foram em sua maioria adultos jovens e do sexo masculino (64,5%). A média de idade foi 32,6 anos. Dois terços dos pacientes tinham menos que oito anos de escola cursados com sucesso e metade dos pacientes eram solteiros. Em 82% dos pacientes o método utilizado foi o envenenamento. Oito pacientes faleceram, todos do sexo masculino com média de idade de 27,5 anos.

Três variáveis associaram-se com maior intencionalidade suicida: método mais violentos, presença de sintomas de depressão e hipótese diagnóstica de transtorno afetivo. Duas variáveis se associaram com maior letalidade médica: sexo masculino e ocorrência de uma tentativa de suicídio anterior.

Três subgrupos, excluindo-se os pacientes que faleceram, foram identificados pela análise de agrupamentos. O primeiro subgrupo, com 43 pacientes: a maioria do sexo feminino com média de idade de 32,7 anos; o envenenamento foi o método utilizado; metade dos pacientes apresentou maior letalidade médica e dois terços apresentaram menor intencionalidade suicida. O segundo subgrupo, formado por 53 pacientes: a maioria do sexo masculino com média de idade de 30 anos; o envenenamento foi o único método utilizado; a maioria apresentou maior letalidade médica e maior intencionalidade suicida. O terceiro subgrupo, formado por 17 pacientes: a maioria do sexo masculino com média de idade de 42,7 anos; todos utilizaram método mais violentos; a maioria com maior letalidade médica e maior intencionalidade suicida.

INTRODUÇÃO

Tentativas de suicídio têm-se revelado um expressivo problema de saúde pública. A maioria dos serviços de saúde empenha grandes esforços no atendimento e recuperação dos indivíduos que tentam suicídio, ocorrência que se caracteriza como emergência médica e psiquiátrica freqüente (KAPLAN & SADOCK, 1997; STEVENSON, 1988).

A assistência a casos de tentativa de suicídio, de maneira geral, pode provocar no entrevistador sentimentos de raiva, repulsa, e, muitas vezes, os pacientes são ridicularizados pela equipe assistencial. Quando são atos menos fatais, lida-se com a situação, geralmente, com desprezo agressivo, às vezes chegando a maus tratos. Isso corresponde a uma resposta assustada e agressiva da equipe de saúde ao ato de alguém também assustado e agressivo. Quando aparece uma pessoa que não quer viver ou que aparenta isso, ou ainda, que “brinca” com algo tão sério como a vida e a morte, confundem-se no profissional todas as premissas de sua vocação e atuação. Na situação assim configurada, médicos e pacientes têm objetivos conflitantes (CASSORLA, 1989).

Nos atendimentos destes pacientes, tanto em pronto-socorro como nos casos que necessitam de internação, tenho observado que existem pacientes, uma minoria, que não querem ser salvos, sentem raiva e decepção por terem fracassado. A tentativa frustrada agrava o sentimento de fracasso que já se fazia presente, com a perda da auto-estima. O paciente pode se opor aos esforços da equipe em salvá-lo e dar a entender que tentará de novo.

Porém, na maioria dos casos, os motivos aparentes podem nos induzir ao descaso. São quase sempre “banais”: brigas com companheiro, discussão com os pais, problemas com amigos. Porém, se entendermos as tentativas de suicídio como simples perda ou falência momentânea do controle das emoções, estaremos, com certeza, incorrendo num erro grave ao subdimensionarmos um expressivo problema de saúde pública.

Nas categorias de tentativa de suicídio, muitas diferenças são encontradas na caracterização tanto demográfica como psicossocial. Entretanto, não se pode afirmar a existência de relação entre tipos de comportamento suicida e tipos de pessoas, porque uma mesma pessoa pode se mostrar diferentemente motivada para tentativa de suicídio em duas ou mais ocasiões (ARENSMAN & KORKHOF, 1996).

Poucos estudos focalizam a identificação de subgrupos de tentativa de suicídio baseando-se nas características demográficas e psicossociais. Em muitos destes estudos, a informação tem sido restrita às características de menor ou maior risco. Em outros, consideram-se a letalidade, os arranjos para o ato, a motivação. Em alguns estudos os subgrupos de tentativa de suicídio foram classificados de acordo com o método utilizado (ARENSMAN & KERKHOFF, 1996).

Pesquisas em tentativas de suicídio tornam-se difíceis devido às diferentes categorias que acabam sendo classificadas sob o mesmo termo, como ressaltou

KREITMANN (1977). Este mesmo autor enfatiza a necessidade de dividirmos as tentativas de suicídio em subgrupos homogêneos.

De fato, a principal conclusão obtida em estudo que anteriormente realizamos (RAPELI, 1997), em pacientes que necessitaram de internação por tentativa de suicídio, foi de que este grupo de pacientes não é homogêneo. Foi possível identificar, clinicamente, três subgrupos distintos. O primeiro subgrupo, formado por quatorze pacientes (média de idade de 31 anos, predominando indivíduos do sexo feminino), diferenciou-se dos que foram liberados do pronto-socorro apenas pela maior gravidade clínica dos danos físicos causados pelo ato suicida.

O segundo subgrupo formou-se por cinco pacientes que faleceram em consequência do ato. Eram todos do sexo masculino, média de idade de 23 anos. O terceiro subgrupo, com 29 pacientes (média de idade de 30 anos, predominantemente do sexo masculino) correspondeu a uma situação intermediária entre o subgrupo anterior (primeiro subgrupo) e os indivíduos que cometeram suicídio (segundo subgrupo).

Estes dados revelam importantes características do grupo de pacientes que tentam suicídio. Isto nos motivou a pesquisar mais intensamente algumas características que consideramos determinantes na distinção destes subgrupos. As hipóteses geradas motivou-nos a prosseguir com este projeto. Será que os pacientes com menor letalidade médica desejam (intencionalidade suicida) menos a morte do que os com maior letalidade

médica? Todos os pacientes com maior letalidade médica desejam (intencionalidade suicida), de fato, a morte?

Nestes anos em que estamos metodicamente estudando e prestando assistência às tentativas de suicídio aprendemos que a efetividade da tentativa de suicídio pode estar atrelada não só à letalidade médica mas também à intencionalidade suicida. Se há relação entre estas medidas foi um dos temas deste estudo, que procurou responder às seguintes perguntas: “A intencionalidade suicida correlaciona-se significativamente com a letalidade médica?”; “Há fatores clínicos e sociais que se associam à intencionalidade suicida e à letalidade médica?” “É possível discriminar subgrupos nessa população de indivíduos internados por tentativa de suicídio?”.

A seguir, apresentaremos algumas propostas de definições de tentativa de suicídio. Enfatizaremos a definição utilizada por nós neste trabalho na decisão de inclusão do paciente. Finalizaremos, enfim, este capítulo introdutório, com a conceitualização e problematização da intencionalidade suicida e da letalidade médica, temas centrais deste estudo.

OBJETIVOS

1. GERAL

- Descrever o perfil sociodemográfico e clínico¹ dos pacientes internados por tentativa de suicídio no Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas.

2. ESPECÍFICOS

- Descrever essa população quanto à intencionalidade suicida e à letalidade médica.

- Estudar as variáveis clínicas e sociodemográficas que se associam à intencionalidade suicida e à letalidade médica.

- Relacionar o grau de letalidade médica com o grau de intencionalidade suicida nesses pacientes.

- Verificar, nessa população, a existência de subgrupos de pacientes e caracterizá-los clinicamente.

Hipóteses nulas - 1. Não há correlação entre intencionalidade suicida e letalidade médica.

2. Não há fatores clínicos e sociais que se associam à intencionalidade suicida e letalidade médica.

3. Não é possível discriminar subgrupos de indivíduos internados por tentativa de suicídio.

¹ Entende-se por perfil clínico o resultado que será obtido através de história psiquiátrica, tratamento psiquiátrico/psicológico anterior e atual, exame do estado mental e hipóteses diagnósticas psiquiátricas, além de medidas resultantes de escalas psicométricas (notadamente intencionalidade suicida, ansiedade e depressão). Serão incluídas informações sobre como a tentativa de suicídio ocorreu, método utilizado e motivações para o ato suicida.

Capítulo 1.

TENTATIVAS DE SUICÍDIO: DEFINIÇÕES E RELEVÂNCIA

1. Definições de Tentativa de Suicídio

Dado que a assistência a casos de tentativa de suicídio ocorre com frequência nos atendimentos de saúde, poderíamos supor que definir tentativas de suicídio seria desnecessário, porém, na realidade, não fazê-lo levaria às mais graves confusões.

ÉMILE DURKHEIM, em seu livro *O Suicídio*, de 1897, assim expressa: “Chama-se suicídio todo caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo praticado pela própria vítima, ato que a vítima sabia dever produzir este resultado”. Logo após, afirma que:

“tentativa de suicídio é o ato, assim definido, mas interrompido antes que a morte daí tenha resultado”.

ROTTERSTØL (1993) apresenta algumas propostas de definições de tentativa de suicídio:

“Ato voluntário e consciente que o indivíduo experimenta na condição de autolesão, incerto de sobreviver, mas onde a agressão não conduz à morte”.

“Ato de auto-agressão que ameaça a vida mas sem resultar em morte”.

“Situação na qual a pessoa tem exibido, ou aparente, comportamento de ameaça à vida, o qual não resulta em morte”.

“Ato intencional de auto-agressão com objetivo de causar a morte, mas que não resulta em morte”.

KREITMANN (1977) introduziu o termo “parassuicídio” para se referir ao ato não-fatal, no qual um indivíduo cause deliberadamente auto-lesão, ou ingere substâncias em excesso. A definição de “parassuicídio” não contempla a questão da morte ser desejada como resultado, mas considera a intenção de provocar mudanças no estado emocional ou situação social. “Parassuicídio” tem sido usado em sentido amplo, muitas vezes em lugar de tentativa de suicídio, referindo-se a um ato que pode estar próximo do suicídio. Apesar disto, as denominações ‘auto-envenenamento’ e ‘auto-lesão’ são ainda conservadas em trabalhos de alguns autores (GELDER et al., 1983).

Fica claro que algumas destas definições procuram valorizar a intencionalidade e a consciência do ato e acabam por excluir tentativas de suicídio de indivíduos com perturbações mentais e de crianças que não têm consciência da irreversibilidade da morte.

Com a intenção de evitar discrepâncias operacionais em estudos multicêntricos sobre a epidemiologia das tentativas de suicídio, a Organização Mundial de Saúde, baseada nos códigos da CID X (10^a Classificação Internacional das Doenças), propôs uma definição de tentativa de suicídio:

“Ato com resultados não-fatais no qual um indivíduo intencionalmente inicia um comportamento não habitual, sem a intervenção de outros, causando auto-lesão ou ingerindo intencionalmente excesso de medicamentos (em relação à dosagem prescrita ou aceita como normal), com finalidade de provocar mudanças, em decorrência das conseqüências físicas ocorridas ou esperadas” (WHO, 1992).

Existem, no entanto, tentativas de suicídio que extrapolam a noção de “atos não-fatais”, freqüentemente ligada às tentativas de suicídio. O indivíduo pode apresentar quadro clínico grave, em conseqüência dos danos físicos ocorridos, com alta probabilidade do ato “se tornar” um suicídio. Desta forma é possível estabelecermos uma intersecção entre estes dois fenômenos, artificialmente separados pela natureza do desenlace. Ademais, é preciso considerar que aproximadamente 10% dos que tentam suicídio acabam se matando ao final de dez anos e que em 19-24% dos casos de suicídios há história de tentativa de suicídio progressiva (DIEKSTRA, 1993).

Em alguns textos, agrupam-se suicídio e tentativa de suicídio sob a mesma denominação de “comportamento suicida”. A Organização Mundial de Saúde apresentou a seguinte definição de comportamento suicida:

“Todo ato pelo qual um indivíduo cause lesão a si mesmo, qualquer que seja o grau de intenção letal e do conhecimento do verdadeiro motivo desse ato” (WHO, 1968).

Trabalhando com a noção mais global de comportamento suicida, evitamos as tendências de valorizar, exageradamente, a intencionalidade e a lucidez de consciência durante o ato suicida. Ainda, como comportamento suicida poderia ser considerado o componente autodestrutivo crônico e inconsciente presente em diversas condições como o alcoolismo, a toxicomania, a desobediência a tratamentos médicos para doenças crônicas, como diabetes, hipertensão, cardiopatias, etc.. e determinados estilos de vida, que podem resultar em morte. Há uma seqüência de fatos que podem ocorrer com o indivíduo na caracterização do comportamento suicida: pensamentos suicidas inicialmente, seguidos por ameaças, por gestos, tentativa de suicídio e, finalmente, suicídio.

Um dos principais problemas na caracterização e identificação de comportamentos suicidas é a dificuldade de critérios para diagnóstico. O conhecimento da verdadeira gravidade deste fenômeno é extremamente deficiente. Instituições de saúde que atendem

peessoas que tentaram o suicídio freqüentemente não registram esses casos como tais. As que o fazem mostram grande variação na operacionalização do que vem a ser comportamento suicida (DIEKSTRA, 1993).

BOTEGA (1996) enfatiza a necessidade de se estabelecerem normas na classificação do comportamento suicida e propõe alguns aspectos que devem ser utilizados quando da avaliação clínica do paciente:

1 - Atribuição de natureza suicida

Em certos casos, pode ocorrer de as partes envolvidas (paciente, acompanhante, médico assistente, psiquiatra) não concordarem a respeito de o ocorrido ter sido reflexo de um comportamento suicida. Muitas ocorrências referidas como acidentais (homicídios, acidentes de carro, atropelamento), pelo próprio paciente, familiares ou mesmo pelo profissional médico, podem na realidade ser a expressão de uma motivação suicida.

2 - Grau de intencionalidade suicida

O indivíduo procurava realmente a morte? A maioria das tentativas de suicídio está ligada a sentimentos de sofrimento, angústia, desespero que não refletem, necessariamente, desejo real de morrer. Só é possível conhecermos o grau de intenção suicida do

indivíduo através de anamnese cuidadosa, ou da utilização de instrumentos adequados, como, por exemplo, a escala de intencionalidade suicida de Beck et al. (1974).

3 - A motivação para o comportamento suicida.

A maioria dos indivíduos que tentam suicídio comunica um estado de sofrimento, de angústia. Em outras situações, identificamos um comportamento que objetiva alterar a maneira de pensar das pessoas de seu relacionamento. Ou então, despertar sentimentos de culpa, causar sofrimento em outras pessoas ou mesmo vingar-se. Solidão, perda da auto-estima, desesperança, inutilidade, sentir-se um incômodo para outras pessoas são, também, freqüentemente encontrados em indivíduos com comportamento suicida. Em menor proporção, mas não menos importantes, encontram-se os estados alucinatórios e de delírios.

4 - Fantasias a respeito da morte

É comum a ausência de um desejo real de morte. Na maioria dos casos, observamos a presença de fantasias como reencontrar pessoas já falecidas, libertar-se de situações que causam sofrimento, expressar os sentimentos de raiva e de agressão com intenção de vingança e, muitas vezes, causar sentimentos de culpa.

5 - O grau de letalidade do método utilizado

Esta caracterização é importante na medida que dados epidemiológicos nos mostram que quanto mais letal o método, maior o risco de novas tentativas de suicídio. Este parâmetro não deve desconsiderar o risco para indivíduos que usam métodos menos letais. Sabemos que a maioria das pessoas que tentam o suicídio desconhece o poder letal do método utilizado.

6 - Grau de gravidade das lesões

Muitas tentativas de suicídio necessitam de tratamento médico intensivo devido à gravidade das lesões, como também ao risco de vida que o indivíduo está correndo. A gravidade das lesões pode ser somente uma fatalidade, mas pode também estar relacionada ao grau de intencionalidade suicida.

Neste trabalho, adotaremos a definição de tentativa de suicídio publicada pela Organização Mundial de Saúde em 1992, citada anteriormente. No entanto, conscientes das dificuldades de se estabelecerem limites, também utilizaremos na avaliação clínica dos pacientes os aspectos propostos por BOTEGA (1996).

2. Extensão do problema.

“A redução nos índices de tentativa de suicídio encontra-se entre os objetivos estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde no documento ‘Saúde para todos no ano 2000’” (WHO, 1992).

Um estudo realizado em 1976 em sete países que constituíam a Comunidade Econômica Européia, naquela época com 200 milhões de habitantes, identificou a ocorrência de, aproximadamente, 430 000 episódios de tentativas de suicídio, representando uma média de 215/100 000 habitantes em pessoas acima de 15 anos (DIEKSTRA, 1993).

Um outro estudo multicêntrico, realizado pela Organização Mundial de Saúde em quinze centros de 10 países da Europa (Finlândia, França, Hungria, Itália, Holanda, Noruega, Espanha, Suécia, Alemanha e Dinamarca), indicou que os coeficientes de tentativas de suicídio variam consideravelmente. O maior coeficiente, 414/100 000 habitantes, para o sexo masculino, está na Finlândia² (Helsinki), e a menor, na Holanda³ (Leidin), 61/100 000 habitantes. Para mulheres, a maior taxa foi na França (Pontoise) com

² A Finlândia está entre os países que possuem os maiores coeficientes de mortalidade por suicídio (27,5/100 000 habitantes), conjuntamente com Hungria (35,9/100 000 habitantes), Dinamarca (22,4/100 000 habitantes) e Áustria (21,3/100 000 habitantes). Na Ásia, Japão e Sri Lanka são os países com maior coeficiente de mortalidade por suicídio, sendo que Sri Lanka apresenta coeficientes muitos altos, tanto para jovens, 62,3/100 000 habitantes, como para idosos, 73,7/100 000 habitantes (Diekstra & Gulbinat, 1993).

595/100 000 habitantes e a menor, 95/100 000 habitantes na Espanha, em Guipúzcoa (PLATT et al., 1992).

Este estudo revelou, ainda, que tanto para os valores absolutos, como para os coeficientes, a faixa etária de ocorrência de tentativas de suicídio situa-se entre 15 e 44 anos, sendo que a maioria ocorre em menores de 30 anos.

Ambos os estudos mostraram que a faixa etária para tentativas de suicídio situa-se na primeira metade do ciclo de vida, isto é, entre 15 e 44 anos de idade (DIEKSTRA, 1993).

No Brasil⁴ (a figura 1 apresenta, de forma ilustrativa, taxas de suicídio ao redor do mundo e a figura 2 taxas de suicídio para o Brasil no ano de 1992, WHO, 2000), embora não haja dados oficiais sobre tentativas de suicídio, acredita-se que elas devam atingir taxas de 10 a 30 vezes superiores às taxas de suicídio divulgadas. Nota-se também um aumento considerável nas últimas décadas, e principalmente nas idades mais jovens. CASSORLA (1984) realizou um estudo através de visitas domiciliares, registro de pronto-socorro e dados da polícia, na cidade de Campinas - SP, estimando uma taxa de 150 tentativas de suicídio por 100 000 habitantes, em 1982. Destas, 75% deram-se em menores de 27 anos.

³ Portugal, Espanha, Itália e Holanda, são os países da Europa com a menor taxa de mortalidade por suicídio, menos de 10/100 000 habitantes (Diekstra, 1993).

Um levantamento realizado no Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas, mostrou que, dos 921 casos de intoxicações internados no período de 1971 a 1992 na enfermaria de emergência, 559 (79%) foram por tentativas de suicídio (VIEIRA, 1994).

Aproximadamente 40 novos casos de tentativas de suicídio são atendidos por mês no pronto-socorro do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (BOTEGA et al., 1995).

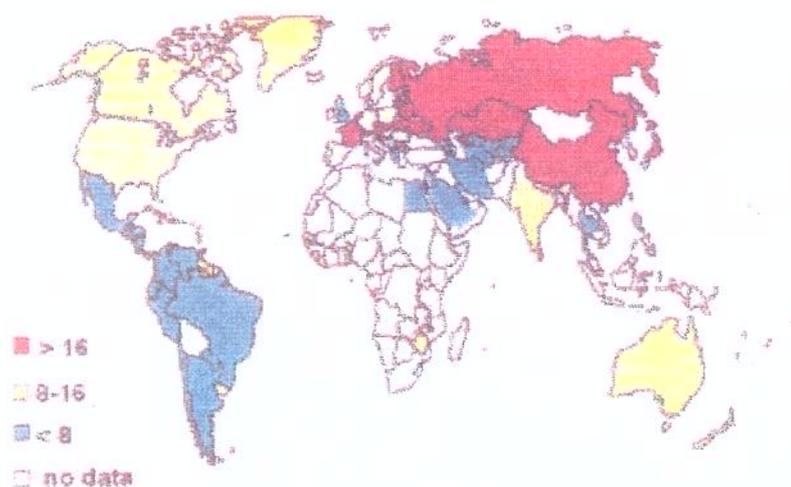
Um outro estudo por nós realizado no Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas revelou que 14% dos pacientes atendidos por tentativa de suicídio no pronto-socorro necessitam de internação clínica ou cirúrgica (RAPELI, 1997). Este estudo revelou, entre pacientes internados após tentativa de suicídio, uma predominância do sexo masculino (66%). A amostra como um todo revelou uma média de idade de 29 anos. Se considerarmos somente casos que faleceram (9%), a média de idade é ainda menor, 23 anos.

Estudos de seguimentos mostram que de 10 a 14% das pessoas que tentam suicídio acabam morrendo por suicídio, representando um risco 100 vezes maior do que na população geral (BRENT & KOLKO, 1990). O risco de novas tentativas de suicídio no

⁴ Coeficiente oficial de mortalidade/suicídio é de 5/100 000 habitantes (MS/FNS – Sistema de Informação óbitos, 1991)

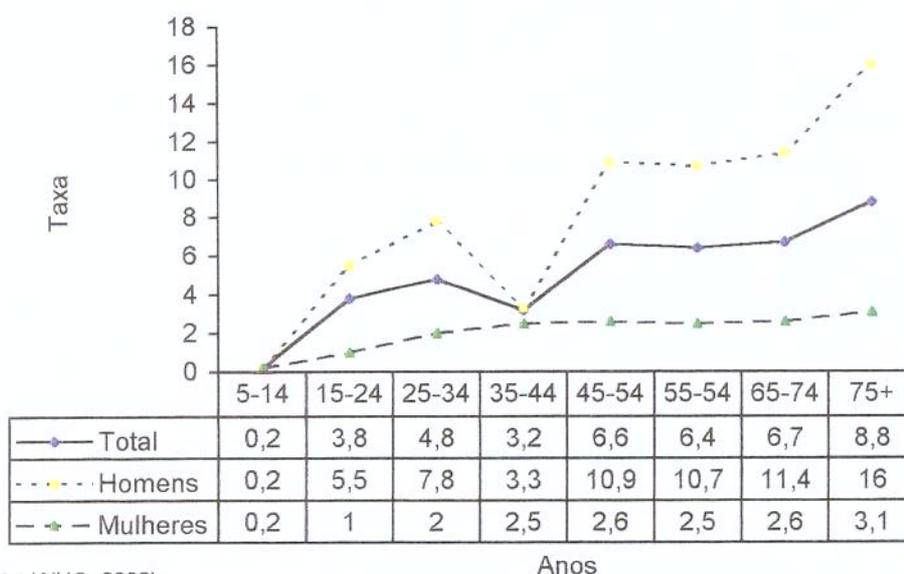
ano seguinte à última tentativa é de 15 a 25%. Se considerarmos um tempo ainda mais longo, observamos que, dos que tentam suicídio, 10% conseguem se matar (MORGAN et al., 1990).

Figura 1 – Mapa das taxas de suicídio no mundo por 100 000 habitantes.



Fonte: WHO, 2000b

Figura 2 – Taxas de suicídio no Brasil, no ano de 1992, por sexo e idade (por 100 000 habitantes).



Fonte: WHO, 2000b

3. Intencionalidade Suicida.

“A intenção é algo de demasiado íntimo para poder ser atingida do exterior, a não ser por aproximações grosseiras. Até da observação interior ela se oculta. Quantas vezes nos enganamos sobre as verdadeiras razões que nos levam a agir! Quantas vezes explicamos por paixões generosas ou por considerações elevadas atos que nos foram inspirados por sentimentos mesquinhos ou por uma rotina cega!” (DURKHEIM, 1982)

Intencionalidade suicida é definida pela seriedade ou intensidade do desejo do paciente de terminar com sua vida. É um componente importante na avaliação do risco de suicídio. Inclui um conglomerado de fatores como, acesso a métodos letais, conhecimento na utilização desse método, ausência de pessoas próximas que pudessem intervir antes ou após o ato suicida. Logo, intencionalidade suicida é um aspecto do comportamento do indivíduo que pode ser relatado por ele mesmo ou inferido por outros.

O grau de intencionalidade suicida do indivíduo está compreendido entre o desejo de morrer e o desejo de viver; uma oscilação entre estes extremos pode caracterizar uma “tentativa de suicídio ambivalente” (BECK et al.,1974).

Muitos pacientes são ambivalentes, incertos, quanto a quererem morrer ou viver: “querem as duas coisas ao mesmo tempo. Comumente, uma mais, ou muito mais, que a outra” (STENGEL, 1970).

A conceitualização de intencionalidade apoia-se em pelo menos dois importantes elementos: primeiro, a oscilação entre a intensidade do desejo de morrer oposto ao desejo de proteger a vida; segundo, a subjetiva probabilidade estimada pelo paciente que seu plano suicida ou desejo resultaria em morte (BECK et al., 1974).

Medir o grau de intencionalidade suicida tem-se mostrado extremamente útil em pesquisas e na prática clínica. Pode ser usado para descrever grupos de tentativas de suicídio e possibilita associação da intencionalidade suicida com outras características do indivíduo (idade, sexo, história psiquiátrica, transtornos psiquiátricos, etc.) com danos físicos e método utilizado. Pela riqueza de informações adicionais, a intencionalidade suicida deveria sempre ser incorporada na avaliação de tentativas de suicídio (HAWTON, 1989).

Intencionalidade suicida não deve ser determinada por alguns fatores ou por pequenos grupos de fatores apenas, mas sim, por uma variedade de elementos. BECK et al. (1974) desenvolveu uma escala de medida da intencionalidade suicida que inclui itens relevantes ao ato suicida. As circunstâncias ao redor do ato, como: evidências de preme-

ditação; mudanças de atitudes de comportamento (comportamento misterioso), como: fazer preparação para o ato suicida. Se intervenção no momento do ato, ou imediatamente após, era possível; pediu ajuda a outros após o ato; houve comunicação pelo paciente durante ou após o ato suicida. Este último inclui, notas de suicídio, expressão do desejo de matar a si mesmo e interesse por métodos suicida.

Outro bloco de informações, mais subjetivas, refere-se à certeza de que a morte resultaria do ato. O conhecimento da letalidade do método, ou quanto o paciente acredita ser letal, além do grau de consciência da gravidade e impulsividade da tentativa de suicídio.

A validação da Escala de Intencionalidade Suicida de Beck foi baseada na comparação das pontuações de 194 suicídios e 231 tentativas de suicídio obtidas da primeira seção da escala. Para os 194 suicídios a pontuação média foi de 7,68 e para as 231 tentativas de suicídio a pontuação média foi de 5,73 (BECK et al, 1974).

Os autores concluíram que, se no momento do ato suicida, a intervenção for provavelmente certa, o ato tiver sido feito na presença de outras pessoas ou, outras pessoas terem sido notificadas após a tentativa de suicídio, o indivíduo tem uma intencionalidade suicida menos séria (ou mais ambivalente) do que o indivíduo que dificulta a chance de

intervenção. Se não pediu ajuda e preparou mais em detalhes seu plano suicida, este indivíduo tinha uma intencionalidade suicida mais séria, concluiu os autores.

BECK et al. (1974) relatam que fatores relevantes da efetividade da tentativa de suicídio foram excluídos da intencionalidade para não serem confundidos com letalidade. Os autores concluem que a efetividade do ato suicida é refletida também pelo grau de letalidade médica, que, em termos de pesquisa, deve ser medido independentemente da intencionalidade suicida.

4. Letalidade Médica.

A medida do grau de letalidade médica em associação com outros parâmetros clínicos, como o grau de intencionalidade suicida, permite uma melhor compreensão do real desejo de morrer ou viver do indivíduo.

Na avaliação do comportamento suicida o grau de letalidade médica é um item freqüentemente avaliado (BOTEGA, 1996).

HAWTON (1989) sugere que para medirmos a efetividade da tentativa de suicídio (gravidade da tentativa de suicídio) duas escalas de avaliação devem ser usadas: aquela que examina a intensidade do desejo de morrer (intencionalidade suicida) e aquela mais

restrita aos danos físicos ocorridos em consequência da tentativa de suicídio (letalidade médica).

Uma destas escalas foi descrita por KESSEL (1966) na avaliação de intoxicações por auto-envenenamento. Ele classificou as intoxicações estimando as consequências do ato se os indivíduos não tivessem recebido tratamento médico: 1) certamente sobreviveria; 2) morte pouco provável; 3) morte provável mas não certa; 4) morte certa. Uma escala derivada de KESSEL e utilizada por PIERCE (1977) na avaliação das intoxicações por auto-envenenamento considerou somente três categorias baseada na mesma prerrogativa de Kessel (na evolução do paciente se o mesmo não recebesse tratamento médico): sim, morrerá.; morte improvável; não morrerá

Concordamos com HAWTON (1989) que tanto as escalas de Kessel quanto Pierce são de pouca utilidade clínica mas podem ser úteis em pesquisas quando se pretende comparar características clínicas da tentativa de suicídio com letalidade médica do ato suicida.

ROSEN (1976) realizou um estudo de seguimento com 886 pacientes admitidos por tentativa de suicídio na Edimburgh Royal Infirmary do Centro Regional de Tratamento por Envenenamento, Escócia, no ano de 1968. Este Centro recebe mais de 95% de todos os pacientes adultos vítimas de auto-envenenamento. Os dados destes pacientes

são rotineiramente acumulados e processados por um médico clínico e um psiquiatra do Centro. Estes pacientes foram acompanhados por cinco anos.

O autor considerou a tentativa de suicídio medicamente grave se um ou mais dos seguintes critérios estivessem presentes na admissão: 1) grau de consciência (níveis 3 ou 4); 2) nível de salicilato sérico (>50mg/100 ml); 3) nível de monóxido de carbono no sangue (>30% de carboxihemoglobina). Os 39 pacientes envolvidos em auto-lesão intencional, como cortar os pulsos ou usar arma de fogo, foram considerados medicamente graves somente se suas condições exigiram um tratamento específico como: necessidade de transfusão de sangue ou cirurgia para reparar a lesão.

A tentativa de suicídio foi considerada psiquiatricamente grave se o indivíduo havia tomado alguma precaução quanto à descoberta do ato. A combinação desses critérios de avaliação deu origem ao grupo, denominado pelo autor, graves tentativas de suicídio. Este grupo contém três subgrupos: 1) médica e psiquiatricamente grave; 2) medicamente grave mas psiquiatricamente não grave; 3) psiquiatricamente grave mas medicamente não grave .

O objetivo do autor neste estudo foi testar a hipótese de que pessoas que perpetraram tentativas de suicídio, médica e psiquiatricamente mais graves, representam um grupo de maior risco para subsequente suicídio. Do total de 886 pacientes, 21% (186)

formaram o grupo de grave tentativa de suicídio. Durante o período de seguimento, o grupo de grave tentativa de suicídio teve uma taxa de suicídio 2,1 vezes maior do que o grupo de tentativa de suicídio não grave.

Neste estudo o autor conclui que estatisticamente o grupo de tentativas de suicídio grave, especificamente no subgrupo dos medicamento grave, revelaram uma maior taxa de suicídio ao longo de cinco anos de seguimento. O autor alerta, no entanto, para o fato de que tentativas de suicídio não grave ou menos grave não devem ser ignoradas.

Ainda que seja de grande contribuição para a literatura este estudo de Rosen, observamos que na avaliação da letalidade médica o autor restringiu-se a poucos parâmetros. Várias substâncias podem ser utilizadas nos auto-envenenamentos. Na análise do trabalho não é possível sabermos quais tipos de envenenamento ocorreram. BOTEGA et al. (1995) realizou um estudo no Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas com pacientes atendidos por tentativa de suicídio no pronto-socorro e encontrou que, entre os envenenamentos, aqueles que utilizaram medicamentos, geralmente, apresentam menor letalidade médica do que os pacientes com envenenamento por inseticidas.

Outro aspecto crítico no trabalho de Rosen é que na classificação de psiquiatricamente grave, talvez até por dificuldades metodológicas, já que o trabalho foi retrospecti-

vo, o autor usou apenas um dos fatores na medida da intencionalidade suicida, contrariando o conjunto descrito por BECK et al. (1974). Estes autores alertam para o fato de que na avaliação da intencionalidade suicida vários elementos devem ser considerados. Esses elementos compõem a Escala de Intencionalidade Suicida de Beck que foi por nós apresentada no item 3 deste trabalho.

BECK et al. (1975), conscientes de que alguns autores na classificação de graves tentativas de suicídio confundem o grau de intencionalidade suicida com as conseqüências médicas do ato suicida, desenvolveram um estudo no Hospital Geral da Philadelphia e no Hospital da Universidade da Pennsylvania. Os autores estudaram 227 pacientes admitidos por tentativa de suicídio no período de dois anos.

Os dados foram obtidos por uma entrevista psiquiátrica e experiência clínica de um dos autores do estudo. Este avaliou o paciente, sua intencionalidade suicida e a letalidade médica do ato. A intencionalidade suicida foi medida pela Escala de Intencionalidade Suicida de Beck (BECK et al.,1974), completada antes e independente dos dados da letalidade médica.

A letalidade médica foi medida por uma escala de 0 a 10. Os dados foram baseados no exame das condições físicas do paciente na admissão clínica, cirúrgica ou psiquiátrica. Um médico clínico foi consultado na interpretação dos dados clínicos do pacien-

te. A preconcepção do paciente em relação à letalidade médica de seu ato foi obtida comparando-se a expectativa de letalidade durante o ato suicida (item 11 da Escala de Intencionalidade Suicida de Beck) com a real letalidade observada.

Neste estudo de BECK et al. (1975), a escala utilizada na avaliação clínica (letalidade médica) consistiu em uma nota atribuída pelo pesquisador após uma consulta a um médico clínico. Não ficou claro para nós quais parâmetros foram utilizados nesta avaliação e, entre eles, o grau de subjetividade, já que a pontuação foi obtida a partir da experiência de um dos pesquisadores do trabalho. Os autores não revelaram quais foram os métodos utilizados pelos indivíduos em suas tentativas de suicídio. DIEKSTRA & GULBINAT (1993) relatam que quanto mais violento o método utilizado pelo indivíduo maior será o risco de vida.

POWER et al.(1985) realizaram um estudo com oitenta casos de tentativas de suicídio admitidos em um hospital geral. Durante um período de aproximadamente seis semanas, todos os pacientes admitidos por tentativa de suicídio foram entrevistados. O objetivo deste estudo foi examinar a relação entre estresses de vida, idade, distúrbios psiquiátricos não psicóticos com intencionalidade suicida e letalidade médica.

Os estresses de vida foram avaliados através de uma entrevista baseada numa lista de eventos de vida proposta por PAYKEL et al (1976). O grau de intencionalidade suicida foi medido pela escala de intencionalidade suicida de Beck (BECK et al, 1974).

Na avaliação do grau de letalidade médica considerou-se apenas o tempo de permanência na sala de emergência do hospital. Dois grupos foram formados: 1) com 57 pacientes, permaneceram, pelas condições físicas, apenas em observação, sendo considerados, portanto, de menor letalidade médica; 2) com 23 pacientes, necessitaram de outros procedimentos médicos e/ou cuidados intensivos pelas condições físicas. Estes foram considerados de maior letalidade médica.

Neste estudo o autor utilizou apenas o parâmetro da internação com a necessidade ou não de procedimentos médicos na avaliação da letalidade médica. Não leva em conta que os critérios de internação podem variar significativamente entre os profissionais. Também não está claro o que foi considerado pelo autor como cuidados intensivos.

ELLIOTT et al. (1996) realizaram um estudo no Centro Médico de Harborview em Seattle, Washington. O propósito deste estudo foi comparar dois subgrupos de indivíduos que tentaram suicídio. O período considerado foi do mês de maio a dezembro de 1994. Sessenta e cinco pacientes formaram o grupo que necessitou de internação, considerado, pelos autores, como o grupo de tentativa de suicídio medicamente grave. Trinta

e dois pacientes formaram o grupo que não necessitou de internação, considerado pelos autores como grupo de tentativa de suicídio medicamente não grave. Este grupo foi avaliado, ainda na sala de emergência, por um residente de psiquiatria.

Na condição de tentativa de suicídio medicamente grave considerou-se a letalidade médica. O grau de letalidade médica foi obtido pela Risk-Rescue Rating Scale. Esta escala avalia a letalidade médica da tentativa de suicídio e se correlaciona bem com o nível de tratamento recomendado (WEISSMAN et al., 1972). Cinco fatores de risco são operacionalmente definidos: 1. Agente usado; 2. Nível de consciência; 3. Lesão e toxicidade; 4. Reversibilidade; 5. Tratamento requerido.

O exame dos estudos apresentados revelou diversidade metodológica na definição e avaliação de letalidade médica. Em termos de letalidade médica muitos caminhos podem ser utilizados (ELLIOTT et al., 1996). Em nosso estudo foi considerada como tentativas de suicídio com algum grau de letalidade médica a situação onde houve necessidade de hospitalização com suporte médico ou cirúrgico para evitar progressão do ato suicida para seqüelas permanentes ou morte.

Em estudo anteriormente realizado por nós, procuramos uma melhor compreensão do modo de avaliação da letalidade médica. Esta avaliação resultou numa pontuação final que determinou o grau de risco de vida do paciente em consequência dos danos fisi-

cos ocorridos (letalidade médica) do ato suicida (RAPELI, 1997). O método de avaliação utilizado neste trabalho será apresentado a seguir:

Neste estudo avaliamos 53 casos de tentativas de suicídio que necessitaram de internação em uma das enfermarias do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas. Procuramos avaliar a letalidade médica e determinar o risco de vida do paciente a partir de quatro modelos de avaliação: 1) APACHE II; 2) Escala de Coma de Glasgow; 3) Escala de Gravidade para Envenenamentos por inseticidas organofosforado e carbamato; 4) Avaliação do Risco de Vida.

O APACHE II (Acute, Physiology, Age, Chronic Health Evaluation) foi desenvolvido por KNAUS (1985) para estimar o risco de mortalidade em adultos hospitalizados em unidades de terapia intensiva. Na avaliação de casos de tentativas de suicídio internados no Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas, sua aplicação revelou-se problemática (RAPELI, 1997). A escala utiliza parâmetros complexos, como concentração inspirada de oxigênio (FIO₂), pressão de dióxido de carbono (pCO₂) e PH. Estes exames laboratoriais são, muitas vezes, clinicamente desnecessários para pacientes com tentativas de suicídio. A ausência desses dados no prontuário dos pacientes impossibilitou a obtenção do índice necessário para interpretação do risco de vida.

Em apenas 57% dos casos foi possível aplicar o APACHE II. Desses, 70% apresentaram risco de vida menor que 1%, valor este muito discrepante da evolução clínica do paciente ao longo da internação. Por revelar-se inadequada na avaliação do risco de vida de pacientes vítimas de tentativa de suicídio, esta escala deixou de ser por nós utilizada na continuidade do estudo.

A Escala de Coma de Glasgow, descrita por TEASDALE e JUNNETT (1974), consiste na análise de três parâmetros (abertura ocular, reação motora e resposta verbal). A avaliação do nível de consciência é obtida por vários itens, desde atividade espontânea e estímulos verbais até estímulos dolorosos. Esta escala, sempre presente no prontuário do paciente, possibilitou a obtenção de seu valor em todos os 53 casos. A análise dos valores obtidos revelou que em dois terços das internações por tentativa de suicídio ocorridas no Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas não houve alteração do nível de consciência (RAPELI, 1997). Isoladamente, entretanto, esta escala não foi capaz de traduzir a letalidade médica para a maioria dos casos. Deve sempre estar associada a outros parâmetros evitando-se uma equivocada interpretação do risco de vida.

Escala de Gravidade dos Envenenamentos por Inseticidas organofosforado e carbamato. Especificamente para este tipo de envenenamento foi proposta por VIEIRA (1994) a partir de experiência adquirida no Hospital das Clínicas da Universidade Esta-

dual de Campinas. Estima a gravidade clínica do envenenamento a partir dos sinais e sintomas clínicos provenientes do envenenamento. Acrescenta-se a este parâmetro a dosagem sérica da atividade da enzima acetil colinesterase. A combinação desses dois parâmetros possibilita a classificação do paciente em quatro níveis de intoxicação: latente, leve, moderada e grave. Dos 53 casos de tentativa de suicídio avaliados neste estudo, em 32% foi possível utilizar esta escala. Desses, 88% apresentaram-se com níveis de intoxicação entre moderado e grave.

A Escala de Avaliação do Risco de Vida fornece cinco opções de graus de gravidade. Vem sendo aplicada pelo autor da pesquisa, que escolhe uma alternativa de resposta utilizando como parâmetros procedimentos efetuados com o paciente durante seu período de internação. Estes parâmetros são: entubação, sonda naso-gástrica, lavagem gástrica, dreno de tórax, dias de permanência no respirador, necessidade de traqueostomia, além de parâmetros clínicos que revelam a evolução do paciente dia-a-dia.

Essas informações são coletadas pelo autor da pesquisa que atribui ao paciente uma pontuação. No estudo anteriormente realizado por nós, dos 53 casos de tentativas de suicídio internados no Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas, em 48 (91%) casos foi possível aplicarmos esta escala. Desses, 29% dos pacientes apresentaram risco de vida grave e destes, 36% faleceram (RAPELI, 1997).

Com exceção do APACHE II os outros três instrumentos revelaram-se muito importantes na interpretação do risco de vida dos pacientes vítimas de tentativa de suicídio. A Escala de Avaliação do Risco de Vida revelou-se útil na avaliação da letalidade médica permitindo classificar o risco de vida em cinco categorias: nenhum risco, risco leve, risco moderado, risco moderadamente grave e risco grave.

Um dos objetivos deste nosso estudo foi a verificação da presença de correlação entre intencionalidade suicida e letalidade médica das tentativas de suicídio, tema central, também, dos estudos citados anteriormente.

BECK et al. (1975) em seu estudo tiveram por objetivo demonstrar que a intencionalidade suicida é um importante determinante da letalidade médica. Concluíram, entretanto, que a gravidade dos danos físicos (letalidade médica) apresenta maior correlação com intencionalidade suicida somente naqueles indivíduos com consciência prévia do potencial de letalidade de sua tentativa de suicídio.

WEISSMAN (1975) discute a importância de considerarmos isoladamente os danos físicos ocorridos em consequência do ato suicida (letalidade médica) e intencionalidade suicida, visto que, principalmente em casos de envenenamentos, existe muito menos correlação entre eles.

PIERCE (1977) demonstrou que a pontuação do risco de vida pela letalidade médica do ato suicida se correlaciona com a pontuação da escala de intencionalidade suicida. Neste trabalho o autor conclui que esta correlação é maior em idosos do sexo masculino.

POWER et al. (1985) sugere que a gravidade dos danos físicos em consequência do ato suicida (letalidade médica) e intencionalidade suicida estão mais intimamente relacionados. O autor acabou por concluir, a partir dos resultados obtidos, que estatisticamente os grupos de menor e maior letalidade médica diferem significativamente quanto ao grau de intencionalidade suicida.

ELLIOTT et al. (1996) citaram que a letalidade médica da tentativa de suicídio, que pode ser medida por vários caminhos, tem sido associada com maior intencionalidade suicida. Entretanto, em seu estudo, os autores não conseguiram sustentar esta afirmação. Os autores concluíram que o grupo considerado medicamente grave revelou um maior risco para o suicídio e uma tendência a maior intencionalidade suicida.

Em trabalho anterior, realizado por nós, onde foram avaliados 53 casos de tentativas de suicídio que necessitaram de internação em consequência dos danos físicos ocorridos pelo ato suicida, observamos, clinicamente, que em um subgrupo desta amostra

(29 pacientes) os indivíduos apresentaram maior intencionalidade suicida e maior letalidade médica (RAPELI, 1997).

Capítulo 2.

MÉTODO

1 - Local e Sujeitos

Este estudo foi realizado no Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas - HC-UNICAMP, uma instituição de 403 leitos, localizada em Campinas - SP, numa região metropolitana de 2,5 milhões de habitantes⁵.

Os sujeitos participantes deste estudo foram aqueles atendidos por tentativa de suicídio no pronto-socorro do hospital e que aí permaneceram por mais de 24 horas ou que necessitaram de internação em uma das enfermarias do hospital.

2 - Cálculo do tamanho da amostra

Estimou-se que, em média, 4 casos de tentativa de suicídio por mês necessitariam de internação (BOTEGA et al., 1995).

Para o cálculo do tamanho da amostra foi utilizada a fórmula sugerida por BROWNER et al. (1988) atrelada ao coeficiente de correlação com $\alpha = 0,05$ e um $\beta = 0,05$ com coeficiente mínimo de correlação esperado de 0,35. Obteve-se, assim, que deveriam ser avaliados 100 pacientes.

⁵ A fim de ilustrar o volume de atendimentos deste hospital, informamos que de janeiro a dezembro de 2000 foram realizadas 204 910 consultas ambulatoriais. Destes, 13 090 foram realizadas pela psiquiatria. Os atendimentos no pronto-socorro geral foram 87 306. Neste mesmo ano foram internados 14 476 pacientes. Destes, 188 foram internados na enfermaria de psiquiatria.

Formula:

$$N = [(Z\alpha + Z\beta) \div C]^2 + 3$$

↓

$$C = 0.5 \times \ln [(1+r)/(1-r)]$$

N = valor do tamanho da amostra

Z = abscissa da curva normal padrão

α = erro tipo 1

β = erro tipo 2

$$C = 0.5 \times \ln [(1+r)/(1-r)]$$

ln = logaritmo neperiano

r = coeficiente de correlação esperado

Cálculo numérico:

$$N = [(1.96 + 1.645) \div C]^2 + 3$$

↓

$$C = 0.5 \times \ln[(1+0,35)/(1-0,35)] \rightarrow C=0.5 \times 0.73 \rightarrow$$

$$C=0.365.$$

Logo, N = 100 pacientes

3 - Instrumento de Pesquisa

Com a determinação de orientar a anamnese, bem como quantificar algumas variáveis psicométricas, elaborou-se o “Questionário de Tentativa de Suicídio” (QTS, anexo 1). Este instrumento foi baseado na “European Parasuicide Standardized Interview Schedule” - EPSIS (SCHMIDTKE, A. & WHO/Euro Multicentre Study on Parasuicide, 1989), bem como no impresso da Enfermaria de Psiquiatria do HC - UNICAMP e em revisão de literatura. O QTS estende-se por 18 páginas, necessitando de 1 a 2 horas para ser completado pelo psiquiatra que entrevista o paciente.

O QTS contém dezesseis seções, a saber:

I - Identificação. Solicita informações sociodemográficas, incluindo além de dados pessoais, informações sobre migração, constituição familiar e referências para futuros contatos.

II - Caracterização da Tentativa de Suicídio. Traz a descrição do método utilizado na tentativa de suicídio, circunstâncias do ato, como também lista com 24 possibilidades de envenenamentos e lesões auto-infligidas da 10^a Classificação Internacional de Doenças (OMS, 1992).

III - Escala de Intencionalidade Suicida. Este instrumento possibilita uma avaliação quantitativa da intenção que o paciente tinha de morrer. Foi desenvolvido por BECK et al. (1974). A escala é dividida em duas seções e contém 15 ítems. Cada item consiste de três alternativas graduadas em intensidade de 0 a 2. A pontuação total tem uma variação de 0 a 30 pontos. A primeira seção (ítems de 1 a 9) relata circunstâncias da tentativa de suicídio. Como exemplo:

“Havia alguma pessoa no local ou próxima que pudesse socorrer”?

0 – havia alguém no local.

1 – havia alguém próximo ou acessível (ex. vizinho, telefone, etc..).

2 – ninguém próximo ou em contato.

Estas informações exploram as condições objetivas (exceto item 9) da tentativa de suicídio e podem ser respondidas por familiares, quando o paciente está impossibilitado de respondê-las ou faleceu em consequência do ato.

A segunda seção (ítems de 10 a 15) deve ser respondida exclusivamente pelo paciente e recorda retrospectivamente os pensamentos e sentimentos do paciente no momento da tentativa de suicídio. Como exemplo:

“Você já vinha pensando em fazer o que fez? Há quanto tempo? Ou foi algo impulsivo, que você não tinha planejado?”

0 – nenhum tempo, impulsivo.

1 – ato planejado por pelo menos três horas antes da tentativa.

2 – ato planejado por mais de três horas.

IV - Motivação para Tentativa de Suicídio. Aqui registram-se as palavras do entrevistado.

V - Dificuldades Psicossociais. As questões dessa seção foram baseadas no Questionário de Problemas Sociais – QTS (“Social Problem Questionnaire”), com 13 itens, originalmente de auto-preenchimento, desenvolvido por CORNEY (1988). Ítems sobre níveis de satisfação em relação às condições de moradia, níveis de satisfação em relação ao emprego, níveis de dificuldades na vida sexual, são alguns exemplos desta seção. Foi traduzido para o português e utilizado em nosso meio, em estudo com pacientes urológicos (D’ANCONA et al., 1996).

Este e outros instrumentos de auto-preenchimento foram lidos pelo entrevistador para todos os participantes, a fim de contornar problemas de analfabetismo e baixa escolaridade.

VI - Doenças Físicas e VII - Doenças Mentais. Estas seções exploram a presença de doenças ou incapacitações que poderiam ter influenciado a decisão do indivíduo em tentar o suicídio. Na seção doença mental verificamos se o paciente já esteve sob acompanhamento psicológico e psiquiátrico, bem como o uso de psicotrópicos nos últimos 30 dias. Questões sobre o uso e abuso de álcool e drogas também foram incluídos.

VIII - Outras tentativas de suicídio. Nesta seção investigamos a ocorrência de tentativas anteriores, procurando caracterizar o tempo decorrido entre a última e a atual, espécie de tratamento recebido na ocasião das tentativas e a presença de suicídio ou tentativa de suicídio de pessoas próximas (parentes, amigo, namorado, etc.).

IX - Rede de Apoio Social. As atividades sociais do indivíduo no último mês e as pessoas de seu relacionamento que servem como apoio são registrados nesta seção. A crença religiosa e a intensidade da prática são também registrados.

X - Escala Breve de Sintomas Psiquiátricos (“Brief Psychiatric Rating Scale - BPRS, forma expandida). É um exame padronizado do estado mental. Contém 25 itens divididos em observação e exploração dos sintomas (OVERAL et al., 1962).

XI – Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão - HAD (“Hospital Anxiety and Depression Scale – HAD”), contém 14 questões de tipo múltipla escolha. Compõe-se

de duas sub-escalas, para ansiedade e depressão. Foi desenvolvida para ser aplicada a “pacientes de serviços não-psiquiátricos de um hospital geral” (ZIGMOND & SNAITH, 1983). Em nosso meio foi validada entre pacientes internados em uma enfermaria de clínica médica (BOTEGA et al., 1995). Uma pontuação de nove ou mais, tanto na sub-escala de ansiedade quanto na de depressão, são sugestivas de transtorno de ansiedade e de depressão, respectivamente.

XII - Sobre a família. Nesta seção é realizada uma investigação sobre a relação do indivíduo com os pais. Incluem-se itens sobre criação, separação dos pais, história de suicídio na família e história de doença mental. É construído também um herodograma da família nuclear.

XIII - Escala de Avaliação Global - GAS (“Global Assessment Scale - GAS”). A pontuação (de 0 a 100) caracteriza o funcionamento psicossocial da pessoa. A resposta deve ser preenchida pelo entrevistador, que observa o nível de funcionamento psicossocial do paciente, variando de “ótimo funcionamento” à “necessidade constante de supervisão por diversos dias” (ENDICOTT et al., 1976).

XIV - Avaliação do diagnóstico. A avaliação do diagnóstico psiquiátrico das vítimas de tentativa de suicídio está de acordo com os critérios da 10^a. Classificação Internacional de Doenças - CID 10 (OMS, 1992). As hipóteses diagnósticas foram feitas a partir da

impressão clínica do médico psiquiatra, autor deste projeto; não se utilizou para tanto, um instrumento de avaliação padronizado.

XV – Tratamento. Esta seção do questionário registra, de forma padronizada, o planejamento terapêutico e as modalidades do tratamento adotado. Todos os pacientes foram encaminhados para algum tipo de serviço: ambulatório psiquiátrico do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas, centro de saúde de Campinas, internação psiquiátrica, Centro de Apoio Psicossocial - CAPS, Hospital Dia, Núcleo de Oficina de Trabalho, serviço ambulatorial de outra cidade ou consultório particular.

XVI – Gravidade Clínica (Letalidade Médica). Escala de Coma de Glasgow (TEASDALE & JENNETT, 1974) consiste na análise de três parâmetros (abertura ocular, reação motora e resposta verbal), obtidos por vários estímulos, desde a atividade espontânea e estímulos verbais, até estímulos dolorosos. O uso desta escala é simples e de fácil aplicação (RABELLO, 1991).

Avaliação do Risco de Vida. Com uma pontuação de 0 a 5, situada entre nenhum risco e risco grave, esta avaliação utiliza como parâmetros procedimentos efetuados com o paciente durante sua permanência no hospital, como por exemplo, entubação, sonda naso-gástrica, lavagem gástrica, dreno de tórax, dias de permanência em ventilador mecâ-

nico e traqueostomia, suporte hemodinâmico com drogas venosas e dias de internação, bem como a impressão clínica do pesquisador.

Escala de gravidade do envenenamento por inseticidas. Estima-se a gravidade para intoxicação por inseticidas organofosforado e carbamato, levando-se em conta os sinais e sintomas clínicos provenientes do envenenamento. A dosagem sérica da atividade da enzima colinesterase é combinada aos parâmetros clínicos. Existem quatro possibilidades de classificação: latente, leve, moderada e grave, segundo experiência adquirida no Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (VIEIRA, 1994).

4 - Procedimentos

I - Um fluxograma (anexo 2) foi elaborado, definindo os passos deste projeto. Inicialmente, todos os casos que chegam ao pronto-socorro por tentativa de suicídio foram atendidos ou pela clínica médica e Centro de Controle de Intoxicações⁶, ou pela clínica cirúrgica, como também pelo serviço social. Em momento oportuno, todos os pacientes deveriam ser encaminhados para o residente de plantão da psiquiatria. Quando estes pacientes tinham alta do pronto-socorro com menos de 24 horas, não entravam na pesquisa. Quando permaneceram em observação no pronto-socorro por mais de 24 horas ou

⁶ Pertence ao Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas e atende toda a macroregião de Campinas. Os atendimentos se dividem entre informações por telefone e assistência no pronto-socorro.

foram internados nas enfermarias do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas, o fato foi comunicado ao autor desta pesquisa, o qual avaliou o paciente.

II - Cartazes informativos foram distribuídos pelo hospital (anexo 3). Para facilitar o contato, um BIP de mensagens foi alugado. No momento da distribuição dos cartazes, foi localizada a enfermeira responsável pelo setor e apresentado o projeto de pesquisa. Solicitamos à enfermeira que deixasse o cartaz afixado e que as informações fossem passadas para todos os profissionais. O Serviço de Interconsulta sempre manteve-se associado ao atendimento destes pacientes, já que é rotina do hospital passar todos os casos internados por tentativa de suicídio por uma avaliação psiquiátrica. Portanto, os cartazes informativos vieram apenas reforçar uma prática corrente.

III - Para obtermos o número de internações verificamos todas as possibilidades de notificação do atendimento: a) os atendimentos realizados pelo autor da pesquisa b) dados do CCI, o qual documenta todos os casos de intoxicações; c) total de atendimentos no pronto-socorro pela psiquiatria⁷; d) verificação junto ao Serviço de informática do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas de todos os casos de tentativa de suicídio registrados, incluindo óbitos.

⁷ Ficam de plantão, diariamente, um docente e um residente de psiquiatria do primeiro ou do segundo ano durante 24 horas para atendimentos no pronto-socorro.

IV - O primeiro contato com o paciente foi feito por um psiquiatra, autor desta pesquisa, logo após a internação, ou após 24 horas de observação no pronto-socorro. Neste momento, nem sempre é possível aplicar o “Questionário de Tentativa de Suicídio” (QTS), devido ao estado clínico do paciente. Nestes casos foi feita apenas avaliação clínica. Para os pacientes com alto risco de vida, são registrados alguns dados presentes em seu prontuário e também os obtidos com a família. A aplicação do QTS para os pacientes que ofereceram condições, e que aceitaram participar do estudo, foi realizada junto ao leito do paciente, ou, quando este ofereceu condição de se locomover, em local com melhor privacidade.

V - Com o objetivo de garantir a plenitude da assistência prestada ao paciente, este estudo foi desenvolvido em conjunto com o serviço de Interconsulta de Psiquiatria. Dados coletados por meio do QTS e informações trazidas pelo residente da Interconsulta complementam-se no momento das discussões clínicas. Manteve-se um contato próximo com os residentes do primeiro e segundo ano de psiquiatria. Foram também realizadas visitas freqüentes às enfermarias e, na medida do possível, estabeleceu-se vínculo com colegas e residentes de outras áreas. Os pacientes foram avaliados e acompanhados pelo residente de plantão e pelo residente responsável pelas interconsultas psiquiátricas e no momento da alta encaminhado de acordo com a necessidade.

5 - Análise dos Dados

Os dados foram digitados e analisados por meio do Statistical Package for Social Sciences (SPSS Institute Inc. 1990) e Statistical Analysis System for Windows - SAS (versão 6.12 – SAS Institute Inc, Cary, NC, 1996). Foram analisados os dados do QTS necessários para se alcançarem os objetivos propostos. Para variáveis contínuas foram calculadas medidas de tendência central e de dispersão dos dados (média, mediana, desvio padrão). Foi utilizado o teste Qui-quadrado ou Exato de Fisher, quando necessário, para verificar associação ou comparar proporções entre variáveis categóricas. Para comparação de variáveis contínuas ou ordenáveis foi aplicado o teste de Mann-Whitney.

Para análise dos dados, algumas variáveis do QTS foram transformadas. Este processo proporcionou uma melhor compreensão dos resultados obtidos:

Na sessão II do QTS – Caracterização da Tentativa de suicídio, deliberadamente adotamos as seguintes definições:

“Alguma ingestão prévia, mas sem relação com tentativa de suicídio ou nenhuma ingestão prévia” = 0 pontos.

“Ingestão insuficiente para deteriorar a capacidade de julgamento, diminuindo a responsabilidade” e “Ingestão intencional de álcool para facilitar e levar a cabo a tentativa de suicídio” = 1 ponto, representados na análise como sem álcool e com álcool, respectivamente.

Na sessão V do QTS – Dificuldades Psicossociais, SPQ – foram selecionados as questões 1, 3, 4, 5, 6, 11, 12 para formar o que denominamos de “Escala de Dificuldades Psicossociais”. A forma como os itens foram pontuados encontra-se na tabela 1. A pontuação variou de 0 a 14 pontos. Arbitrariamente, adotamos as seguintes definições:

“Presença de dificuldades psicossocial”: ≥ 6 pontos

Magnitude das dificuldades psicossociais: pequeno (0-5 pontos); média (6-10 pontos); grande (11-14 pontos), representados na análise como SPQ1, SPQ2 e SPQ3, respectivamente.

Tabela 1. Forma como os itens foram pontuados no SPQ.

ÍTENS	RESPOSTAS
1. Condições de moradia.	Satisfeito = 0 Um pouco insatisfeito = 1 Insatisfeito = 2 Muito Insatisfeito = 2
3. Dificuldades para pagar contas.	Nenhuma dificuldade = 0 Pequena dificuldade = 1 Moderada dificuldade = 2 Dificuldade marcante = 2
4. Dificuldade para se relacionar com alguma pessoa que é importante.	Nenhuma dificuldade = 0 Pequena dificuldade = 1 Moderada dificuldade = 2 Dificuldade marcante = 2
5. Satisfeito com a vida social.	Satisfeito = 0 Um pouco insatisfeito = 1 Insatisfeito = 2 Muito insatisfeito = 2
6. Sentir-se sozinho.	Nunca = 0 Às vezes = 1 Freqüentemente = 2 Sempre = 2
11. Dificuldade para se relacionar com alguma pessoa que mora junto.	Nenhuma dificuldade = 0 Pequena dificuldade = 1 Moderada dificuldade = 2 Dificuldade marcante = 2
12. Está com algum problema de saúde.	Nenhum problema = 0 Pequeno problema = 1 Moderado problema = 2 Grave problema = 2

Na sessão IX do QTS – Rede de Apoio Social – Foram selecionadas as questões 1, 2, 3, 5, 8 e 9, formando o que denominamos “Escala de Apoio Social”. A pontuação variou de 0 a 6 pontos. Arbitariamente adotamos as seguintes definições:

“Presença de apoio social ≥ 4 pontos.

Magnitude de apoio social: pequeno apoio social (0 – 2 pontos); médio apoio social (3 – 4 pontos); grande apoio social (5 – 6 pontos), representados na análise como APOIO1, APOIO2 e APOIO3, respectivamente. A tabela 2 apresenta a forma como os itens foram pontuados.

Tabela 2. Forma de pontuação dos itens na Rede de Apoio Social.

ÍTENS	RESPOSTAS
1. Apoio da família?	Negativa = 0 Afirmativa = 1
2. Tem amigos que apoiam?	Negativa = 0 Afirmativa = 1
3. Apoio recebido do companheiro?	Não se aplica = 0 Não pode contar = 0 Sim, um pouco = 0 Sim, muito = 1
5. Importante e necessário na vida de alguém?	Negativa = 0 Afirmativa = 1
8. Considera-se uma pessoa religiosa?	Negativa = 0 Afirmativa = 1
9. Tem facilidade/dificuldade para fazer amigos?	Muito difícil = 0 Difícil = 0 Mais ou menos = 0 Fácil = 1 Muito Fácil = 1

Na sessão X do QTS – Exame do Estado Mental (BPRS) – quatro possibilidades de respostas foram elaboradas. Desta forma a pontuação variou, para cada item, de 1 a 4 pontos, diferente do original, cuja pontuação varia de 1 a 7 pontos. A pontuação ficou assim definida:

1 = sintoma, sinal ou vivência ausente

2 (2 ou 3) = discreto

3 (4 ou 5) = moderado

4 (6 ou 7) = grave

Desta forma a pontuação total variou de 25 a 100 pontos (=25 ítems). Considerando a média obtida, 35,5 pontos, dividimos os pacientes em dois grupos: os com pontuação menor que 35,5 pontos; os que obtiveram pontuação igual ou maior que 35,5 pontos, representados na análise como BPRS1 e BPRS2, respectivamente.

Na sessão XI do QTS – Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão – dois grupos foram formados considerando separadamente os ítems de ansiedade e depressão. Os grupos ficaram assim definidos na análise.

Ansiedade:

ANSN (ansiedade não) → < 9 pontos na escala.

ANSS (ansiedade sim) → ≥ 9 pontos na escala.

Depressão:

DEPN (depressão não) → < 9 pontos na escala.

DEPS (depressão sim) → ≥ 9 pontos na escala.

Na sessão XIII do QTS – Escala de Avaliação Global – dividimos as possibilidades de pontuação em três grupos distintos. Estão representados na análise como GAS1, GAS2 e GAS3, definidos como:

GAS1 (1 – 50 pontos) – dificuldades marcantes no funcionamento.

GAS2 (51 – 80 pontos) – algumas dificuldades no funcionamento.

GAS3 (81 – 100 pontos) – nenhuma dificuldade no funcionamento.

O Coeficiente de Correlação Linear de Spearman foi utilizado para verificar a presença de correlação entre Intencionalidade Suicida e Letalidade Médica.

Utilizamos a análise de Regressão Logística Polinômica Multivariada, modelo de *odds* proporcionais, para identificar as variáveis que poderiam discriminar os grupos resultantes da interação entre intencionalidade suicida e letalidade médica.

Para melhor conhecer o perfil clínico dos pacientes internados por tentativa de suicídio em relação a intencionalidade suicida e letalidade médica utilizamos como re-

curso estatístico a Análise de Correspondência. Esta teve como objetivo o estudo de tabelas de frequências cruzadas, chamadas também de tabelas de contingência. É uma técnica exploratória com a qual podemos gerar hipóteses a partir da análise da tabela, pois a análise de correspondência fornece uma idéia da associação entre as variáveis categóricas envolvidas. Esta análise permite identificar, por meio de seus gráficos, se os grupos de interesse podem ser diferenciados a partir das medidas obtidas em cada variável de cada paciente.

Prosseguindo na caracterização do perfil destes pacientes, utilizamos a Análise de Agrupamentos (“Cluster Analysis”) na procura dos subgrupos dentre os indivíduos do estudo. O método utilizado foi o *K-means* (HARTIGAN, 1975). Os cálculos foram feitos pelo programa SAS. O R^2 , que varia entre 0 e 1, é um índice de disparidade entre elementos dentro dos grupos. Quanto mais próximo de 1 for o R^2 , significa que existe maior homogeneidade dentro do grupo com relação à variável que está sendo estudada.

Capítulo 3.

RESULTADOS

Foram avaliados 124 casos de tentativas de suicídio em um período de 35 meses. A média foi 3,5 casos vistos pelo pesquisador, por mês, internados no Hospital das Clínicas da UNICAMP. A moda foi agosto de 1997 (= 9 casos). Em três casos tratava-se de uma segunda tentativa de suicídio no período de estudo. Essas ocorrências (mas não os pacientes) foram excluídas da amostra no momento da análise, resultando em uma amostra final de 121 pacientes.

As entrevistas com os pacientes foram realizadas durante o período de internação. A média de tempo transcorrido entre a internação e a entrevista foi de 5,2 dias. Para todos os pacientes entrevistados foi apresentada a opção de não participarem da pesquisa. Quatro pacientes não aceitaram terminar a entrevista. Para 15 pacientes (12%, n=121) foi necessária uma segunda entrevista, e apenas um paciente necessitou de uma terceira entrevista. As entrevistas duraram de 20 a 120 minutos.

Para os casos de óbito foi possível obter informações a partir de entrevistas com familiares e também dados dos prontuários do HC-UNICAMP: características demográficas, caracterização da tentativa de suicídio e as oito primeiras questões (“objetivas”) da escala de intencionalidade suicida de Beck.

A fim de se obter uma estimativa dos casos não alcançados por esta pesquisa, dados referentes a internações por tentativa de suicídio foram obtidos do Setor de Estatística do HC – UNICAMP e do Centro de Controle de Intoxicações – CCI.

A análise destes dados revelou que o pesquisador foi comunicado da internação do paciente em 86% dos casos. Houve, assim, uma perda estimada de 14% dos casos de internação por tentativas de suicídio ao longo da pesquisa. De fato, em trabalho anteriormente realizado no HC - UNICAMP, estimou-se que, em média, 4 novos casos de tentativa de suicídio por mês necessitariam de internação (Botega et al., 1995).

Algumas justificativas para tanto podem ser listadas: 1. O HC – UNICAMP atende em regime de plantão em finais de semana e feriados. Na maioria destas datas nem sempre o plantonista é o responsável pelos leitos disponíveis na UTI, enfermaria de Retaguarda, enfermaria de Neurocirurgia, enfermaria de Psiquiatria ou mesmo leitos de observação no próprio pronto socorro, acarretando menor número de convocação (para o pesquisador comparecer no local); 2. As trocas de médicos-residentes responsáveis pelo serviço, geralmente, acontecem a cada 30 dias. Este processo demanda um período

de adaptação, do “novo” médico-residente, na dinâmica de funcionamento das enfermarias podendo causar um sofrimento no desenvolvimento da pesquisa;

3. Impedimentos do próprio pesquisador, como participação em Congressos e alguns períodos de férias.

Devido a um atraso no processo de informatização dos dados dos casos de tentativa de suicídio internados no hospital, não foi possível obtermos informações sobre todos os casos não alcançados pela pesquisa.

Características Sociodemográficas

Dados sociodemográficos encontram-se sumarizados na tabela 3 . Do total de 121 casos, 78 pacientes (64,5%) são do sexo masculino e 43 pacientes (35,5%) são do sexo feminino. A idade média e a mediana são 32,6 e 31 anos, respectivamente. Quarenta e quatro por cento dos pacientes têm menos de 30 anos de idade. A variação obtida para idade é de 13 a 79 anos.

A população masculina tem média de idade igual a 32,5 anos e mediana de 31 anos. A população feminina tem média de idade igual a 33 anos e mediana de 31 anos.

Tabela 3 – Características demográficas de pacientes internados por tentativa de suicídio no HC – UNICAMP.

Sexo (n=121)	
Masculino	78 (64,5%)
Feminino	43 (35,5%)
Idade (n=121)	
Média	32,6
Mediana	31
Desvio Padrão	13,8
Mínimo - Máximo	13 – 79
Estado Civil (n=118)	
Solteiro s/ parceiro	39 (33,1%)
Solteiro c/ parceiro*	24 (20,3%)
Casados	36 (30,5%)
Viúvo	5 (4,2%)
Separado	14 (11,9%)
Escolaridade (n=110)	
Analfabeto	9 (8,2%)
Primeiro grau incompleto	69 (62,7%)
Primeiro grau completo	9 (8,2%)
Segundo grau incompleto	10 (9,1%)
Segundo grau completo	6 (5,5%)
Superior incompleto	2 (1,8%)
Superior completo	5 (4,5%)
Anos de Escolaridade (n=109)	
Média	6,3
Mediana	5
Desvio Padrão	3,8
Mínimo – Máximo	0 - 18
Situação Profissional (n=113)	
Não trabalha	31 (27,4%)
Assalariado fixo	28 (24,8%)
Autônomo	26 (23,0%)
Eventual	1 (0,9%)
Desempregado	16 (14,2%)
Aposentado por tempo	4 (3,5%)
Aposentado por invalidez	7 (6,2%)
Local de Residência (n=121)	
Campinas	43 (35,5%)
Cidades da Região (ERSA – 27)	42 (34,7%)
Outras Cidades do Estado São Paulo	34 (28,0%)
Outros Estados**	2 (1,70%)

*Co-habitando há pelo menos 3 meses. **São de Minas Gerais.

A figura 3 apresenta a distribuição dos pacientes por faixa etária e sexo. A tabela 4 apresenta a frequência dos pacientes em relação à cidade de nascimento.

Figura 3- Frequência por sexo dos pacientes internados por tentativa de suicídio.

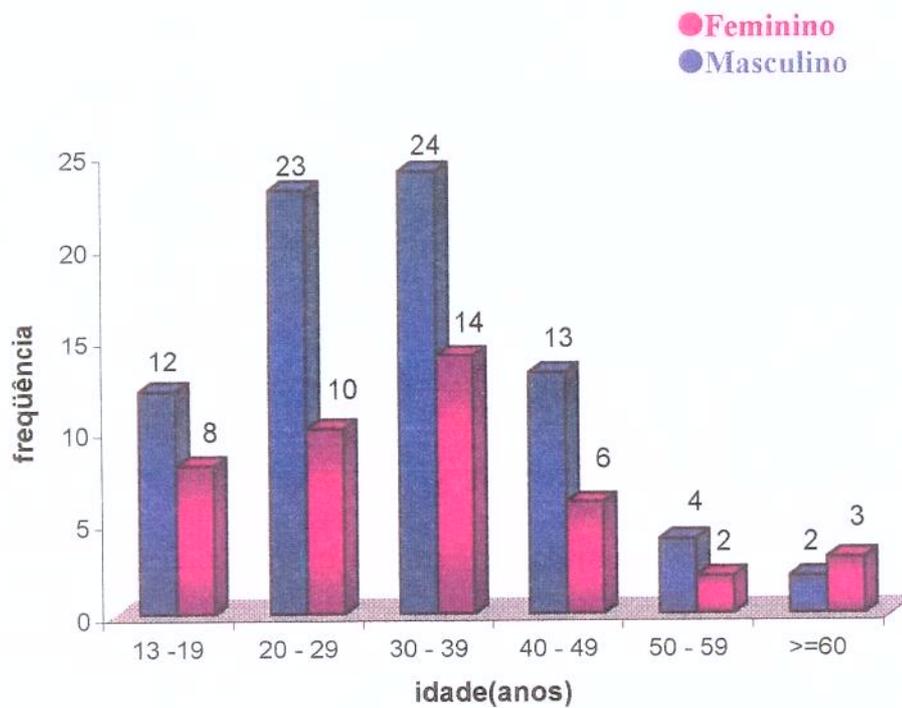


Tabela 4 – Cidade de nascimento dos pacientes internados por tentativa de suicídio no HC – UNICAMP (n = 121).

Região Sul	10 (8,3%)
Região Sudeste	92 (76,0%)
Estado de São Paulo	60 (49,6%)
Estado de Minas Gerais	11 (9,1%)
Campinas	21 (17,3%)
Região Centro-Oeste	1 (0,83%)
Região Nordeste	12 (10,0%)
Outros Países (Japão)	1 (0,83%)
Sem informação	5 (4,1%)

Os oito pacientes que faleceram eram do sexo masculino com média de idade de 27,5 anos (idades: 18, 20, 24, 26, 27, 33, 34, 38). Três pacientes eram casados, três solteiros e um divorciado. Em um caso não foi possível obter esta informação. Cinco pacientes trabalhavam (1 assalariado fixo, 3 autônomo, 1 eventual). Um paciente estava desempregado. Em dois casos esta informação não foi obtida. De 4 casos de falecimento foi possível obter o grau de escolaridade. Destes, três pacientes tinham o primeiro grau incompleto.

Caraterização da Tentativa de Suicídio

As internações dos pacientes foram, em sua maioria, (59%), na Enfermaria de Retaguarda do HC – UNICAMP (tabela 3). Esta enfermaria situa-se no quarto andar do hospital e interna pacientes de moderada a grave letalidade médica.

Oitenta e oito pacientes (73%, n=121) fizeram a tentativa de suicídio dentro da própria casa. Treze pacientes (11%) tentaram suicídio no local de trabalho e 8 pacientes (6,6%) na rua. Sete por cento dos pacientes tentaram suicídio na casa de amigos, parentes e em prédio público. A tabela 5 apresenta algumas das características dos pacientes internados por tentativa de suicídio.

Tabela 5 – Algumas características das tentativas de suicídio internadas no HC – UNICAMP.

Local da internação (n=121)	
Retaguarda	71 (59,0%)
Cirurgia do Trauma	8 (6,5%)
UTI	3 (2,5%)
Neurocirurgia	3 (2,5%)
Ortopedia	2 (1,5%)
Pronto-socorro	15 (12,5%)
Psiquiatria	11 (9,0%)
Outros	8 (6,5%)
Local onde ocorreu (n=121)	
Própria casa	88 (72,7%)
Prédios Públicos	3 (2,5%)
Outros Prédios	9 (7,4%)
No local trabalho	13 (10,7%)
Na Rua	8 (6,6%)
Acompanhou paciente no pronto socorro (n= 103)	
Família	55 (53,4%)
Esposa/companheiro/amásio	25 (24,3%)
Amigo	9 (8,7%)
Sozinho	11 (10,7%)
Outros	3 (2,9%)

As tentativas de suicídio foram classificadas, quanto ao método utilizado, em oito categorias da 10^a Classificação Internacional de Doenças (tabela 6).

O envenenamento foi o método mais freqüente, estando presente em 99 pacientes (82%, n=121). Dentre estes, 46% utilizaram como substância os

pesticidas (Gramoxone®, Furadan®, Tamaron®, etc)¹. Medicamentos foram utilizados por 37 pacientes (31%, n=121). (Três pacientes que utilizaram medicamentos associados a pesticidas foram incluídos na categoria anterior, visto que, a internação deu-se em razão dos pesticidas). Desses, 57% utilizaram anticonvulsivantes, 27% utilizaram ansiolíticos, e 19% utilizaram antidepressivos. Outros medicamentos foram utilizados por 12% dos pacientes. A tabela 6 apresenta o método utilizado nas tentativas de suicídio.

Quatro pacientes que faleceram utilizaram arma de fogo como método, e três pacientes envenenaram-se com Gramoxone® (paraquat). Em um caso não foi possível identificar a substância ingerida.

Tabela 6 – Método utilizado na tentativa de suicídio pelos pacientes internados no HC – UNICAMP (n=121).

Envenenamento		99 (81,8%)
Pesticidas	46 (38,0%)	
Medicamentos	37 (30,6%)	
Outros produtos	16 (13,2%)	
Métodos mais violentos		22 (18,2%)
Arma de fogo	9 (7,4%)	
Objeto cortante	8 (6,6%)	
Enforcamento	3 (2,5%)	
Atropelamento	2 (1,7%)	
Utilizaram dois métodos 3,3% dos pacientes		

¹ Gramoxone é um herbicida cujo princípio ativo é o paraquat; Furadan e Tamaron são organofosforados com princípio ativo, respectivamente, carbofuram e metamidosos.

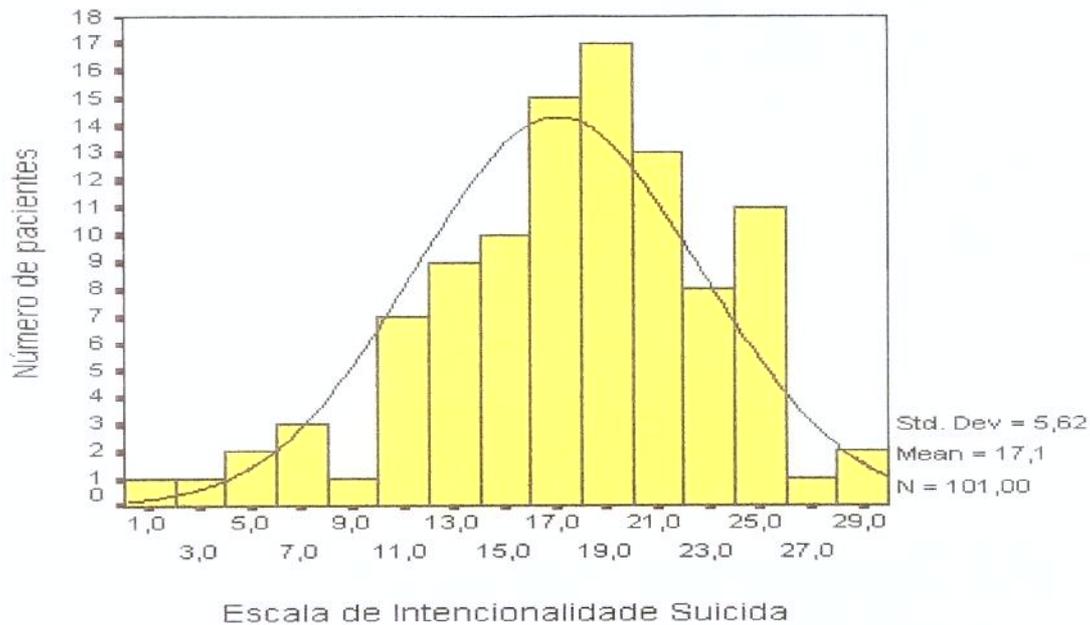
Características Clínicas

Este tópico descreve alguns fatores psicológicos e sociais relacionados à tentativa de suicídio. Hipóteses diagnósticas e as medidas de letalidade médica também serão descritas.

Intencionalidade Suicida

Com a Escala de Intencionalidade Suicida de Beck, foi possível medir a intencionalidade suicida de 101 pacientes (84%, n=121), 63 do sexo masculino e 38 do sexo feminino. (Foram excluídos da análise estatística 20 casos (16%, n=121) no quais havia pelo menos um item não preenchido). A variação na pontuação obtida foi de 0 a 28 pontos. A média para a amostra foi de 17 pontos, e a mediana, 18 pontos (figura 4).

Figura 4 – Frequência dos pacientes nas pontuações totais obtidas na Escala de Intencionalidade Suicida de Beck (n = 101).



Para o sexo masculino, a média na pontuação foi de 18 pontos (mediana 18). A variação foi de 6 a 28 pontos. Para o sexo feminino, a média foi de 15,7 pontos (mediana 16,5). A variação foi de 0 a 28 pontos. Comparando essas medidas entre os sexos, não houve diferença estatisticamente significativa (Mann-Whitney, $p=0,09$).

Em 111 pacientes (92%, $n=121$) foi possível obter a pontuação das oito primeiras questões (ítems “objetivos”) da Escala de Intencionalidade Suicida

de Beck, (72 pacientes do sexo masculino e 39 do sexo feminino). A média da pontuação para o sexo masculino foi de 6,9 pontos (mediana 6,5). A variação foi de 0 a 16 pontos. Para o sexo feminino, a média da pontuação foi de 5,4 pontos (mediana 5). A variação foi de 0 a 14 pontos. Comparando essas medidas entre os sexos, obtivemos uma diferença estatisticamente significativa (Mann-Whitney, $p=0,03$), mesmo com a exclusão dos 8 casos de óbito (Mann-Whitney, $p=0,02$).

Em seis pacientes (75%, $n=8$) que faleceram obtivemos a pontuação das oito primeiras questões da Escala de intencionalidade suicida de Beck. A média da pontuação foi de 6 pontos e a mediana de 5 pontos. A variação foi de 0 a 15 pontos. Comparações entre este grupo de pacientes e os pacientes do sexo masculino, do sexo feminino e com a amostra como um todo, não revelaram diferenças significativas entre eles. A tabela 7 apresenta o valor de “p” para cada grupo separadamente.

Tabela 7 – Níveis de significância dos testes de Mann-Whitney nas comparações da intencionalidade suicida (soma dos 8 primeiros itens da Escala de Intencionalidade Suicida de Beck).

Comparação	p-valor
Homens(n = 72) vs Mulheres(n = 39)	0,03
Homens, excluindo-se óbitos (n = 66) vs Mulheres (n = 39)	0,02
Homens, excluindo-se óbitos (n = 66) vs casos de óbitos (n = 6)	0,2
Não óbitos (n = 105) vs Óbitos (n = 6)	0,5

Dificuldades Psicossociais

Utilizando a lista de dificuldades psicossociais do Questionário de Problemas Sociais – SPQ, foi possível identificar quatro principais fatores que, segundo o relato dos pacientes, influenciaram na tentativa de suicídio (o paciente poderia apontar de 1 a 12 dificuldades que, em sua opinião, teriam influenciado na tentativa de suicídio).

Noventa e quatro pacientes (78%, n=121) relataram pelo menos uma dificuldade psicossocial ocorrida no último ano que influenciou a tentativa de suicídio; 75 pacientes (62%, n= 121) relataram dois fatores e 54 pacientes

(45%, n=121) relataram três fatores. Apenas quatro pacientes que completaram o questionário não apontaram fatores psicossociais que teriam influenciado a tentativa de suicídio.

Considerando as frequências de respostas da lista de dificuldades psicossociais, foi possível identificar as quatro que mais influenciaram, na opinião dos pacientes, na tentativa de suicídio: 1. Sentir-se sozinho – 51 (42%, n=121); 2. Insatisfação com a vida que leva com o companheiro(a) – 27 (22%, n=121); 3. Dificuldades para pagar contas – 26 (21,5%, n=121); 4. Insatisfação com o emprego – 19 (16%, n=121).

Rede de Apoio Social

Com uma lista de 12 itens procurou-se avaliar as condições de apoio do paciente com seus parentes, amigos, namorado(a), as relações sociais nos últimos três meses, bem como seu vínculo religioso.

Selecionamos 6 questões que consideramos mais importantes para a compreensão deste aspecto da vida do paciente: 1. Apoio da família – 60 pacientes (49,6%, n=121) responderam poder contar com pelo menos uma pessoa

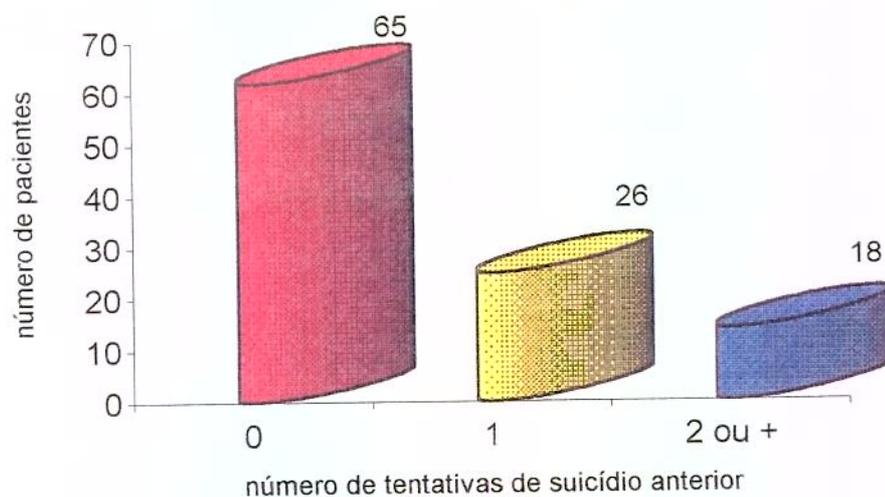
da família. Dezenove pacientes (32%, n=60) relataram poder contar com duas ou mais pessoas da família. 2. É importante para alguém – 80 pacientes (66%, n=121) consideraram ser importantes para alguém e que esta pessoa precisava muito de sua presença. 3. Tem amigos – Cinqüenta pacientes (41%, n=121) relataram ter amigos com quem podiam contar ou receber apoio. Destes, 31 pacientes (62%, n=50) tinham apenas um amigo. 4. Apoio recebido do companheiro(a) – 29 pacientes (24%, n=121) podiam contar e receber apoio do companheiro. 5. Considera-se religioso(a) – 72 pacientes (59,5%, n=121) consideravam-se religioso(a)s. Destes, 54 (75%, n= 72) relataram ser católicos. 6. Facilidade para fazer amizades – 67 pacientes (55%, n=121) relataram ter facilidade para fazer amigos.

Outras Tentativas de Suicídio (TS)

Cento e nove pacientes responderam a este item (90%, n= 121). Não tentaram o suicídio anteriormente 65 pacientes (60%, n=109). Quarenta e quatro pacientes, 40%, tiveram pelo menos uma tentativa de suicídio anterior. Destes, 26 (59%, n=44) tiveram uma tentativa de suicídio anterior. Vinte e seis pacientes (37%, n=70) do sexo masculino tiveram uma ou mais tentativas de suicídio anterior. Dezoito pacientes (46%, n=39) do sexo feminino tiveram

uma ou mais tentativas de suicídio anterior. Comparando essas frequências entre os sexos, não obtivemos diferença estatisticamente significativa (Qui-quadrado, $p=0,35$). A distribuição dos pacientes quanto ao número de tentativas de suicídio anteriores é mostrado na figura 5.

Figura 5 – Número de pacientes com TS anterior.



Ansiedade e Depressão

Noventa e oito pacientes (81%, n=121) responderam a todos os itens da Escala de Ansiedade e Depressão – HAD da sessão XI do QTS. Esta escala foi lida para os pacientes pelo autor da pesquisa, frisando que suas respostas deveriam considerar seu estado emocional na semana anterior à tentativa de suicídio.

Setenta e três pacientes (75%, n=98) apresentaram sintomas de ansiedade com uma pontuação igual ou maior que o ponto de corte (9 pontos). Destes, 44 pacientes (60%, n=73) são do sexo masculino. Vinte e nove pacientes (40%, n=73) são do sexo feminino. A comparação entre os sexos para ansiedade revelou não haver diferença estatisticamente significativa (Qui-quadrado, $p=0,74$).

Sessenta e cinco pacientes (66%, n=98) apresentaram sintomas de depressão com uma pontuação igual ou maior que o ponto de corte (9 pontos). A comparação entre os sexos para depressão revelou não haver diferença estatisticamente significativa (Qui-quadrado, $p=0,59$).

Hipóteses Diagnósticas

A hipótese diagnóstica foi elaborada, clinicamente, a partir da anamnese realizada com os pacientes e das alterações identificadas na aplicação das escalas psicométricas (BPRS, HAD e GAS). Em 8% dos casos não foi possível obter um diagnóstico (6 casos do sexo masculino e 4 casos do sexo feminino). As hipóteses diagnósticas foram baseadas na 10^a Classificação Internacional de Doenças (tabela 8).

Tabela 8 – Hipóteses diagnósticas principal por sexo.

Hipótese diagnóstica principal	Masculino	Feminino	Total
Transtorno afetivo	27	21	48
Transtorno neurótico	24	15	39
Transtorno por uso/abuso de substâncias	13	0	13
Transtorno psicótico	4	1	5
Transtorno de personalidade	4	1	5
Retardo mental	0	1	1
Total	72	39	111

Perfil Psiquiátrico

Vinte e três pacientes (19%, n=121) estavam em acompanhamento psicológico/psiquiátrico no mês anterior à tentativa de suicídio. Quarenta e cinco pacientes (37%, n=121) estavam usando algum psicotrópico no último mês. Trinta e oito pacientes (31%, n=121) relataram tratamento psiquiátrico anterior. Destes, 22 pacientes (18%, n=121) tiveram pelo menos uma internação psiquiátrica.

Em 107 pacientes (88%, n=121) foi possível avaliar a questão sobre abuso de álcool. Treze pacientes (12%, n=107) relataram uso abusivo de algum tipo de bebida alcoólica todos os dias no mês anterior à tentativa de suicídio. Vinte e três pacientes (20%, n=112) relataram uso de algum tipo de bebida alcoólica momentos antes ao ato suicida. Destes, cinco pacientes (22%, n=23) relataram que a ingestão foi intencional a fim de encorajar o ato suicida.

A avaliação do estado mental do paciente, a partir da utilização da Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica – BPRS, forma expandida, foi possível em 106 pacientes (88%, n=121). Ansiedade (65%), depressão (81%), tensão (49%) e tendência suicida (81%), revelaram ser os sintomas de maior frequência, com intensidade entre moderado e extremamente grave.

Onze pacientes (9%, n=121) foram internados diretamente na Enfermaria de Psiquiatria. Sete pacientes, 64%, do sexo masculino e 4, 36%, do sexo feminino. A média de idade foi de 33,8 anos. Em 73% o método utilizado foi o envenenamento. De um modo geral tinham de pequena a média dificuldades psicossociais e 82% relataram pequeno apoio social. Sessenta e quatro por cento dos pacientes tinham uma ou mais tentativas de suicídio anterior. Sintomas de ansiedade e depressão estiveram presente em 82% dos pacientes. Transtorno afetivo foi o diagnóstico de 55% dos casos. A maioria, 64%, apresentou maior intencionalidade suicida (mediana igual a 20 pontos) e 91% apresentaram menor letalidade médica.

A comparação entre este grupo de pacientes e a amostra como um todo revelou diferença estatisticamente significativa somente com a letalidade médica (teste Exato de Fisher, $p < 0,0001$).

Tratamento Psiquiátrico

Cento e doze pacientes (93%, n=121) receberam encaminhamento pós-alta. Cinquenta pacientes (41%, n=121) foram encaminhados para o ambulatório de psiquiatria do HC – UNICAMP. Vinte e oito pacientes (23%, n=121)

foram encaminhados para outro serviço de saúde mental e quatro pacientes (3%, n=121) para algum Centro de Saúde de Campinas (Tabela 9).

Tabela 9. Encaminhamento psiquiátrico realizado com os pacientes pós-alta (n=112).

Encaminhamentos	Número de pacientes	Porcentagem
1. Ambulatório de Psiquiatria	50	45%
2. Serviço de Saúde Mental de outra cidade	28	25%
3. Enfermaria de Psiquiatria	22	20%
4. Centro de Saúde de Campinas	4	3,5%
5. Outros	8	7%

Vinte e dois pacientes (18%, n=121) foram transferidos para enfermaria de psiquiatria. Destes, 16 pacientes (73%, n=22) são do sexo masculino. Seis pacientes (27%, n=22) são do sexo feminino. A idade média destes pacientes é 41 anos e a mediana 34,5 anos. A intencionalidade suicida variou de 6 pontos a 25 pontos. A maioria, 16 pacientes (73%, n=22), apresentou pontuação acima de 18 pontos na Escala de Intencionalidade Suicida de Beck. Dezoito pacientes (82%, n=22) utilizaram como método o envenenamento. Quinze pacientes (68%, n=22) tiveram diagnóstico de transtorno afetivo em episódio atual

depressivo. Treze pacientes (59%, n=22) apresentaram risco de vida de moderado a grave (Tabela 10).

Tabela 10. Perfil dos pacientes transferidos, pós-alta, da clínica médica/cirúrgica para enfermaria de psiquiatria (n=22).

	Valores absolutos/Porcentagem
Sexo	
Masculino	16 (73%)
Feminino	6 (27%)
Idade média	
Idade média	41 anos
Mediana	34,5 anos
Intencionalidade Suicida	
Variação	6 – 25 pontos
Média	19 pontos
Mediana	18,5 pontos
Método	
Envenenamento	18 (82%)
Violento	4 (18%)
Hipótese Diagnóstica	
Transtorno afetivo (episódio depressivo)	15 (68%)
Transtorno neurótico	1 (4,5%)
Outros transtornos	6 (27%)
Letalidade Médica	
Maior letalidade	13 (59%)
Menor letalidade	9 (41%)

A comparação das variáveis entre os pacientes transferidos para enfermaria de psiquiatria e os que não foram transferidos revelou que estes pacientes apresentavam maior intencionalidade suicida (Mann-Whitney, $p=0,05$) e maior média de idade (Mann-Whitney, $p=0,003$).

Todos os pacientes foram avaliados, também, pelo Serviço de Interconsulta Psiquiátrica do HC - UNICAMP, atividade realizada pelo residente de psiquiatria do segundo ano.

Avaliação da Letalidade Médica

Uma pontuação na “Escala de Coma de Glasgow” foi obtida de 120 pacientes (99%, n=121). A maioria, 86 pacientes (71%, n=121), não apresentou alteração do nível de consciência. Destes, três pacientes (4%, n=86) faleceram. A média na pontuação para o sexo masculino foi de 11,7 pontos e a mediana de 15 pontos. Para o sexo feminino a média na pontuação foi de 12,2 pontos e a mediana foi de 15 pontos. Comparando as medidas entre os sexos, não obtivemos diferença estatisticamente significativa (Mann-Whitney, $p=0,66$).

A “Avaliação do risco de vida”, a partir da avaliação do pesquisador, foi possível em 117 pacientes (97%, n=121). Desses, 33 pacientes (28%, n=117) apresentaram risco de vida grave, sendo que 8 (24%, n=33) faleceram.

Para o sexo masculino a média da pontuação obtida foi de 3,6 pontos e a mediana de 4 pontos. O sexo feminino revelou uma média de 2,7 pontos e

mediana de 3 pontos. Comparando as medidas entre os sexos obtivemos diferença estatisticamente significativa (Mann-Whitney, $p=0,0001$).

“Envenenamento por inseticidas organofosforados” - Em 37 pacientes (31%, $n=121$) foi possível obter o valor da dosagem de acetilcolinesterase, relacionando-a com o quadro clínico em pacientes intoxicados por organofosforado ou carbamato. Desses, 17 pacientes (46%, $n=37$) apresentaram intoxicação grave e 14 pacientes (38%, $n=37$) apresentaram intoxicação moderada. Nove pacientes (24%, $n=37$) são do sexo feminino. Destes, oito pacientes apresentaram gravidade de envenenamento de moderado a grave. Vinte e oito pacientes (76%, $n=37$) são do sexo masculino. Destes, 23 pacientes apresentaram gravidade de envenenamento de moderado a grave. Comparando esses valores entre os sexos não obtivemos diferença estatisticamente significativa (Teste Exato de Fisher, $p= 0,74$).

Duração da Internação

Obtivemos o número de dias de internação dos 121 pacientes estudados. A duração média da internação foi de 9,9 dias e a mediana de 6 dias. A variação foi de 1 a 79 dias. Para os pacientes que faleceram, a média foi de 9,3 dias

de internação e a mediana de 7,5 dias com variação de 1 a 23 dias. Para o sexo masculino a média da duração da internação foi de 11 dias e a mediana de 7 dias. Para o sexo feminino a média da duração da internação foi de 8 dias e a mediana de 4 dias. O máximo de dias de internação para o sexo feminino foi de 37 dias, enquanto para o sexo masculino foi de 79 dias. Comparando a medida entre os sexos obtivemos diferença estatisticamente significativa (Mann-Whitney, $p=0,02$).

Em relação às faixas etárias dos pacientes, com exceção dos pacientes com idade entre 50 e 59 anos, encontramos valores crescentes na duração da internação para as médias e medianas. A faixa etária com maior duração (média) de internação foi a dos pacientes com 60 anos ou mais, 15,6 dias.

Os pacientes que utilizaram como método para a tentativa de suicídio o envenenamento apresentaram uma média da duração de internação de 9 dias e a mediana de 6 dias. Para os pacientes que utilizaram métodos mais violentos a média foi 13,9 dias e a mediana de 5,5 dias

Os 33 pacientes (27%, $n=121$) que apresentaram risco de vida grave revelaram uma média da duração de internação de 13,5 dias e a mediana de 8 dias.

II - Associação de Variáveis com a Intencionalidade Suicida

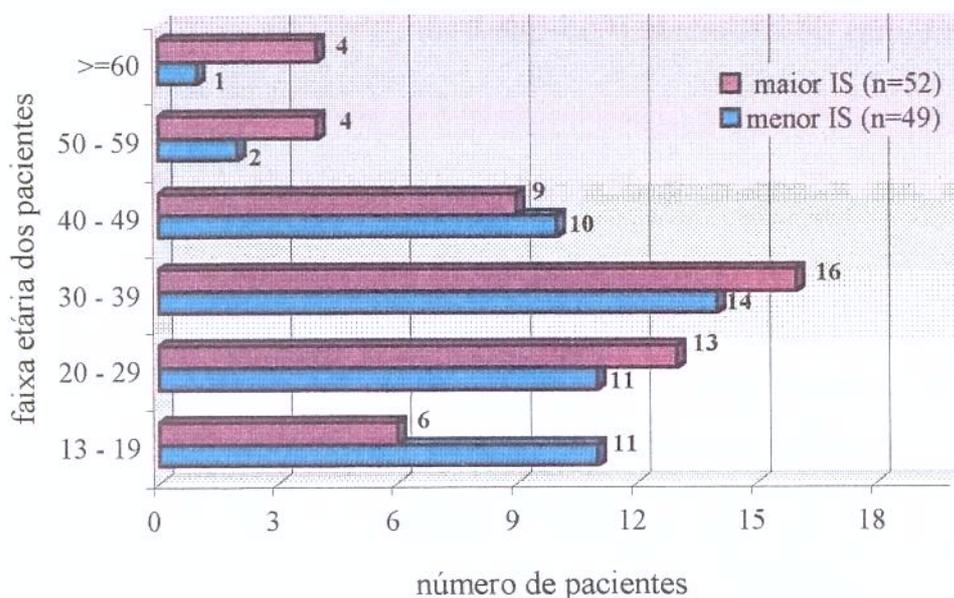
Os pacientes foram divididos em dois grupos conforme a pontuação total obtida na Escala de Intencionalidade Suicida. Os pacientes que obtiveram 18 pontos (igual à mediana da amostra) ou menos foram considerados como tendo “menor” intencionalidade suicida. Os pacientes que obtiveram uma pontuação acima de 18 pontos foram considerados como tendo “maior” intencionalidade suicida. Foram excluídos os pacientes que faleceram e aqueles em que a escala estava incompleta, por serem casos nos quais não foi possível obter a pontuação total. Para verificar a existência de associação de variáveis com a intencionalidade suicida foi aplicado o teste Qui-quadrado e, quando necessário, o teste Exato de Fisher.

Cento e um pacientes (83%, n = 121) foram analisados. Destes, 49 (48%) pacientes apresentaram uma pontuação entre 0 e 18 pontos na escala de intencionalidade suicida. Cinquenta e dois pacientes (51%) apresentaram uma pontuação maior que 18 pontos. Dentre os 49 com menor intencionalidade suicida, 28 (57%) são do sexo masculino e 21 (43%) são do sexo feminino. Dentre os 52 com maior intencionalidade suicida, 35 (67%) são do sexo masculino e 17 (33%) são do sexo feminino. Não houve diferença estatisticamente

significativa quanto a maior ou menor intencionalidade suicida, entre os sexos (Qui-quadrado, $p=0,29$), nem entre os estados civis (Qui-quadrado, $p= 0,82$).

Dividindo-se os pacientes por faixas etárias (13 –19, 20 – 29, 30 – 39, 40 – 49, 50 – 59 e ≥ 60 anos) não observamos diferença estatisticamente significativa entre elas (Teste Exato de Fisher, $p = 0,55$). A figura 6 apresenta a distribuição dos pacientes por faixa etária e intencionalidade suicida.

Figura 6. Distribuição dos pacientes por faixa etária e intencionalidade suicida.



Dentre os 49 pacientes com menor intencionalidade suicida, 45 (92%) utilizaram o envenenamento como método para tentativa de suicídio, e 4 (8%) utilizaram métodos mais violentos. Dentre os 52 pacientes com maior intencionalidade suicida, 40 (77%) utilizaram o envenenamento como método e 12 (23%) utilizaram métodos mais violentos. A comparação destes grupos revelou que os pacientes que utilizam métodos mais violentos tendem a apresentar maior intencionalidade suicida do que os pacientes que utilizam o envenenamento (Qui-quadrado, $p=0,04$).

A intencionalidade suicida não foi estatisticamente diferente entre os grupos com ou sem tentativa de suicídio anterior (Qui-quadrado, $p=0,87$) e com ou sem sintomas de ansiedade (Qui-quadrado, $p=0,68$).

Apresentaram sintomas de depressão pela Escala de Ansiedade e Depressão – HAD 27 pacientes (56%) dentre os 48 pacientes com menor intencionalidade suicida e 39 pacientes (76%) dentre os 51 pacientes com maior intencionalidade suicida. Comparando os grupos, constatou-se haver diferença estatisticamente significativa entre eles (Qui-quadrado, $p=0,03$). (A maior intencionalidade suicida associa-se à presença de sintomas de depressão) .

Os pacientes foram divididos em três grupos em relação à hipótese diagnóstica: transtornos afetivos, neuróticos e outros diagnósticos. Dentre os 49 pacientes com menor intencionalidade suicida, 20 (41%) apresentaram algum tipo de transtorno afetivo, 24 (49%), algum tipo de transtorno neurótico e 5 (10%), algum outro transtorno psiquiátrico (psicótico, alcoolismo, uso e abuso de drogas, etc). Dentre os 52 pacientes com maior intencionalidade suicida, 27(52%) apresentaram algum tipo de transtorno afetivo, 13 (25%), algum tipo de transtorno neurótico e 12 (23%), algum outro transtorno psiquiátrico. Comparando os grupos, constatou-se haver diferença estatisticamente significativa entre eles (Qui-quadrado, $p=0,03$). (A maior intencionalidade suicida se associa com maior frequência ao diagnóstico de transtorno afetivo).

O Apoio Social não se revelou estatisticamente significativo entre os grupos (Teste Exato de Fisher, $p=0,50$). Conforme descrito no Capítulo de Método, os pacientes formaram três grupos a partir da pontuação definida nesta avaliação: menor apoio social, moderado apoio social e maior apoio social. Dentre os 46 pacientes com menor intencionalidade suicida, 5 (11%) apresentaram menor apoio social, 33 (72%), moderado apoio social e 8 (17%), maior apoio social. Dentre os 48 pacientes com maior intencionalidade suici-

da, 2 (4%) apresentaram menor apoio social, 36 (75%), moderado apoio social e 10 (21%), maior apoio social.

Constatou-se não haver diferença estatisticamente significativa entre os grupos quanto às dificuldades psicossociais e a pontuação obtida na Escala de Intencionalidade Suicida de Beck. Conforme descrito no Capítulo de Método, os pacientes formaram três grupos a partir da pontuação definida nesta avaliação: menor dificuldade psicossocial, moderada dificuldade psicossocial, maior dificuldade psicossocial (Teste Exato de Fisher, $p=1,0$). Dentre os 43 pacientes com menor intencionalidade suicida, 24 (56%) apresentaram menor dificuldade psicossocial, 17 (39%), moderada dificuldade psicossocial e 2 (5%), maior dificuldade psicossocial. Dentre os 48 pacientes com maior intencionalidade suicida, 27 (56%) apresentaram menor dificuldade psicossocial, 19 (40%), moderada dificuldade psicossocial e 2 (4%), maior dificuldade psicossocial.

Dentre os 49 pacientes com menor intencionalidade suicida, 16 (33%) apresentaram menor letalidade médica e 33 (67%) maior letalidade médica. Dentre os 52 pacientes com maior intencionalidade suicida, 16 (31%) apresentaram menor letalidade médica e 36 (69%), maior letalidade médica.

Constatou-se não haver diferença estatisticamente significativa entre os grupos (Qui-quadrado, $p=0,84$). O mesmo é observado quando os pacientes internados, diretamente, na enfermaria de psiquiatria são excluídos (Qui-quadrado, $p=0,62$). Para melhor compreensão, os valores de “p” para as associações descritas no texto estão sumarizados na tabela 11.

Tabela 11. Associação de variáveis com a maior intencionalidade suicida.

Variáveis	p- valor*
Masculino vs Feminino	0,3
Estado civil (casado vs c/parceiro vs s/parceiro)	0,8
Métodos mais violentos vs Envenenamento	0,04
Relação entre ingestão de álcool (sim vs não) e tentativa de suicídio	0,6
Nenhuma tentativa suicídio anterior vs 1 ou + tentativa suicídio anterior	0,8
Sintomas de Ansiedade (HAD – A: ≥ 9 vs <9)	0,7
Sintomas de Depressão (HAD – D: ≥ 9 vs < 9)	0,03
Dificuldades psicossociais (menor vs moderada vs maior)	1,0
Rede de Apoio Social (maior apoio vs moderado apoio vs menor apoio)	0,5
Hipótese Diagnóstica – (T. Afetivo vs T. Neurótico vs outros)	0,03
Letalidade Médica (maior letalidade vs menor letalidade)	0,8
Não óbito vs óbito	0,4

* teste Qui-quadrado.

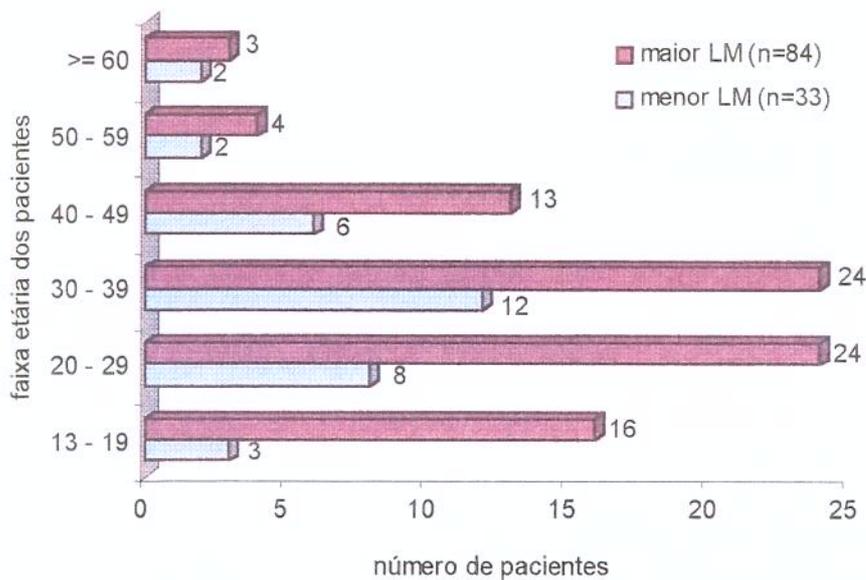
III – Associação de Variáveis com a Letalidade Médica

Os pacientes foram divididos em dois grupos conforme a pontuação total obtida na Avaliação do Risco de Vida. Os pacientes com pontuação de 0 – 2 pontos foram considerados com menor letalidade médica. Os pacientes com pontuação de 3 – 5 pontos foram considerados com maior letalidade médica. Para verificar a existência de associação de variáveis com a letalidade médica foi aplicado o teste Qui-quadrado e, quando necessário, o teste Exato de Fisher.

Quinze pacientes (45%, n=33) do sexo masculino e 18 pacientes (55%, n=33) do sexo feminino apresentaram menor letalidade médica. Sessenta e um pacientes (73%, n=84) do sexo masculino e 23 pacientes (27%, n=84) do sexo feminino apresentaram maior letalidade médica. Houve diferença estatisticamente significativa entre os sexos (Qui-quadrado, p=0,006).

Dividindo os pacientes por faixas etárias (13 – 19, 20 – 29, 30 – 39, 40 – 49, 50 – 59, >=60) não observamos diferença estatisticamente significativa entre elas (Teste Exato de Fisher, p=0,73). A figura 7 apresenta a distribuição dos pacientes por faixa etária e o grau de letalidade médica.

Figura 7. Distribuição dos pacientes por faixa etária e o grau de letalidade médica.



Dentre os 33 pacientes com menor letalidade médica, 29 (88%) utilizaram como método para a tentativa de suicídio o envenenamento e 4 (12%) utilizaram métodos mais violentos. Dentre os 84 pacientes com maior letalidade médica, 66 (79%) utilizaram como método para a tentativa de suicídio o envenenamento e 18 (21%) utilizaram métodos mais violentos. Constatou-se não haver diferença estatisticamente significativa entre os grupos em relação ao método da tentativa de suicídio (Qui-quadrado, $p=0,24$). O mesmo foi ob-

servado para o estado civil (Qui-quadrado, $p=0,89$) e a relação da ingestão de bebida alcoólica e a tentativa de suicídio (Qui-quadrado, $p=0,33$)

Cinco pacientes (36%, $n=14$) que relataram uma tentativa de suicídio anterior e 9 pacientes (64%, $n=14$) que revelaram 2 ou mais tentativas de suicídio anterior apresentaram menor letalidade médica. Vinte e um pacientes (70%, $n=30$) que revelaram uma tentativa de suicídio anterior e 9 pacientes (30%, $n=30$) que revelaram 2 ou mais tentativas de suicídio anterior apresentaram maior letalidade médica. A análise destes grupos revelou haver diferença significativa entre eles (Qui-quadrado, $p=0,03$). Quando incluímos o grupo que não teve nenhuma tentativa de suicídio anterior, observamos uma tendência, deste grupo, a terem maior letalidade médica (Qui-quadrado, $p=0,07$).

Para as hipóteses diagnósticas (transtorno afetivo, transtorno neurótico, outro tipo de transtorno psiquiátrico) constatou-se não haver diferença estatisticamente significativa entre os grupos dentre os 32 pacientes com menor letalidade médica e os 78 pacientes com maior letalidade médica (Qui-quadrado, $p=0,34$). O mesmo foi observado na avaliação das dificuldades psicossociais (Teste Exato de Fisher, $p=0,26$) e apoio social (Teste Exato de Fisher,

p=0,40). A tabela 12 apresenta os valores de “p” para as associações descritas no texto.

Tabela 12. Associação de variáveis com a maior letalidade médica.

Variáveis	p – valor*
Masculino vs feminino	0,006
Estado civil (casado vs c/parceiro vs s/parceiro)	0,9
Método mais violento vs envenenamento	0,2
Relação entre ingestão de álcool e tentativa suicídio(sim vs não)	0,3
Uma Ts anterior vs 2 ou + Ts anterior	0,03
Sintomas de ansiedade (HAD – A: ≥ 9 vs < 9)	0,3
Sintomas de depressão (HAD – D: ≥ 9 vs < 9)	0,8
Dificuldades psicossociais – SPQ (menor vs moderada vs maior)	0,3
Rede de Apoio Social (maior apoio vs menor apoio)	0,4
Hipótese Diagnóstica – (T. afetivo vs T. neurótico vs outros)	0,3

*teste Qui-quadrado

IV – Relação entre Intencionalidade Suicida e Letalidade Médica

A fim de estudarmos as relações entre Intencionalidade Suicida e Letalidade Médica fizemos teste de Correlação Linear de Spearman que mostrou-se não significativo estatisticamente. Diante disso, procedemos à análise de Regressão Logística. Segue o detalhamento dos testes.

O teste de correlação foi aplicado em quatro situações distintas da amostra:

1. Pontuação total da Escala de Intencionalidade suicida excluindo-se os casos de óbitos (IStotal, excluindo óbito). Nos casos de óbito não foi possível aplicar integralmente a escala;
2. Pontuação total da Escala de Intencionalidade suicida excluindo-se os casos de óbito e os pacientes que foram internados diretamente na Enfermaria de Psiquiatria (IStotal excluindo óbito e psiquiatria). Os pacientes internados diretamente na Enfermaria de Psiquiatria compõem um subgrupo de pacientes com menor letalidade médica, podendo influenciar no resultado;
3. Pontuação dos primeiros oito itens da Escala de Intencionalidade Suicida (ISobjetiva, até oitavo item);

4. Pontuação dos primeiros oito ítems da Escala de Intencionalidade Suicida excluindo-se os casos internados diretamente na Enfermaria de Psiquiatria (ISobjetiva, excluindo psiquiatria).

A tabela 13 apresenta todas as aproximações realizadas na verificação da correlação entre intencionalidade suicida e letalidade médica.

Tabela 13. Coeficiente de Correlação Linear de Spearman entre intencionalidade suicida e letalidade médica.

Amostra (n)	Coeficiente	p-valor	Situação
100	0,1111	0,2712	Escala IStotal, excluindo-se óbitos
089	0,1725	0,1060	Escala IStotal, excluindo-se óbitos e os internados na Enfermaria de psiquiatria
111	0,0639	0,5052	Escala ISobjetiva (até oitavo item da Escala de Beck).
100	0,0843	0,4045	Escala ISobjetiva (excluindo os internados na Enfermaria de psiquiatria).

Cálculos do coeficiente de correlação foram realizados por faixa etária. Constatou-se haver correlação entre intencionalidade suicida e letalidade médica na faixa etária de 30 a 39 anos de idade (tabela 14).

Tabela 14 - Coeficiente de correlação de Spearman entre Intencionalidade Suicida e Letalidade Médica, por faixa etária, excluindo-se os óbitos.

Faixa Etária	n	Coeficiente	p-valor	Situação
30 – 39	29	0.35342	0,06	Escala IStotal excluindo-se óbitos
30 – 39	35	0.28484	0,09	Escala ISobjetiva, até oitavo item, no geral
30 – 39	25	0.42032	0,04	Escala IStotal excluindo-se óbitos e os internados na Enfermaria de Psiquiatria
30 – 39	31	0.27197	0,14	Escala ISobjetiva (excluindo-se os internados na Enfermaria de Psiquiatria).

A associação entre intencionalidade suicida e letalidade médica nas quatro situações descritas revelou-se não ser estatisticamente significativa. A tabela 15 apresenta os valores de “p” para todas as associações possíveis.

Tabela 15. Associação entre Intencionalidade Suicida e Letalidade Médica.

Amostra (n)	p-valor*	Situação
100	0,78	Excluindo-se óbitos
89	0,58	Excluindo-se óbitos e os internados na Enfermaria de Psiquiatria
100	0,75	Escala de ISobjetiva (até oitavo item da Escala de Beck, excluindo-se os internados na Enfermaria de Psiquiatria).
111	0,49	Escala de ISobjetiva com óbitos e os internados na Enfermaria de Psiquiatria

*teste Qui-quadrado.

Análise Multivariada (Regressão Logística Politômica)

Utilizamos a análise de Regressão Logística Politômica Multivariada, modelo de “*odds*” proporcionais, para identificar as variáveis que poderiam discriminar os grupos resultantes da interação entre intencionalidade suicida e letalidade médica. Quatro grupos possíveis de respostas foram formados:

0 - IS↓/LET↓ - menor intencionalidade suicida/menor letalidade médica

1 - IS↑/LET↓ - maior intencionalidade suicida/menor letalidade médica

2 - IS↓/LET↑ - menor intencionalidade suicida/menor letalidade médica

3 - IS↑/LET↑ - maior intencionalidade suicida/menor letalidade médica

Todos os resultados foram analisados em relação ao grupo 0 (menor intencionalidade suicida/menor letalidade médica). A interação esperada na análise das variáveis foi com o grupo 3 (maior intencionalidade suicida/menor letalidade médica). Inicialmente realizou-se a análise univariada para as respostas (IS/LET 3, 2, 1, 0). Esses resultados são mostrados na tabela 16. Partindo de todas as variáveis e utilizando o processo de seleção *stepwise*, obteve-se os parâmetros para o modelo multivariado (tabela 17). A tabela 18 apresenta o modelo final das respostas encontradas nesta análise.

Tabela 16. Resultados das análises univariadas para respostas (IS/LET 3,2,1,0)

VARIÁVEL	DESCRITIVA	p-valor
Idade	Em anos	0,8
Sexo	Feminino vs masculino	0,02
Estado civil 1	Com parceiro vs casado	0,6
Estado civil 2	Sem parceiro vs casado	0,8
Acompanhante	Sozinho vs família/amigo	0,2
Método	Violento vs envenenamento	0,1
Uso de álcool	Sim vs não	0,8
Dific. Psicossocial - SPQ A1	Média vs pequena	0,2
Dific. Psicossocial - SPQ A2	Grande vs pequena	0,8
Apoio social A1	Médio vs grande	0,5
Apoio social A2	Pequeno vs grande	0,8
BPRS A*	Maior vs menor	0,8
Tentativa Suicídio anterior 1	Uma vs nenhuma	0,2
Tentativa Suicídio anterior 2	Duas ou mais vs nenhuma	0,03
HAD – ANS**	Sim vs não	0,5
HAD – DEP***	Sim vs não	0,4
GAS A1****	Alguma dif. vs sem dif.	0,1
GAS A2	Dif. marcante vs sem dif.	0,01
Hipótese Diagnóstica A1	Neurótico vs outros	0,8
Hipótese Diagnóstica A2	Afetivo vs outros	0,9

*Escala Breve de Sintomas Psiquiátricos - BPRS. **Escala Hospitalar da Ansiedade - HAD -ANS. ***Escala Hospitalar de Depressão. HAD - DEP. ****Escala de Avaliação Global - GAS.

Tabela 17. Parâmetros estimados para o modelo multivariado.

Variável	Par. Estimado	X ²	Erro padrão	p-valor	Odds ratio	IC 95%
Intercp1*	0,6136	1,1913	0,5621	0,3		
Intercp2	2,1150	12,4275	0,6000	0,0004		
Intercp3	3,1287	23,4351	0,6463	0,0001		
Sexo	-0,9518	6,0776	0,3861	0,01	0,386	0,2; 0,8
Tsant1**	0,6738	2,2427	0,4499	0,1	1,962	0,8; 4,7
Tsant2	-1,1333	4,2711	0,5484	0,04	0,322	0,1; 0,9

*Intercepto (Intercp) é a probabilidade do evento ocorrer em cada um dos níveis independente da variável medida. **Tentativa de Suicídio Anterior.

A análise destes dados revela que o sexo masculino apresenta maior probabilidade que o sexo feminino de estar no nível 3, 2, 1, em relação ao nível 0 de resposta. Revela também que não ter nenhuma tentativa de suicídio anterior implica maior probabilidade de estar no nível 3, 2, 1, em relação ao nível 0 da resposta, do que quem tem duas ou mais tentativas de suicídio.

Tabela 18. Modelo final das respostas encontradas na análise multivariada.

Sexo	Número deTS* anterior	Grupo(IS/LET)**	Probabilidade
Feminino	Nenhuma	3	0,2
Feminino	Nenhuma	2	0,5
Feminino	Nenhuma	1	0,7
Masculino	Nenhuma	3	0,4

*Tentativa de Suicídio. **Intencionalidade Suicida/Letalidade Médica.

A interpretação deste modelo final na análise de regressão logística multivariada revela que a variável tentativa de suicídio anterior e sexo foram as únicas que se destacaram com maior importância entre as 20 variáveis possíveis. Analisando a tabela 18 constata-se que o sexo masculino que não tem nenhuma tentativa de suicídio anterior tem maior probabilidade (42%) de estar no grupo 3 (IS↑/LET↑), do que o sexo feminino (22%).

V - Análise de Correspondência

A partir do estudo de tabelas de contingência a análise de correspondência permite identificar, por meio dos gráficos produzidos, se os grupos de interesse podem ser diferenciados através das medidas (distâncias euclidianas) realizadas nos elementos de cada um deles. A tabela 19 apresenta a tabela de contingência para a classificação de características segundo a classificação de intencionalidade suicida e letalidade médica.

Tabela 19. Tabela de contingência.

Variáveis	IBLB	IALB	IBLA	IALA
Masculino	6	9	22	26
Feminino	10	7	11	10
13 – 19 anos	3	0	8	6
20 – 29 anos	3	4	8	9
30 – 39 anos	6	6	8	10
40 – 49 anos	3	3	7	6
>= 50 anos	1	3	2	5
Com parceiro	7	3	8	10
Casado	2	6	12	10
Sem parceiro	7	7	13	16
Fam+amigos	11	12	25	29
Soz+polícia	4	1	3	3
Envenenamento	15	13	30	27
Violento	1	3	3	9
Não álcool	13	14	24	29
Com álcool	3	2	7	7
SPQ1	6	7	18	20
SPQ2	7	8	10	11
SPQ3	1	0	1	2
APOIO1	1	0	4	2
APOIO2	14	11	19	25
APOIO3	0	4	8	6
BPRS1	9	6	15	17
BPRS2	7	9	17	19
Nenhuma Tsant	8	10	23	21
Uma Tsant	3	2	8	12
Duas/+ Tsant	5	4	2	3
ANSN	3	3	10	9
ANSS	13	13	22	26
DEPN	7	3	14	9
DEPS	9	13	18	26
GAS1	3	2	2	1
GAS2	11	14	29	28
GAS3	2	0	2	7
Afetivo	6	10	14	17
Neurótico	6	2	18	11
Outros	4	4	1	8
Não óbito	16	16	32	36
Óbito	0	0	1	0

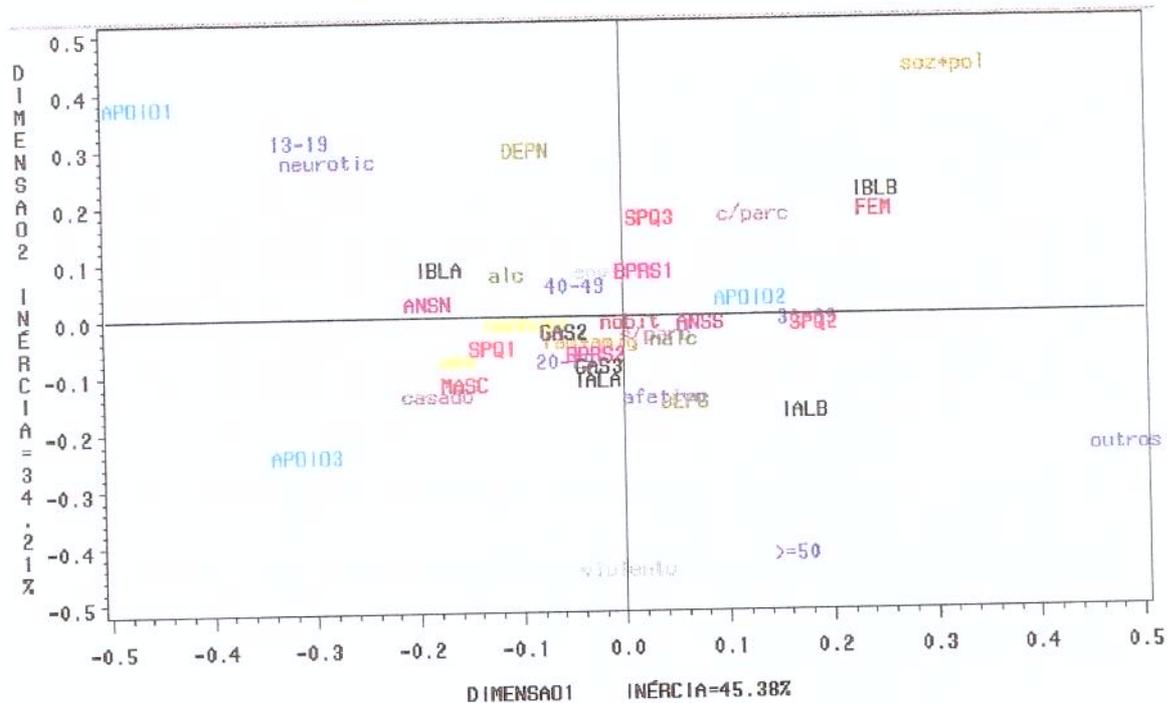
IBLB – Intencionalidade baixa/Letalidade baixa. **IALB** – Intencionalidade alta/Letalidade baixa. **IBLA** – Intencionalidade baixa/Letalidade alta. **IALA** – Intencionalidade alta/Letalidade alta. **SPQ** – Dificuldades Psicossociais. **APOIO** – Rede de Apoio social. **BPRS** – Escala Breve de Sintomas psiquiátricos. **ANSN** – Ansiedade não. **ANSS** – Ansiedade sim. **DEPN** – Depressão não. **DEPS** – Depressão sim. **GAS** – Escala de Avaliação Global.

Como poderá ser observado nos mapas, as dimensões (Eixo 1 e Eixo 2) apresentaram uma inércia (variância total), respectivamente, de 45,38% e 34,21% (tabela 20). Se os pontos são representados sobre o plano formado pelos dois primeiros eixos, é possível obter uma boa visão dos dados. Esta representação será tanto mais confiável quanto maior for a porcentagem de inércia explicada pelos primeiros eixos. Em nossa análise o percentual explicado foi de 79,6% (figura 8).

Tabela 20. Decomposição da inércia relativa dos eixos.

valores simples	Principal Inércias	Qui- quadrado	Porcentagem	
				9 18 27 36 45
				-----+-----+-----+-----+-----
0.15772	0.02488	36.7411	45.38%	*****
0.13694	0.01875	27.6972	34.21%	*****
0.10575	0.01118	16.5182	20.40%	*****
	-----	-----		
	0.05481	80.9565	(Grau de Freedom = 114)	

Figura 8 - Gráfico da análise de correspondência em coordenadas principais, da intencionalidade suicida/letalidade médica e as classificações.



Variáveis utilizadas:

Intenção/Letalidade(B = baixa; A = alta): IBLB ; IALB ; IBLA ; IALA
 Sexo: MASC; FEM
 Idade: 13-19; 20-29; 30-39; 40-49; >=50
 Situação conjugal: c/parc; casado; s/parc
 Acompanhamento: fam+amig; soz+pol
 Método: envenenamento; violento
 Álcool: nalc (não álcool); alc (álcool sim)
 Dificuldades Psicossociais - SPQ: SPQ1(pequena); SPQ2(média); SPQ3(grande)
 Rede de Apoio social - APOIO: APOIO1(pequeno); APOIO2(médio); APOIO3(grande)
 Escala Breve de Sintomas Psiquiátricos - BPRS: BPRS1(menor que a média, 35,5 pontos); BPRS2(maior que a média)
 Outra tentativa: nenhuma; uma; 2ou+
 Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão - HAD-ANSIEDADE: ANSN(ansiedade não); ANSS(ansiedade sim)
 Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão - HAD-DEPRESSÃO: DEPN(depressão não); DEPS(depressão sim)
 Escala de Avaliação Global - GAS: GAS1(dificuldades marcantes no funcionamento); GAS2(algumas dificuldades no funcionamento); GAS3(nenhuma dificuldade no funcionamento)
 Hipótese Diagnóstica: afetivo; neurotic(neurótico); outros
 GRUPO: nobit(não óbito); óbito

Para uma melhor compreensão da figura 8 é necessário considerar os pontos que apresentam maior contribuição absoluta no eixo que está sendo estudado, os pontos que se encontram em oposição com relação à origem e os que têm uma boa qualidade de representação.

No quadrante I observamos a presença de um subgrupo com menor intencionalidade suicida (IB – intencionalidade suicida baixa) e maior letalidade médica (LA – letalidade alta) formado por pacientes pertencentes à faixa etária dos 40 – 49 anos de idade, sem sintomas de depressão e ansiedade, que ingeriram bebida alcoólica antes da tentativa de suicídio e usaram o método do envenenamento.

No quadrante II temos um subgrupo com menor intencionalidade suicida (IB – intencionalidade suicida baixa) e menor letalidade médica (LM – menor letalidade) formado por pacientes do sexo feminino, solteiras com parceiros, que têm moderado apoio familiar e que utilizaram como método o envenenamento.

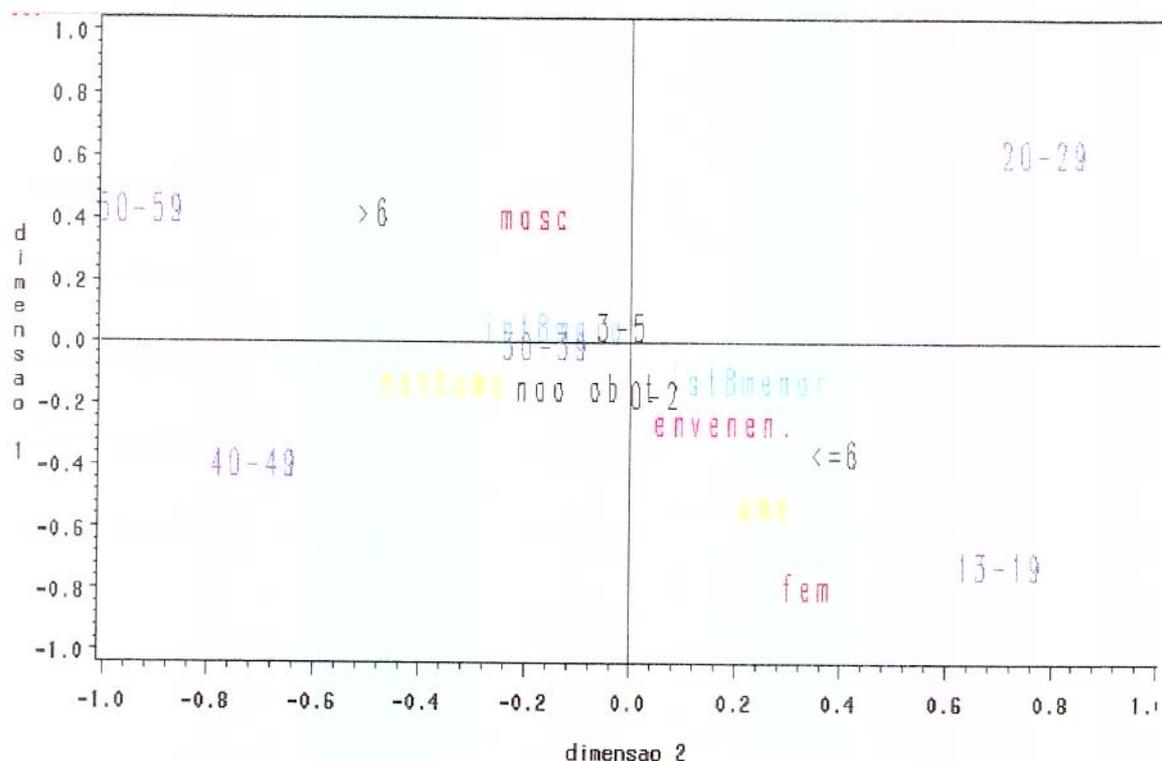
O quadrante III revela um subgrupo com maior intencionalidade suicida (IA – intencionalidade suicida alta) e maior letalidade médica (LA – letalidade alta) caracterizando-se por apresentar pacientes do sexo masculino situa-

dos na faixa etária dos 20 – 29 anos, casados, com nenhuma tentativa de suicídio anterior ou pelo menos uma tentativa anterior e que utilizaram métodos mais violentos.

O quadrante IV contém o subgrupo com maior intencionalidade suicida (IA – intencionalidade alta) e menor letalidade médica (LM – menor letalidade). É formado por pacientes na faixa etária dos 30 – 39 anos, solteiros sem parceiros, com sintomas de ansiedade e depressão presentes; o transtorno afetivo foi o diagnóstico principal; não ingeriram bebida alcoólica antes da tentativa de suicídio e utilizaram métodos mais violentos.

Considerando a intencionalidade suicida e letalidade médica como variáveis suplementares, através da análise de correspondência múltipla obtivemos o mapa apresentado na figura 9. A Análise de Correspondência Múltipla aloca todas as categorias em um espaço euclidiano. As duas primeiras dimensões (Eixos) deste espaço são plotadas para que se examine a associação entre as categorias. A interpretação é baseada nos pontos encontrados aproximadamente na mesma direção da origem e na mesma região do espaço.

Figura 9 – Gráfico da Análise de Correspondência Múltipla em coordenadas principais.



Variáveis utilizadas:

Sexo: MASC(masculino); FEM(feminino)

Idade: 13-19; 20-29; 30-39; 40-49; >=50

Método: envenen(envenenamento); violento

Outra tentativa: nenhuma; uma; 2ou+

GRUPO: nobit(não óbito); obito

Dias de Internação: <6(média dias internação); ≥6

ISTOT8 istot8maior(maior intencionalidade suicida); istot8menor(menor intencionalidade suicida)

RISCO: 0-2(menor letalidade médica); 3-5(maior letalidade médica)

No quadrante I e III observamos a presença de um subgrupo de pacientes que se caracteriza por ser do sexo masculino, estar situado na faixa etária dos 30 – 39 anos, ter maior intencionalidade suicida (ISobjetiva, consideramos até oitavo ítem da Escala de Intencionalidade Suicida), sem nenhuma tentativa de suicídio anterior, com maior letalidade médica (risco de vida entre 3 – 5); permaneceram internados por mais de 6 dias e o método utilizado foi mais violento.

No quadrante IV observamos a presença de um subgrupo de pacientes que se caracteriza por ser do sexo feminino, estar situado na faixa etária dos 13 – 19 anos, ter menor intencionalidade suicida, com uma tentativa de suicídio anterior, com menor letalidade médica (risco de vida entre 0 – 2); permaneceram internados por seis dias ou menos e o método utilizado foi o envenenamento.

VI - Análise de Agrupamentos (“Cluster analysis”)

Os resultados encontrados na Análise de Correspondência nos manteve na procura dos subgrupos, possivelmente, existentes na amostra. Esta procura deu-se através da Análise de Agrupamentos (“Cluster Analysis”) conforme descrito no capítulo de método. Obtivemos a formação de três subgrupos, excluindo os pacientes que faleceram, que estatisticamente caracterizam o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes da amostra a partir das variáveis estudadas.

A homogeneidade dos grupos formados com relação as variáveis estudadas foi avaliada pelo índice de disparidade entre as variáveis, R^2 . Quanto mais próximo de 1 estiver o R^2 , maior a homogeneidade destes com relação à variável (tabela 21). A distância euclidiana existente entre os subgrupos formados caracteriza a heterogeneidade dos subgrupos. Quanto maior a distância dos centróides, mais heterogêneos eles são e melhor o perfil caracterizado (tabela 22). Os subgrupos foram classificados em A, B e C.

Tabela 21. Resultados da análise estatística das variáveis na formação dos grupos.

Variável	R² (0 a 1)
Sexo	0,9
Intencionalidade Suicida Total	0,08
Idade	0,09
Letalidade médica	0,2
Método	0,9
Internação	0,06
Tentativa de Suicídio Anterior	0,05

Tabela 22. Frequência e distância entre os centróides dos grupos.

Grupos	Frequência	Em relação ao grupo	Distância entre os centróides
A	43	B	2.23
A	43	C	- 0 -
B	53	A	2.23
C	17	B	2.83

A seguir, faremos uma análise descritiva destes subgrupos para uma melhor compreensão das semelhanças entre os sujeitos pertencentes a cada grupo.

O subgrupo A é formado por 43 pacientes. Quarenta e um pacientes (95%; n = 43) são do sexo feminino. Dentre os 43 pacientes, 88%, têm menos de cinquenta anos de idade. Trinta e sete por cento são solteiros sem parceiro. Dificuldades psicossociais de média intensidade estavam presentes em 57% dos pacientes e 81% dos pacientes apresentavam médio apoio social. Sintomas de ansiedade estiveram presentes em 76% dos pacientes e sintomas de depressão em 61% dos pacientes. Quarenta e nove por cento dos pacientes não tinham tentativas de suicídio anterior. Quarenta e dois pacientes (98%; n = 43) utilizaram como método o envenenamento e 21 pacientes (51%; n = 41) apresentaram maior letalidade médica. A maioria, 61% dos pacientes, apresentou menor intencionalidade suicida.

O subgrupo B é formado por 53 pacientes. A maioria é do sexo masculino, 98%. Dentre estes, 79% tem menos de 39 anos de idade e 49% eram solteiros sem parceira. Em 95% dos pacientes dificuldades psicossociais estiveram presentes de pequena (64%) a média (31%) intensidade e 70% dos paci-

entes tiveram médio apoio social. Setenta e um por cento dos pacientes não tinham nenhuma tentativa de suicídio anterior. Sessenta e sete por cento dos pacientes apresentaram sintomas de ansiedade e 63% apresentaram sintomas de depressão. Cem por cento dos pacientes deste grupo utilizaram como método o envenenamento e 80% apresentaram maior letalidade médica. A maioria, 53%, apresentou maior intencionalidade suicida.

O subgrupo C é formado por 17 pacientes. A maioria é do sexo masculino, 94%. Setenta e um por cento dos pacientes estavam entre 30 – 59 anos de idade e 65% eram solteiros. Setenta e sete por cento dos pacientes apresentaram dificuldades psicossociais de pequena intensidade e 62%, médio apoio social. Noventa e três por cento dos pacientes tinham sintomas de ansiedade e depressão. A maioria, 59%, não tinha nenhuma tentativa de suicídio anterior. Cem por cento dos pacientes utilizaram métodos mais violentos para a tentativa de suicídio e 82% apresentaram maior letalidade médica. A maioria dos pacientes, 80%, apresentou maior intencionalidade suicida.

A tabela 23 sumariza o perfil dos três subgrupos descritos (consideramos apenas as variáveis estatisticamente significativas) e a tabela 24 apresenta me-

didadas de tendência central e de dispersão dos dados para os três subgrupos distintos.

Tabela 23 - Perfil dos subgrupos na análise de agrupamentos.

Grupo	N	Sexo	Idade	Método	IS	LM	HAD -D	SPQ
A	43	>>Feminino	< 50	Envenena- mento	↓	↑	Presente	↑
B	53	>>Masculino	< 40	Envenena- mento	↑	↑	Presente	↓↓
C	17	>>Masculino	30 – 59	Violentos	↑	↑	Presente*	↓↓

IS – Intencionalidade Suicida. **LM** – Letalidade Médica. **HAD - D** - Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (Depressão). **SPQ** – Dificuldades Psicossociais.

>> - acima de 94%

↓ - maioria dos pacientes com menor intencionalidade suicida.

↑ - maioria dos pacientes com maior intencionalidade suicida ou maior letalidade médica ou dificuldades psicossociais de média intensidade.

↓↓ - maioria dos pacientes com pequenas dificuldades psicossociais.

* - 93% dos casos com sintomas de depressão.

Tabela 24 - Medidas de posição e dispersão para as variáveis em cada subgrupo.

Variáveis	N	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Subgrupo A						
Idade	43	32,7	31	14,9	14	74
Internação(dias)	43	7,9	4	8,6	1	37
Istotal	38	15,1	16	6,6	0	28
Subgrupo B						
Idade	53	30,0	30	10,6	13	56
Internação	53	9,6	7	8,5	0	34
Istotal	47	17,9	18	4,9	7	28
Subgrupo C						
Idade	17	42,7	35	17,2	17	79
Internação	17	16,5	7	20,5	1	79
Istotal	15	19,5	20	3,4	13	24

Comparação dos Subgrupos

A comparação dos três subgrupos de tentativas de suicídio nos revela que o subgrupo C diferencia-se estatisticamente do subgrupo A e B. Caracteriza-se por apresentar predomínio do sexo masculino (Qui-quadrado, $p=0,001$). Tendem a ser mais velhos; a maioria (71%) situa-se na faixa etária de 30 a 59 anos de idade com média de 42,7 anos. Usaram métodos mais violentos (Qui-

quadrado, $p=0,001$). Têm maior intencionalidade suicida (Qui-quadrado, $p=0,03$) com mediana de 20 pontos. Tiveram maior letalidade médica (Qui-quadrado, $p=0,005$). Sintomas de depressão são freqüentes, 93%, (Qui-quadrado, $p=0,07$). Apresentaram menos dificuldades psicossociais (Teste Exato de Fisher; $p=0,05$).

Capítulo 4.

DISCUSSÃO

Este estudo descreve características sociodemográficas e clínicas de 121 casos de tentativa de suicídio que necessitaram de internação no Hospital das Clínicas da UNICAMP (HC – UNICAMP) em um período de 35 meses. Os dados foram obtidos através de uma avaliação padronizada, realizada pelo pesquisador, contendo uma anamnese estruturada e escalas psicométricas compiladas no Questionário de Tentativa de Suicídio – QTS. Ocupou-se exclusivamente em avaliar os pacientes que necessitaram de internação, caracterizando um subgrupo de indivíduos que apresentaram maior letalidade médica em consequência dos danos físicos causados pelo ato auto-agressivo. Ao final, este subgrupo revelou-se não ser homogêneo.

Não foi possível entrevistar todos os casos internados no período de estudo. Dados obtidos nos setores de Estatística e Centro de Controle de Intoxicação - CCI do HC – UNICAMP revelaram que o pesquisador entrevistou 86% dos casos internados por tentativa de suicídio no período de estudo. O atraso no processo de informatização não possibilitou obtermos informações sobre todos os casos não alcançados pela pesquisa (perda estimada de 14%).

Considerando a afirmação de ARENSMAN & KERKHOF (1996) de que estudos sobre tentativas de suicídio apresentam-se com problemas na confiabilidade dos dados, observamos que as dificuldades encontradas na realização da pesquisa, como: estado emocional do paciente, ambiente adequado para a realização da entrevista, as

conseqüências físicas do ato, entre outras, não foram impedimentos para a conclusão das avaliações em 94% dos casos. As entrevistas foram realizadas nas enfermarias onde os pacientes foram internados ou no pronto-socorro. No entanto, não podemos afirmar que os mesmos dados, notadamente os de caráter subjetivo, seriam obtidos, caso esperássemos mais tempo, após a tentativa de suicídio, para a avaliação do paciente.

Características Sociodemográficas

Os pacientes internados por tentativa de suicídio são, em sua maioria (64,5%), do sexo masculino proporção entre os sexos de 2:1 e adultos jovens (média de 32,6 anos de idade). Estes resultados caracterizam uma parcela da população de indivíduos que tentam suicídio. Diferencia-se da maioria dos estudos que revela-se com predomínio do sexo feminino, com uma variação em sua proporção entre os sexos de 3:1 (PLATT et al., 1992). Entretanto, BEAUTRAIS et al. (1996), em seu estudo, revelou uma proporção de 1:1 entre homens e mulheres que fazem tentativas de suicídio com maior letalidade médica mas, com média de idade similar à encontrada neste estudo, 30,4 anos.

A jovem faixa etária dos pacientes (75% têm menos que 40 anos de idade) assemelha-se a outros dados da literatura. PLATT et al (1992) revelou que tanto para valores absolutos, como para coeficientes, o pico de idade de ocorrência de tentativa de suicídio situa-se na faixa etária de 15 a 44 anos de idade. Perfil muito semelhante foi

encontrado por outros pesquisadores do HC – UNICAMP (CASSORLA, 1981; VIEIRA, 1994; BOTEGA et al., 1995).

Em nosso estudo os oito pacientes que faleceram eram do sexo masculino, que se confirma como um fator de maior risco para o suicídio (STEVENSON, 1988). A média de idade foi 27,5 anos. Dados de suicídio no Brasil revelam que 33% dos casos de suicídio situam-se na faixa etária de 15 a 24 anos de idade (MINISTÉRIO DA SAÚDE/FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE – SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ÓBITOS, 1991).

Dois terços dos pacientes apresentaram grau de escolaridade inferior a 8 anos (média 6,3 anos de escolaridade). Estão desempregados, 14%, e 25% são assalariados fixo. Compreendemos que este perfil sociodemográfico caracteriza o atendimento em um hospital público. Porém, estes indivíduos estão mais sujeitos a dificuldades econômicas e mais expostos a estressores e conseqüentemente desequilíbrios emocionais. Não foi objetivo deste trabalho analisar as motivações, mas foi possível identificar eventos precipitadores, na maioria das vezes considerados corriqueiros, desencadeando o ato suicida. De modo geral, observamos pessoas com intensa pressão interna, na iminência de explodir, revelando o efeito catártico da maioria das tentativas de suicídio.

Caracterização da Tentativa de Suicídio

Em 62% dos casos, a internação foi na Enfermaria de Retaguarda e UTI, caracterizando a condição de maior letalidade médica desses pacientes.

O envenenamento foi o método utilizado em 82% dos casos. Destes, 52% usaram produtos tóxicos (pesticidas, formicidas, raticidas, piretróides). Em nossa amostra, medicamentos foram utilizados por 31% dos casos, diferente, portanto, dos casos de tentativa de suicídio atendidos e liberados no pronto-socorro que, em sua maioria, utilizam-se de medicamentos como método (BOTEGA et al., 1995). Na maioria dos países, o envenenamento é o principal método utilizado para o suicídio. No estudo de BEAUTRAIS et al. (1996) o envenenamento foi o método utilizado em 78,5% dos casos.

A maior letalidade médica dos pacientes atendidos por nós sugere uma opção de envenenamento para o suicídio. Entretanto, dos oito casos que faleceram, 4 utilizaram arma de fogo como método. Este resultado corresponde também à utilização de métodos mais violentos nos casos de suicídio (STEVENSON, 1988; DIEKSTRA, 1993; DIEKSTRA & GULBINAT, 1993).

Características Clínicas

A medida do grau de intencionalidade suicida quantificou, a partir da pontuação obtida, a intenção de morte do indivíduo. Com uma variação de 0 a 30 pontos na Escala de Intencionalidade Suicida de Beck, a intencionalidade fica compreendida entre o desejo de morrer e o desejo de viver (BECK et al., 1974). Compreendemos que quanto mais próximo de 30 pontos estiver o indivíduo, possivelmente, maior deverá ser seu desejo de morrer.

Na falta de outros estudos na literatura, e apoiados por pesquisa anteriormente realizada no HC – UNICAMP (RAPELI, 1997), consideramos a mediana da amostra (18 pontos) como nota definidora de dois subgrupos: com menor e com maior intenção de morrer.

Em nosso estudo em 84% dos casos foi possível analisar esta Escala (uma única questão não preenchida desta Escala dificulta sua compreensão como um todo). De um modo global, a intencionalidade suicida tende a ser maior para o sexo masculino, mas não pode ser confirmada estatisticamente ($p=0,09$). Porém, considerando as oito primeiras questões da Escala, como o fez BECK et al.(1974) no estudo de validação da Escala de Intencionalidade Suicida (questões que exploram informações objetivas a respeito da tentativa de suicídio, podendo ser respondidas por familiares dos pacientes,

como nos casos de óbitos), a diferença pode ser estatisticamente confirmada entre os sexos ($p=0,03$), sendo o grau de intencionalidade suicida maior entre os homens, mesmo quando excluimos os casos que faleceram ($p=0,02$).

Concluimos que os homens, em relação ao ato suicida, geralmente, tomam mais precauções quanto à descoberta, preparam-se mais em detalhes, fazem arranjos bem definidos e solicitam menos socorro do que as mulheres.

Em seu estudo, POWER et al. (1985) não encontraram relação entre estresses de vida e outros parâmetros clínicos. Porém, estresses de vida têm sido sempre considerados na compreensão das tentativas de suicídio. Em nosso estudo, dificuldades psicossociais estiveram presente em 78% dos casos de tentativa de suicídio. Quatro dificuldades estiveram presentes com maior frequência: sentimentos de solidão, insatisfação com a vida que levam com o companheiro(a), estarem com dificuldades para pagar contas e insatisfação com o emprego. Os pacientes, de certo modo, revelam-se desamparados. A maioria recebe apoio social e pode contar com, no máximo, uma pessoa da família ou amigo. Poucos (24%) revelam receber apoio do companheiro(a).

Em estudo anterior, constatamos que a maioria das tentativas de suicídio ocorre dentro da própria casa e com maior frequência nos horários (almoço e jantar) de encontro com a família (RAPELI, 1997). HENDIN (1992) nos ensina que desespero,

desamparo e raiva são emoções que tem predominado em pacientes suicidas. Concluindo, FREUD (1987) descreve que a ambivalência da situação amor-ódio está revelada no desejo de querer reter e ao mesmo tempo punir o objeto amado. A necessidade de destruir esse objeto odiado, e amado, se expressa nos comportamentos auto-agressivos e nas tendências à autodestruição.

Tentativas de suicídio podem estar ligadas ao conceito de atos não-fatais. Estudos sobre tentativas de suicídio revelaram-nos a existência da intersecção entre tentativas de suicídio e suicídio. Para STEVENSON (1988), tentativa de suicídio anterior é fator de risco para subsequente suicídio.

Em nossa pesquisa, 40% dos pacientes revelaram uma ou mais tentativas de suicídio anterior. Resultado semelhante ao encontrado por HANKOFF (1976). O autor, em um estudo com 151 casos de tentativas de suicídio, revelou que 39% dos pacientes tinham uma ou mais tentativa de suicídio anterior. Dos nossos casos, 59% tinham uma tentativa de suicídio anterior. Considerando que em 19 a 24% dos casos de suicídio há tentativa de suicídio pregressa (DIEKSTRA, 1993) - muitos suicídios, estimados entre 30 a 60%, são o último ato numa série de tentativas, em quantidade que pode variar de 1 a mais de 20 (BRENT & KOLKO, 1990) - e que os indivíduos do nosso estudo caracterizam-se por apresentar algum grau de letalidade médica, sendo que 28% dos pacientes apresentaram maior probabilidade de se tornar um suicídio, concluimos que

tentativa de suicídio anterior é um importante definidor de subgrupos entre os indivíduos que tentam suicídio. Porém, a maioria dos nossos casos (60%) não apresentou nenhuma tentativa de suicídio anterior, fato que se revela, possivelmente, como uma característica específica do grupo de pacientes estudados.

Transtorno afetivo e transtorno neurótico foram os diagnósticos mais frequentes em nosso estudo, 43% e 35% dos casos, respectivamente. Transtorno por uso e abuso de substância esteve presente em 12% dos casos. Os transtornos psicóticos foram diagnosticados em 4,5% dos casos. Sintomas de depressão estiveram presentes em 66% dos casos. Doenças afetivas são encontradas em 40 – 80% das vítimas de suicídio (STEVENSON, 1988). Depressão, Alcoolismo e Esquizofrenia são as doenças psiquiátricas que constituem maior risco para o suicídio (STEVENSON, 1988; KAPLAN & SADOCK, 1997; HENDIN, 1992). No entanto, lembramos que trabalhamos com “tentativas” de suicídio. Daí o perfil diferenciado, com predomínio de transtornos não-psicóticos.

BEAUTRAIS et al. (1996) investigaram a relação de transtornos mentais com o risco de tentativas de suicídio com maior letalidade médica em 302 casos. Este estudo sugeriu haver uma prevalência de transtorno mental muito semelhante aos indivíduos que cometem suicídio. Os autores revelaram que transtornos afetivos, transtornos de

ansiedade, transtornos por uso de substâncias e comportamento antisocial apresentaram maior correlação com este grupo de pacientes.

Acreditamos que o fato de não termos utilizado uma escala exclusiva para obtenção do diagnóstico não colocou em risco os diagnósticos realizados. Além da anamnese e experiência clínica do pesquisador, os diagnósticos foram baseados na Escala Breve de Sintomas Psiquiátricos (BPRS) e na Escala de Ansiedade e Depressão (HAD). Similarmente, os resultados do estudo de BEAUTRAIS et al. são consistentes com os resultados deste presente estudo.

Isto pode significar uma aproximação clínica entre os pacientes que cometem suicídio e os que tentam suicídio com algum grau de letalidade médica quanto aos sintomas e diagnóstico psiquiátrico. De fato, estudos de seguimento revelam uma taxa de 10% de suicídio em indivíduos que tentaram suicídio (KREITMANN & CASEY, 1988; DIEKSTRA, 1993).

A todos os pacientes foi oferecido acompanhamento psiquiátrico. Noventa e três por cento dos pacientes aceitaram ser encaminhados. No estudo realizado por HANKOFF (1976), 11% dos indivíduos recusaram acompanhamento psiquiátrico. Sabemos, no entanto, que a maioria dos pacientes de tentativas de suicídio

encaminhados para acompanhamento psiquiátrico não comparecem ou abandonam o tratamento logo no seu início (BOTEGA et al., 1995).

Dos casos de tentativa de suicídio internados, 9% foram internados diretamente na Enfermaria de Psiquiatria. Dos internados em enfermarias clínica ou cirúrgica, 18% foram transferidos para Enfermaria de Psiquiatria após alta. Resultado igual ao encontrado por HANKOFF (1976). Estes foram em sua maioria do sexo masculino, com média de idade de 41 anos e caracterizam-se clinicamente por apresentarem maior intencionalidade e maior letalidade médica. Do total de casos da amostra, 27% receberam cuidados psiquiátricos (inicialmente ou após alta clínica ou cirúrgica) internados na Enfermaria de Psiquiatria, índice muito superior ao revelado na literatura.

A assistência a estes casos nos revelou, e concordamos com HANKOFF (1976) que em seu estudo sugere uma breve hospitalização psiquiátrica nos casos de tentativa de suicídio com maiores dificuldades emocionais, que a opção de internação psiquiátrica nos casos de tentativas de suicídio deve ser melhor considerada, mesmo nos casos de menor letalidade médica.

A avaliação da letalidade médica iniciou-se com a decisão da internação. A maioria dos pacientes apresentou algum risco de vida. Muitas foram as possibilidades encontradas na literatura para avaliação da letalidade médica nos casos de tentativas de

suicídio. Em seu estudo, ELLIOTT et al (1996) citam que a letalidade médica da tentativa de suicídio pode ser medida por vários caminhos.

Apoiando-se nestes estudos, na experiência de outros pesquisadores e em nosso estudo anterior (RAPELI, 1997), utilizamos três instrumentos na avaliação da letalidade médica feita posteriormente à decisão de internação do paciente. São eles: Escala de Coma de Glasgow; Escala de Envenenamento por Inseticidas Organofosforados e Carbamatos e a Escala de Avaliação do Risco de Vida.

Isoladamente a Escala de Coma de Glasgow revelou-se insuficiente na caracterização do grau de letalidade médica. Por esta escala, 71% dos pacientes não apresentaram alteração do nível de consciência e supostamente não necessitariam de cuidados médicos intensivos. Dentre estes, 3 pacientes faleceram, representando 37,5% dos casos de óbito.

Para os casos de envenenamento por pesticidas (38%) a Escala de Envenenamento por Organofosforado e Carbamato, específica para estes produtos, confirmou-se como um importante instrumento, como já havia revelado VIEIRA (1994). Oitenta e quatro por cento dos casos com este envenenamento apresentaram grau de intoxicação variando de moderado a grave.

A Escala de Avaliação do Risco de Vida, elaborada e aplicada pelo pesquisador, em 97% dos casos, a partir de parâmetros objetivos do estado clínico do paciente, foi responsável pela pontuação final do grau de letalidade médica do paciente. Revelou-se extremamente útil na identificação do risco de vida do indivíduo. Vinte e oito por cento dos casos foram considerados como tendo risco de vida grave. Destes, 24% faleceram.

Os dados descritos e discutidos até agora contribuem para um conhecimento geral dos casos de tentativas de suicídio com algum grau de letalidade médica. Possibilitam identificar aspectos sociodemográficos e clínicos de relevância para este grupo de tentativas de suicídio, como serem na maioria do sexo masculino, adultos jovens, na maioria solteiros com presença de sintomas de ansiedade e depressão. Transtorno afetivo e transtornos neuróticos são os diagnósticos psiquiátricos mais freqüentes, não apresentam tentativas de suicídio anterior e têm dificuldades psicossociais com mínimo apoio social.

Associação de Variáveis com a Intencionalidade Suicida e Letalidade Médica.

Fazendo parte dos objetivos específicos deste estudo, a verificação da existência de associação de variáveis com a intencionalidade suicida (IS) e a letalidade médica (LM) foi realizada por meio do teste de Qui-quadrado, e quando necessário, o teste Exato de Fisher. De todas as variáveis estudadas (sexo, estado civil, faixa etária,

método, ingestão de bebida alcoólica, tentativa de suicídio anterior, sintomas de ansiedade e depressão, diagnóstico psiquiátrico, dificuldades psicossociais e rede de apoio social) três revelaram-se estatisticamente significativa com a maior intencionalidade suicida: método, sintomas de depressão, transtorno afetivo; e duas com a maior letalidade médica: sexo masculino, uma tentativa de suicídio anterior.

Constatamos que os pacientes que utilizaram métodos mais violentos (arma de fogo, enforcamento, atropelamento) (18% dos casos), os que apresentaram sintomas de depressão (66% dos casos) e os que receberam diagnóstico de transtorno afetivo (40% dos casos) revelaram associação estatisticamente significativa com maior intencionalidade suicida, respectivamente, ($p=0,04$; $p=0,03$ e $p=0,03$).

Estes resultados foram concordantes com um estudo de HAWTON (1989). O autor considera a importância clínica e científica de se conhecer o grau de intencionalidade suicida pela possibilidade de associação desta variável com outras características do indivíduo. Em nosso estudo, a partir da avaliação da intencionalidade suicida, reconhecemos subgrupos de indivíduos que, por ter maior desejo para a morte de fato, recorrem a métodos mais eficazes para o ato ou apresentam sintomas de depressão ou estão em episódio depressivo de sua doença afetiva. Para FREUD (1987) mesmo a intenção consciente de cometer suicídio escolhe seus meios, sua época e oportunidades. Incorporar na avaliação das tentativas de suicídio a intencionalidade

suicida amplia, sensivelmente, a compreensão do ato autodestrutivo de cada indivíduo isoladamente.

No comportamento suicida o grau de letalidade médica é um item freqüentemente avaliado (BOTEGA, 1996). HAWTON (1989) relata que a letalidade médica pode ser um forte indicador da efetividade da tentativa de suicídio. Em um estudo de seguimento realizado por ROSEN (1976), o autor revelou que o grupo de pacientes com maior gravidade na tentativa de suicídio (psiquiátrica e medicamente grave) apresentaram uma taxa de suicídio 2 vezes maior do que o grupo com menor gravidade da tentativa de suicídio. ELLIOTT et al. (1996) revelou que o grupo de maior letalidade médica apresentou um maior risco para subsequente suicídio.

Em nosso estudo, na avaliação da letalidade médica, os pacientes com pontuação de 0 a 2 pontos foram considerados com menor letalidade médica. Os pacientes com pontuação de 3 a 5 pontos foram considerados com maior letalidade médica. Todos os pacientes internados estavam correndo algum risco de vida. Setenta e dois por cento dos casos apresentaram maior letalidade médica. Dentre estes, o sexo masculino (65% dos casos) e os pacientes que tiveram uma tentativa de suicídio anterior (24% dos casos) apresentaram associação estatisticamente significativa com a maior letalidade médica, respectivamente, ($p = 0,006$ e $p = 0,03$). O grupo de pacientes que não relataram tentativas de suicídio anterior (60% dos casos) apresentou uma tendência a ter maior

letalidade médica ($p = 0,08$). Assim, os pacientes do sexo masculino com uma tentativa de suicídio anterior ou sem tentativa de suicídio anterior caracterizam subgrupos de tentativa de suicídio com maior letalidade médica.

Tentativas de suicídio têm sido relatadas como fator de risco para suicídio (STEVENSON, 1988). BRENT & KOLKO (1990) relatam que muitos suicídios são o último ato numa série de tentativas em quantidade que pode variar de 1 a mais de 20. Letalidade e intencionalidade suicida aumentam progressivamente em indivíduos que têm repetidas tentativas de suicídio (PIERCE, 1981). Este mesmo autor afirma que tentativas de suicídio repetidas têm maior probabilidade de serem mais letais. Entretanto, em nossa amostra, os pacientes que tiveram maior letalidade médica não tinham tentativas de suicídio anterior ou tinham uma tentativa de suicídio anterior, apenas. Este estudo ratifica a importância de obtermos dados passados do comportamento suicida na caracterização do perfil clínico do indivíduo na tentativa de suicídio atual, conforme já havia concluído MALONE et al. (1995).

Relação entre Intencionalidade Suicida e Letalidade Médica

POWER et al. (1985) consideraram que a intencionalidade suicida e a letalidade médica tendem a estar mais intimamente relacionadas. A idéia de que tentativas de suicídio com maior letalidade médica são premeditadas e são de indivíduos que desejam

como resultado a morte também foi expressada por ROSEN (1970). O'DONNELL et al. (1996), no entanto, relataram que a maioria das tentativas de suicídio com maior letalidade médica não resulta em morte. Para STENGEL (1970), muitos indivíduos são incertos quanto ao desejo de morrer ou viver. Dependendo da situação, querem as duas coisas ao mesmo tempo, uma mais, ou muito mais que a outra.

De fato, a existência de correlação entre o desejo de morrer e o desejo de viver, expressada no grau de intencionalidade suicida e no grau de letalidade médica, vem sendo discutida por vários autores.

Nosso estudo revelou não haver relação (correlação e associação) entre intencionalidade suicida e letalidade médica.

Na análise de correlação quatro situações distintas foram avaliadas: Intencionalidade Suicida total, excluindo-se os casos de óbito; Intencionalidade Suicida total, excluindo-se os casos de óbito e os internados na Enfermaria de Psiquiatria; Intencionalidade Suicida objetiva, até o oitavo item da Escala de Intencionalidade Suicida de Beck; Intencionalidade Suicida objetiva, excluindo-se os casos internados na Enfermaria de Psiquiatria. Em nenhuma destas situações a existência de correlação se confirmou.

BECK et al. (1975) relata que a letalidade médica e a intencionalidade suicida tendem a apresentar maior correlação somente naqueles indivíduos com consciência prévia da letalidade médica de seu ato. No estudo como um todo, os autores encontraram baixa correlação. WEISSMAN (1975) relata que, nos casos de tentativas de suicídio por envenenamento, encontraremos muito menor correlação entre intencionalidade suicida e letalidade médica.

POWER et al. (1985) concluíram que estatisticamente os grupos de menor e maior letalidade médica diferem significativamente quanto ao grau de intencionalidade suicida. Para ELLIOTT et al. (1996) o grupo de pacientes com maior letalidade médica tende a apresentar maior intencionalidade suicida.

PIERCE (1977) realizou um estudo no qual concluiu que a correlação entre intencionalidade suicida e letalidade médica é maior em pacientes do sexo masculino e em indivíduos idosos. Baseando-se neste resultado prosseguimos na análise e dividimos a amostra por faixa etária. Encontramos que, para a faixa etária de 30 – 39 anos de idade, em duas situações a correlação se revelou estatisticamente significativa. Na primeira situação, uma tendência à correlação e na segunda situação, uma correlação de fato. [Intencionalidade Suicida total, excluindo-se os casos de óbito (coeficiente de correlação = 0,35; $p = 0,06$) e Intencionalidade Suicida total, excluindo-se os casos de

óbito e os internados na Enfermaria de Psiquiatria (coeficiente de correlação = 0,42; $p = 0,04$)].

Estes resultados devem ser vistos com cautela. A divisão por faixa etária obrigou-nos a trabalhar com subamostras, numericamente reduzidas. Porém, no pensamento estatístico, se há correlação com pequenas amostras, poderá ocorrer também com amostras maiores. De um modo geral não confirmamos a existência de correlação entre intencionalidade suicida e letalidade médica.

Concluimos que na amostra estudada parâmetros como intencionalidade suicida e letalidade médica vêm revelando-se como definidoras na formação de subgrupos. Optamos, portanto, considerar a análise dos resultados como um todo. Para nós, é correto afirmar que não foi possível identificar, nesta pesquisa, relação entre intencionalidade suicida e letalidade médica. Porém, deve ser considerado que nossos casos apresentavam algum grau de letalidade médica, diferentemente dos autores citados que pesquisaram tentativas de suicídio de um modo geral. Este aspecto pode ter interferido no teste de correlação com a intencionalidade suicida.

Análise Multivariada (Regressão Logística Politômica)

Com a intenção de investigar e discriminar subgrupos resultantes da relação entre Intencionalidade Suicida e Letalidade médica, prosseguimos na análise utilizando-se da regressão logística politômica multivariada. Quatro níveis possíveis de respostas foram definidos: 0 -IS↓/ LET↓; 1 -IS↑/LET↓; 2 -IS↓/LET↑; 3 -IS↑ /LET↑ (Estes grupos estão melhor descritos em resultados). Esta análise confirmou os dados obtidos na associação das variáveis com a letalidade médica. As únicas variáveis, entre as estudadas, que revelaram-se estatisticamente significativas foram o sexo masculino e o grupo de pacientes sem tentativa de suicídio anterior, respectivamente, ($p=0,01$ e $p=0,04$).

A interpretação final desta análise revelou que os pacientes do sexo masculino que não tentaram suicídio anteriormente têm maior probabilidade (40%) de estarem no nível de resposta 3 (IS↑/ LET↑, nível desejado), do que o sexo feminino na mesma situação (20%). Portanto, os pacientes do sexo masculino que não têm nenhuma tentativa de suicídio anterior formam um subgrupo de tentativas de suicídio dentro do grupo de pacientes estudados. Concluimos que os pacientes do sexo masculino que não têm nenhuma tentativa de suicídio anterior tendem a fazer tentativas de suicídio mais efetivas, que, segundo BECK et al. (1974) a efetividade é refletida pela relação entre o grau de letalidade médica e intencionalidade suicida.

Análise de Correspondência e Análise de Agrupamentos (“Cluster analysis”)

Orientados por autores, como por exemplo, KREITMANN (1977) (que enfatizou a necessidade de dividirmos as tentativas de suicídio em subgrupos homogêneos), ARENSMAN & KERKHOF (1996) (que afirmaram que muitas diferenças são encontradas na caracterização das tentativas de suicídio, sendo que, em alguns estudos, valoriza-se o risco de suicídio, em outros, a letalidade médica e/ou a intencionalidade suicida e há, também, caracterização de subtipos pelo método utilizado) prosseguimos na investigação com a finalidade de nos aproximarmos de uma caracterização de subgrupos existentes na amostra.

A necessidade de dividirmos as tentativas de suicídio em categorias já havia sido proposta anteriormente por KIEV (1976), HANKOFF (1976), HENDERSON & LANCE (1979). Em um estudo realizado por nós (RAPELI, 1997), caracterizamos, clinicamente, três subgrupos de pacientes internados em razão dos danos físicos causados pelo ato auto-agressivo. Utilizando-se destes dados, definimos como um dos objetivos deste estudo a caracterização destes subgrupos.

A Análise de Correspondência, a partir de tabelas de contingência, permite identificar se estes subgrupos de interesse podem ser diferenciados. Inicialmente utilizando-se da classificação de intencionalidade suicida e letalidade médica, quatro

subgrupos foram identificados. Observamos a ocorrência de intersecção entre eles quanto ao sexo, faixa etária, letalidade médica, intencionalidade suicida e método utilizado, impossibilitando uma clara compreensão destes.

Em razão disto, prosseguimos na análise considerando a letalidade médica e intencionalidade suicida como variáveis suplementares, ou seja, não definidoras dos subgrupos, sendo colocadas posteriormente nos grupos já formados. Encontramos, então, dois subgrupos bem definidos. Os pacientes do primeiro subgrupo caracterizam-se por serem do sexo masculino, situados na faixa etária dos 30 – 39 anos de idade, com maior intencionalidade suicida, sem nenhuma tentativa de suicídio anterior. Utilizaram métodos mais violentos e apresentaram maior letalidade médica. Os do segundo subgrupo caracterizam-se por serem do sexo feminino, situados na faixa etária dos 13 – 19 anos de idade, com menor intencionalidade suicida, apresentando uma tentativa de suicídio anterior. Utilizaram o envenenamento como método e apresentaram menor letalidade médica. Estes resultados nos permitem identificar duas categorias de tentativas de suicídio na amostra em estudo.

A primeira categoria, que definimos como tentativas de suicídio “Efetivas”, aproximam-se efetivamente dos casos que cometem suicídio. Lembramos que, na análise de correlação, identificamos haver correlação estatisticamente significativa entre intencionalidade suicida e letalidade médica, exatamente, na faixa etária dos 30 – 39

anos de idade. Na segunda categoria estão os pacientes com características bastante próximas aos casos de tentativas de suicídio atendidas em pronto-socorro e que não necessitam de internação. É a categoria das tentativas de suicídio “Ambivalentes”. Esta oscilação entre o desejo de viver e o desejo de morrer não deve ser vista com desprezo. Segundo ARENSMAN & KERKHOF (1996), uma mesma pessoa pode se mostrar diferentemente motivada para a tentativa de suicídio em duas ou mais ocasiões.

Concluimos que, no processo de análise estatística, os parâmetros avaliados e estudados vêm-se aglomerando em torno de características da amostra e os subgrupos procurados começam a se definir.

Conscientes da importância destes resultados e por compreender que os dois subgrupos descritos poderiam, ainda, não caracterizar de modo definitivo o perfil sociodemográfico e clínico das categorias existentes neste grupo de pacientes que tentaram suicídio com maior letalidade médica, prosseguimos na investigação utilizando-se da Análise de Agrupamentos (“Cluster analysis”).

KIEV (1976), HANKOFF (1976) e HENDERSON & LANCE (1979) definiram categorias de tentativas de suicídio utilizando-se desta análise. Diferentemente da nossa amostra, formada por tentativas de suicídio internadas e com algum grau de letalidade médica, estes autores estudaram tentativas de suicídio no geral.

Em nosso estudo, constatamos a presença de três subgrupos distintos. O primeiro subgrupo é formado por 43 pacientes: a maioria do sexo feminino (95%) e de jovens (média de 32,7 anos de idade); dois terços com sintomas de depressão. O envenenamento foi o método utilizado e a metade dos casos (51%) apresentou maior letalidade médica. Ficaram em média 7,9 dias internados. A maioria (61%) apresentou menor intencionalidade suicida (mediana igual a 16 pontos). Dificuldades psicossociais, geralmente, não estiveram presentes.

Neste subgrupo a maior e menor letalidade médica em proporção de 1:1 revela, possivelmente, um desconhecimento do poder letal (98% utilizaram envenenamento) do método pelos pacientes. São depressivos em sua maioria, mas não o suficiente para desejar a morte (menor intencionalidade suicida). Uma categoria discretamente semelhante foi descrita por HANKOFF (1976) em seu estudo. Este autor denominou de “Crises” este subgrupo de pacientes. Estes, usualmente, manifestam angústia, depressão, tensão ou pânico e podem relatar situação de crise.

O segundo subgrupo é formado por 53 pacientes, na maioria do sexo masculino (98%). Situam-se na faixa etária dos 20 – 39 anos, média 30 anos de idade. Dois terços apresentaram sintomas de depressão. O envenenamento foi o único método utilizado. A maioria apresentou maior letalidade médica e maior intencionalidade suicida (mediana igual a 18 pontos). Os pacientes ficaram em média 9,6 dias internados.

Este subgrupo caracteriza-se, principalmente, pela duplicidade clínica. Há um maior desejo da efetividade da tentativa de suicídio (Beck et al. 1974) e por serem, praticamente, todos do sexo masculino estão mais sujeitos a subsequente suicídio (STEVENSON, 1988).

O terceiro subgrupo formado por 17 pacientes. Maioria do sexo masculino (94%). Situam-se entre 30 – 59 anos (média, 42,7 anos). Sintomas de depressão estiveram presentes. Método violento foi o único utilizado. A maioria, com maior letalidade médica e maior intencionalidade suicida (mediana igual a 20 pontos). Os pacientes ficaram em média 16,5 dias internados.

Este subgrupo revela-se de especial importância clínica. Em comparação com os outros dois subgrupos os pacientes revelaram-se com maior risco de se tornarem um suicídio. Algumas características assemelham-se às do segundo subgrupo, porém, a análise estatística revelou que neste grupo elas aparecem com mais força. A opção pelo método violento revela a consciência de que a morte seria o fim. A tentativa frustrada pode agravar ainda mais os sentimentos de impotência do paciente. É mínima a semelhança entre estes resultados e os apresentados por outros autores anteriormente citados. Porém, HENDERSON & LANCE (1979) descreveram um grupo, entre os seis encontrados por análise de agrupamento, que apresentou maior intencionalidade suicida e após dois anos de seguimento nove indivíduos deste grupo morreram por suicídio.

CONCLUSÕES

Estudamos 121 casos de tentativa de suicídio com algum grau de letalidade médica internados no Hospital das Clínicas da UNICAMP.

Os pacientes são majoritariamente adultos jovens, média de idade 32,6 anos, e do sexo masculino. Proporção entre homens e mulheres 2:1. Oito pacientes faleceram, todos do sexo masculino e com média de idade ainda mais jovens, 27,5 anos.

O envenenamento foi o método mais utilizado. A maioria por produtos tóxicos. Os pacientes do sexo masculino tendem a ter maior intencionalidade suicida. Geralmente, tomam mais precauções quanto à descoberta, preparam-se mais em detalhes, fazem arranjos bem definidos e solicitam menos socorro do que as mulheres.

Transtorno afetivo foi o diagnóstico predominante e a maioria dos pacientes revelou sintomas de depressão. Em nosso estudo houve demanda para internação ou transferência para Enfermaria de Psiquiatria como opção de tratamento psiquiátrico. A maioria dos pacientes não tinha tentativas de suicídio anterior.

Os pacientes que utilizaram métodos mais violentos, apresentaram sintomas de depressão e tiveram como diagnóstico transtorno afetivo revelaram ter maior intencionalidade suicida. Os pacientes do sexo masculino que não tiveram nenhuma

tentativa de suicídio anterior ou tiveram uma tentativa de suicídio anterior apresentaram maior letalidade médica.

De um modo geral, neste estudo, não encontramos correlação entre intencionalidade suicida e letalidade médica. Porém, para a faixa etária entre 30 – 39 anos de idade, excluindo-se os óbitos e os pacientes internados diretamente na Enfermaria de Psiquiatria, obtivemos correlação entre intencionalidade suicida e letalidade médica.

A análise de Regressão Logística Polinômica revelou que os pacientes do sexo masculino que não têm nenhuma tentativa de suicídio anterior tendem a fazer tentativas de suicídio com maior intencionalidade suicida e maior letalidade médica.

A análise de correspondência identificou dois subgrupos nesta parcela de pacientes que tentam suicídio. O primeiro, definido como Tentativas de Suicídio “Efetivas”, aproxima-se do grupo de pacientes que cometem suicídio. O segundo, definido como Tentativas de Suicídio “Ambivalentes”, é similar ao grupo de pacientes que tentam suicídio que são atendidos no pronto-socorro e dispensados para casa.

Na análise de agrupamentos (“cluster analysis”) definimos três subgrupos distintos. O primeiro subgrupo caracteriza-se pela maioria dos pacientes ser do sexo

feminino, com sintomas de depressão. Utilizaram o envenenamento como método. A maioria dos pacientes apresentou menor intencionalidade suicida e maior letalidade médica. O segundo subgrupo caracteriza-se pela predominância do sexo masculino com média de idade de 30 anos. Sintomas de depressão estiveram presentes na maioria dos pacientes e o envenenamento foi o único método utilizado. A maioria apresentou maior intencionalidade suicida e maior letalidade médica. O terceiro subgrupo caracteriza-se pela maioria dos pacientes ser do sexo masculino na faixa etária dos 30 – 59 anos de idade, média de 42,7 anos. Sintomas de depressão estiveram presentes e método violento foi o único utilizado. Estes pacientes apresentaram maior intencionalidade suicida e maior letalidade médica.

Na comparação entre os grupos encontramos que este último diferencia-se, estatisticamente, dos demais, firmando-se como o principal grupo que define o perfil da parcela de indivíduos que tentam suicídio com maior letalidade médica.

SUMMARY

“Suicide Attempts involving risk of life: suicide intention, medical lethality and cluster analysis”

This study was carried out at the general hospital of the Universidade Estadual de Campinas, in Campinas, Brazil. The aims of the study were to assess the relationship between suicide intention and medical lethality, as well as to verify the existence of different groups of suicide attempters. The study subjects were those patients admitted to the hospital after a suicide attempt and those who stayed in the casualty department for more than 24 hours.

A structured interview including psychometric scales, sociodemographic and clinical data, was used. The following statistical tests were used: Chi-squared, Fisher, Mann-Whitney, Spearman correlation, multivariate politomic logistic regression, correspondence analysis and cluster analysis.

Most patients were male (64.5%) and young adults. The mean age was 32.6 years. Half of the patients were single and two thirds had less than 8 years of scholarship. Poisoning was the method of suicide most frequently used (82%). There were 8 deaths in young male adults (mean age = 27.5 years).

Three variables were associated with greater medical lethality: the use of a violent method, depressive symptoms and the diagnosis of an affective disorder. Two variables were associated with medical lethality: male and a previous suicide attempt.

Three groups of patients (excluding 8 cases of death) were identified by cluster analysis: 1. A group of 43 subjects (most of them female, mean age = 32.7 years) who used self-poisoning as suicide method. Half presented higher degrees of medical lethality and two thirds lower level of suicide intention; 2. A group of 53 subjects (most males, mean age = 30 years) who used self-poisoning and presented both high medical lethality and suicide intention; 3. A group of 17 subjects (most males, mean age = 42.7) who used violent method in the suicide attempt and presented higher levels of medical lethality and suicide intention.

***REFERÊNCIAS
BIBLIOGRÁFICAS***

- ARENSMAN, E. & KERKHOF, J.F.M. - Classification of Attempted Suicide: A review of Empirical Studies, 1963-1993. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 26: 47-67, 1996.
- BEAUTRAIS, A.L.; JOYCE, P.R.; MULDER, R.T.; FERGUSSON, D.M.; DEAVOLL, B.J.; NIGHTINGALE, S.K. - Prevalence and Comorbidity of Mental Disorders in Persons Making Serious Suicide Attempts: A Case-Control Study. *American Journal Psychiatry*, 153: 1009-1014, 1996.
- BECK, A.T.; SHUYLER, D. HERMAN, I. - Development of suicidal intent scales. In: BECK; A.T; RESNICK, H.I.P. & LETTIARI, D.J. - *The prediction of suicide*. Philadelphia, Charles Press, 1974. p.45-46.
- BECK, A.T.; BECK, R.; KOVACS, M. - Classification of Suicidal Behaviors: I. Quantifying Intent and Medical Lethality. *American Journal Psychiatry*, 132(3): 285-287, 1975.
- BOTEGA, N.J.; CANO, F.; KOHN, S.C; KNOLL, A.I.; PEREIRA, W.A.B.; BONARDE, M.C. - Tentativa de suicídio e adesão ao tratamento: um estudo descritivo em hospital geral. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 44(1): 19-25, 1995
- BOTEGA, N.J.; BIO, M.R.; ZOMIGNANI, M.A.; GARCIA, C.Jr. & PEREIRA, W.A. B. - Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Revista de Saúde Pública*, 29(5): 355-363, 1995.
- BOTEGA, N.J. - Suicídio e Tentativa de Suicídio. In: ALMEIDA, O.P.; DRATCU, L. & LARANJEIRA R. - *Manual de Psiquiatria*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1996. p.221-227.
- BRENT, D.A; KOLKO, D.J. - The assessment and treatment of children and adolescents at risk for suicide. In: BLMENTHAL, S.J.; KUPFER D.J. - *Suicide over the life cycle*. Washington, D.C. APA Press, 1990. p.253-302.
- BROWNER, W.S.; BLACK, D.; NEWMAN, T.B. HULLEY, S.B. - Estimating Sample Size and Power. In: HULLEY, B.S; CUMMINGS, S.R. - *Designing Clinical Research. An Epidemiologic Approach*, 1988.
- CASSORLA, R.M.S. - Jovens que tentam suicídio. Características demográficas e sociais: um estudo comparativo com jovens normais e com problemas mentais (I). *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 33: 2-12, 1984.

- CASSORLA, R.M.S. - O Impacto dos Atos suicidas no Médico e na Equipe de Saúde. *Jornal Brasileiro de Medicina*, 56(3): 84-94, 1989.
- CORNEY, R.H. - Development and use of a short self-rating instrument to screen for psycosocial disorders, *J. R. Coll. Gen. Pract* 38: 263-265, 1988.
- DIEKSTRA, R.F.W. - The epidemiology of suicide and parasuicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica: Suppl.* 371: 9-20, 1993.
- DIEKSTRA, R.F.W. & GULBINAT, W. - The epidemiology of suicidal behavior: a review of three continents. *Rapp. Trimest. Statist. Sanit. Mond*, 46: 52-68, 1993
- DURKHEIM, E. - O Suicídio: Estudos sociológicos. 6 ed. Lisboa, Editorial Presença, 1996. 405p.
- D'ANCONA, C.A.L.; BOTEAGA, N.J.; MORAES, C. et al. - Quality of life after penectomy for penis carcinoma. *Journal of Urology*, 1996.
- ELLIOTT, A.J.; PAGES, D.P.; RUSSO, J.; WILSON, L.G.; ROY-BYRNE, P.P.A. - profile of medically serious suicide Attempts. *J Clin Psychiatry*, 57(12): 567-571, 1996.
- ENDICOTT, J.; FLEISS, J.L.; COHEN, J. - The Global Assessment Scale (GAS). *Archives of General Psychiatry* 33: 766-771, 1976.
- FREUD, S. - A Psicologia da Vida Cotidiana. In: _____ - Obras Completas. 2 ed. vol.6 (1901). Rio de Janeiro, Imago Editora, 1987. 255p.
- FREUD, S. - Luto e Melancolia. In: _____ - Obras Completas. 2ed. vol. 14 (1920). Rio de Janeiro, Imago Editora Ltda, 1987. p.271-377.
- GELDER, M.; GATH, D; & MAYOU, R. - Oxford Textbook of Psychiatry. East Kilbrid. M e A Thonson Litho Ltda, 1983.
- HANKOFF, L.D. - Categories of Attempted Suicide: A Longitudinal Study. *American Journal of Public Health*, 66, 558-563, 1976.
- HARTIGAN, J.A. - Clustering Algorithms. New York, Wiley, 1975.
- HAWTON, K. - Suicide and attempted suicide. In: THOMPSON, C. - The Instruments of Psychiatric Research. John Wiley & Sons Ltd, 1989. p.195-210.

- HENDERSON, S. & LANCE, G.N.- Types of Attempted Suicide (parasuicide). *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 59: 31–39, 19879.
- HENDIN, H. - The psychodynamics of suicide. *International Review of Psychiatry*, 4: 157–167, 1992.
- KAPLAN, H.I & SADOCK, B.J. - Transtorno do humor e Suicídio. In: _____
- *Compêndio de psiquiatria*, 7 ed. - Porto Alegre - Artes Médicas, 1997. p.1039-1045.
- KESSEL, N. - The respectability of self-poisoning and the fashion of survival. *Journal Psychosomatic Res.*, 10: 29-36, 1966.
- KIEV, A. - Cluster Analysis Profiles of Suicide Attempters. *American Journal Psychiatry*, 133: 150-153, 1976.
- KNAUS, W.A.; DRAPER, E.A.; WAGNER, D.P.; ZIMMERMAN, J.E. - APACHE II: A severity of disease classification system. *Crit Care Med* 13: 818-828, 1985.
- KREITMANN, N. - *Parasuicide*. London: John Wiley & Sons Ltd., 1977.
- KREITMANN, N. CASEY, P. - Repetition of parasuicide and epidemiological na clinical study. *British Journal Psychiatry*, 153: 792–800, 1988.
- MARLONE, K.M.; SZANTO, K.; CORBITT, E.M.; MANN, J.J. - Clinical Assessment Versus Research Methods in the Assessment of Suicidal Behavior. *American Journal Psychiatry*, 152: 1601–1607, 1995.
- MORGAN, H.G.; OWEN, J.H. - *Persons at risk of suicide: Guidelines on Good Clinical Practice*. (The Books Company PLC - London), 1990.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE/FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (Sistema de Informação de Óbitos), 1991.
- REABELLO, G.D. - Coma. In: NITRINI, R. & BACHESCHI, L.A. - *A Neurologia que todo médico deve saber*. 1 ed. São Paulo, Maltense. 1991. p.97-131.
- OVERAL, J.E.; GORHN, D.R. - The Brief Psychiatry Rating Scale. *Psychological Report*, 10: 799-812, 1962.
- O'DONNELL, I. & FARMER, R.D.T. - Suicidal acts on metro systems: a international perspective. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 86: 60-63, 1992.

- PAYKEL, E.S.; MACGUINNESS, B; & GOMEZ, J. - An Anglo-American comparison of the scaling of life events. *British Journal of Medical Psychology*, 49: 237-247, 1976.
- PIERCE, D.W. - Suicidal intent in self-injury. *British Journal of Psychiatry*, 130: 377-385, 1977.
- PIERCE, D.W. - The predictive validation of a suicide intent scale: a five year follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 139: 391-396, 1981.
- PLATT, S.; BILLE-BRAHE, U; KERDHOFF, A. - Parasuicide in Europe: The WHO/EURO multicentre study on parasuicide I. Introduction and preliminary analysis for 1989. *Acta Psychiatrica, Scandinavica*. 85: 97-104, 1992.
- POWER, K.G.; COOKE, D.J.; BROOKS, D.N. - Life Stress, Medical Lethality, and Suicidal Intent. *British Journal of Psychiatry*, 147: 655-659, 1985.
- RAPELI, C.B. - Características Clínicas e demográficas de pacientes internados por tentativas de suicídio no Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas, de outubro de 1995 a setembro de 1996. Campinas – SP, 1997 (Tese - Mestrado - Faculdade de Ciências Médicas – UNICAMP)
- RETTSTØL, N. - *Suicide: a European Perspective*. Cambridge, Cambridge University Press, 1993.
- ROSEN, D.H. - The Serious Suicide Attempt: Epidemiological and Follow-up study of 886 patients. *American Journal Psychiatry*, 127: 764-770, 1970.
- ROSEN, D.H. - The Serious Suicide Attempt: Five-year Follow-up study of 886 patients. *JAMA*, 235(19): 2105-2109, 1976.
- SAS – Statistical Analysis Systems, version 6.12. SAS Institute Inc, Cary, NC, 1996.
- SCHMIDTKE, A. WHO/EURO Multicentre study of parasuicide. WHO, Copenhagen, 1989.
- SPSS Inc. SPSS/PC + 4.0 base manual. SPSS Inc. Chicago. Williams, P; Tarnopolsky, A; Hand, D (1980). Case definition and case identification in psychiatric epidemiology: review and assessment. *Psychology Medical* 13: 907-921, 1990.
- STENGEL E. - *Suicide & Attempted suicide*. United Kingdom, Penguin Books, 1970.

- STEVENSON, J.M. - Suicide In: HELIS, T. & JUDOFISKY. - Textbook of Psychiatry. The American Psychiatric Press, 1988.
- TEASDALE, G.; JENNETT, B. - Assessment of coma and impaired consciousness: a practical Scale. Lancet 2: 81-84, 1974.
- VIEIRA, R.J. - A enfermagem de emergência do HC - UNICAMP e o atendimento dos intoxicados. Campinas - SP, 1994. (Tese - doutorado - Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP).
- WHO (World Health Organization). - Clinical descriptions and diagnostic guidelines. The ICD 10 Classification of Mental and Behavioural Disorders, WHO, Geneva, 1992.
- WHO (World Health Organization). Suicide prevention, 2000b.
<who.int.mental.health/suicide>
- WEISSMAN, A.; WORDEN, J.W. - Risk-recue rating in suicide assessment. Archives of General Psychiatry, 26: 553-562, 1972.
- ZIGMOND, A.S. & SNAITH, R.P. - The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatrica Scandinavica. 67: 361-370, 1983.

58

ANEXOS

QTS QUESTIONÁRIO DE TENTATIVA DE SUICÍDIO
--

Datas das entrevistas:	Primeira:...../...../.....	Hora de início:.....:.....	Término:.....:.....
	Segunda:...../...../.....	Hora de início:.....:.....	Término:.....:.....
	Terceira:...../...../.....	Hora de início:.....:.....	Término:.....:.....

Local da entrevista:.....

Entrevistador:.....

I - IDENTIFICAÇÃO

Nome:.....

Sexo: () masculino () feminino Cor: () branca () parda () negra () amarela

Data do nascimento:...../...../..... Idade:.....anos Naturalidade:.....

Estado civil: (1) solt. s/parc.; (2) solt. c/parc.; (3) casado; (4)viúvo s/parc.; (5) viúvo c/parc.; (6) desq/sep/div. sem parc.; (7) desq/sep/div. com parceiro

Quantas vezes já morou com companheiro(a) por mais de 3 meses?.....vezes.

Anos de escolaridade:.....Grau: (1) analf.; (2) 1o incompl.; (3) 1o compl.; (4) 2o incompl. (5) 2o compl.; (6) sup. Incompl.; (7) sup. compl.

Frequente escola atualmente: () não () sim

Atividade profissional:.....Situação:(1) não trab;(2)assal.fixo;(3)autôn.;(4)eventual (5)desemp.há:.....; (6)apos.tempo;(7)apos.inv.;(8)lic.p/doença,(9)outro.....

Local de trabalho:.....Há quanto tempo?.....meses.

Endereço:.....Número.....Bairro.....

Cidade:.....CEP:.....Telefone:().....

Há Quanto tempo mora em Campinas(ou em sua cidade):.....a.....m. E no Estado SP:.....a.....m

Tipo de residência:(1)alvenaria;(2)madeira pav.;(3)madeira c/ piso de terra;(4)outra.....

Propriedade da casa: (1)própria; (2)alugada; (3)emprestada ou irregular.

Número de cômodos da casa.....(considerar cozinha, banheiro, sala, quartos).

Com quem reside atualmente?

Nome	idade	sexo	parentesco	observação
1.....
2.....
3.....
4.....
5.....
6.....

No último ano, onde residiu?.....

Com quem residiu no último ano?.....

(se aplicável) Atividade profissional do responsável?.....(1)pai;(2)mãe;(3)outro.....

Referência(acompanhante ou outro):.....

Endereço:.....**número**.....**bairro**.....

Cidade:.....**CEP:**.....**Telefone:()**.....

II - CARACTERIZAÇÃO DA TS

Data:...../...../..... Dia da semana:..... Hora:.....:

Local:..... Hora da admissão no hospital:.....:

Quem acompanhou paciente no PS?.....

Método utilizado para TS:(usar código X60-X84):.....

Relação entre ingestão de álcool e TS

- 0 – alguma ingestão prévia, mas s/ relação com TS ou nenhuma ingestão prévia.
- 1 – ingestão insuficiente para deteriorar a capacidade de julgamento, diminuindo a responsabilidade
- 2 – ingestão intencional de álcool para facilitar e levar a cabo a TS.

CID - 10 AUTOLESÃO INTENCIONAL INCLUINDO ENVENENAMENTO(X60-X84)

- X60 - Auto-envenenamento e exposição intencionais a analgésicos não opíáceos, atiperéticos e anti-reumáticos.
- X61 - Auto-envenenamento, exposição intencionais a drogas anti-epilépticas sedativos-hipnóticos, Antiparkinsonianas e psicotrópicas.
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, ópio(alcaloídes)
- X63 - Auto-envenenamento, exposição intencionais a outras drogas que atuam no sistema nervoso autônomo
- X64 - Auto-envenenamento e exposição intencionais a outras drogas e substâncias biológicas
- 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
Inclui: aromáticos corrosivos, ácidos e álcalis cáusticos.
- X70 - Autolesão intencional por enforcamento, estrangulamento e sufocação
- X71 - Autolesão intencional por afogamento e submersão
- X72 - Autolesão intencional por descarga de arma de mão
- X73 - Autolesão intencional por descarga de rifle, espingarda, arma de fogo maior.
- X74 - Autolesão intencional por descarga de outra arma de fogo.
- X75 - Autolesão intencional por material explosivo.
- X76 - Autolesão intencional por fogo e chamas.
- X77 - Autolesão intencional por vapor, vapores quentes e objetos quentes.
- X78 - Autolesão intencional por objeto cortante.
- X79 - Autolesão intencional por objeto contundente.
- X89 - Autolesão intencional por pular de um lugar alto.
- X81 - Autolesão intencional por pular ou deitar-se ante um objeto móvel.
- X82 - Autolesão intencional por batida de veículo motor.
- X83 - Autolesão intencional por outros meios especificados.
Inclui: batida de aeronave, eletrocussão, substâncias cáusticas(não envenenamento).
- X84 - Autolesão intencional por meios não específicos.

III – ESCALA DE INTENCIONALIDADE SUICIDA DE BECK – IS

1. Havia alguma pessoa no local ou próxima que pudesse socorrer?

- 0 – havia alguém no local
- 1 – havia alguém próximo ou acessível (ex. vizinho, telefone, etc.)
- 2 – ninguém próximo ou em contato.

2. No momento da tentativa foi tal que:

- 0 – alguém muito provavelmente poderia intervir.
- 1 – provisão de socorro era pouco provável
- 2 – socorro era altamente improvável.

3. Precauções tomadas contra descoberta/intervenção:

- 0 – nenhuma
- 1 – precaução passiva (evitou outros, mas nada fez para impedi-los, ex. no quarto sem trancar a porta).
- 2 – precaução ativa (ex. Trancou a porta com chave)

4. Durante, ou logo após a TS, solicitou algum tipo de ajuda? O que fez?

- 0 – avisou alguém ou pediu ajuda
- 1 – entrou em contato com alguém, mas nada fez ou falou sobre a TS.
- 2 – não houve contatos nem avisos.

5. Antes da TS fez algum arranjo (algo em relação aos amigos, parentes, negócios), tendo em vista que ia morrer?

- 0 – nenhum
- 1 – pensou a esse respeito, ou fez algum arranjo parcial.
- 2 – arranjos bem definidos (ex. presentes, cartas, negócios, etc.).

6. Grau de preparação (detalhes, execução) da tentativa:

- 0 – nenhuma
- 1 – mínimo ou moderado
- 2 – ampla em detalhes

7. Pensou ou deixou alguma carta ou mensagem de despedida?

- 0 – não pensou, nem deixou.
- 1 – pensou em, ou só começou, ou foi escrita e rasgada.
- 2 – ampla em detalhes.

8. Durante o último ano comentou com alguém a intenção de suicídio?

- 0 – não comentou
- 1 – deu a entender, mas não de maneira clara (ex. “estou cansado”, “não vejo mais sentido nas coisas”)
- 2 – comunicação clara (“vou me matar”, “vou tomar veneno”)

9. O que você tinha em mente ao fazer o que fez?

- 0 – manipular
- 1 – descansar
- 2 – morrer.

10. Você achou que tinha muita ou pouca chance de morrer?

- 0 – paciente pensou que a morte era improvável ou não pensou a respeito.
- 1 – paciente pensou que a morte era possível mas não provável
- 2 – paciente pensou que a morte era provável e certa.

11. Se OVERDOSE: você pensou que a quantidade de remédio que tomou era mais ou menos do que a quantidade que poderia matá-lo? OUTRO: você teve idéia de outras maneiras de fazer o que fez? Elas seriam mais ou menos perigosas?

- 0 – paciente pensou que o método poderia ser menos letal para si próprio, ou não pensou a respeito.
- 1 – paciente não estava muito certo quanto ao método ser letal ou pensou que poderia ser letal.
- 2 – o método excedeu ou igualou ao que paciente pensou ser letal.

12. Você acha que o que você fez foi uma tentativa de por fim (acabar) com sua vida?

- 0 – o paciente não considerou o ato como sendo uma grave tentativa de por fim a sua vida.
- 1 – o paciente estava incerto do ato ser uma grave tentativa de por fim a sua vida.
- 2 – o paciente considerou o ato uma grave tentativa de por fim a sua vida.

13. Você queria mais viver do que morrer? Fazia diferença para você continuar vivo ou morrer?

- 0 – paciente não queria morrer
- 1 – paciente não fazia questão de viver ou morrer
- 2 – paciente queria morrer.

14. Você achou que depois de ter feito o que fez, poderia ser salvo por um médico, caso fosse socorrido?

- 0 – paciente pensou que a morte seria improvável se recebesse cuidados médicos.
- 1 – paciente estava incerto se a morte poderia ser evitada com cuidados médicos.
- 2 – paciente tinha certeza da morte, ainda que recebesse cuidados médicos.

15. Você já vinha pensando em fazer o que fez? Há quanto tempo? Foi algo impulsivo, que você não tinha planejado?

- 0 – nenhum tempo, impulsivo
- 1 – ato planejado por pelo menos três horas antes da tentativa
- 2 – ato planejado por mais de três horas.

IV – MOTIVAÇÃO PARA TENTATIVA DE SUICÍDIO

"Por que **MOTIVO** você.....?" (use as palavras do paciente para referir-se à TS)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

V - DIFICULDADES PSICOSSOCIAIS - SPQ (atuantes no último ano)

1. O senhor está satisfeito/contente com as condições em que está **morando**?

() satisfeito () um pouco insatisfeito () insatisfeito () muito insatisfeito

O que aconteceu?.....

Quando ou há quanto tempo vem ocorrendo?.....

2. O senhor está satisfeito com o seu **emprego** (ou situação de.....)?

() satisfeito () um pouco insatisfeito () insatisfeito () muito insatisfeito

O que acontece(u)?.....

Quando ou há quanto tempo vem ocorrendo?.....

3. O senhor está passando dificuldades para **pagar contas** ou comprar o que necessita?

() nenhuma dificuldade () pequena dificuldade () moderada dificuldade () dificuldade marcante

O que acontece(u)?.....

Quando ou há quanto tempo vem ocorrendo?.....

4. O senhor está tendo dificuldades para se **relacionar com alguma pessoa que é importante** para o senhor (p.ex. algum parente, amigo, excluindo companheira)?

() nenhuma dificuldade () pequena dificuldade () moderada dificuldade () dificuldade marcante

O que acontece(u)?.....

Quando ou há quanto tempo vem ocorrendo?.....

5. O senhor está satisfeito com sua **vida social**, quer dizer, sair para encontrar e conversar com Colegas e amigos, sair de casa para ir a uma festa, igreja, etc.....?

() satisfeito () um pouco insatisfeito () insatisfeito () muito insatisfeito

O que acontece(u)?.....

Quando ou há quanto tempo vem ocorrendo?.....

6. O senhor se sente **sozinho**?

() nunca () às vezes () freqüentemente () sempre

O que acontece(u)?.....

Quando ou há quanto tempo vem ocorrendo?.....

7. De um modo geral, o senhor está satisfeito com a vida que leva com sua **esposa/companheira**?

() satisfeito () um pouco insatisfeito () insatisfeito () muito insatisfeito

O que acontece(u)?.....

Quando ou há quanto tempo vem ocorrendo?.....

8. Há dificuldades na sua **vida íntima (sexual)** com a esposa/companheira?

() nenhuma dificuldade () pequena dificuldade () moderada dificuldade () dificuldade marcante

O que acontece(u)?.....

Quando ou há quanto tempo vem ocorrendo?.....

9. Nesse último ano, o senhor chegou a se sentir tão chateado com o casamento, que pensou em **se separar**?

() nunca () às vezes () freqüentemente () separação ocorreu/ou está em curso

O que acontece(u)?.....
Quando ou há quanto tempo vem ocorrendo?.....

10. O senhor se sente mal por **não ter uma esposa ou companheira** ao seu lado?
() não se sente mal () um pouco mal () bem mal () péssimo

O que acontece(u)?.....
Quando ou há quanto tempo vem ocorrendo?.....

11. O senhor está tendo alguma dificuldade para se relacionar com alguma **pessoa que mora com o senhor** (excluindo companheira)?

() nenhuma dificuldade()pequena dificuldade()moderada difícul.() difícul. marcante

O que acontece(u)?.....
Quando ou há quanto tempo vem ocorrendo?.....

12. O senhor está tendo algum **problema de saúde** que precise de tratamento?

() nenhum problema () pequeno problema () problema moderado () problema grave

O que acontece(u)?.....
Quando ou há quanto tempo vem ocorrendo?.....

Dentre os problemas que você me contou, quais os que, em sua opinião, influenciaram você a fazer o que fez? (**escreva os números**): _____

Você já engravidou alguma vez? O que ocorreu?(teve filhos, aborto espontâneo, aborto provocado)
Especificar com datas:.....

.....
.....

VI - DOENÇA FÍSICA

Você teve alguma doença recente ou incapacidade física recente?

() não () sim. Qual?.....
.....
.....

Você tem alguma doença ou incapacidade física de há muito tempo que tem lhe
Causado aborrecimentos neste último ano?

() não () sim. Qual?.....
.....
.....

Há Quanto tempo você tem a doença ou incapacidade?.....

Faz algum tratamento, toma algum remédio?

() não () sim. Qual(s)?.....
.....
.....

Esta doença ou incapacidade física tem-lhe causado limitações em sua atividades?

() não () sim. Em Qual(s) atividade(s) tem-lhe causado limitações?.....
.....
.....

Nos últimos 3 meses você tem sentido que sua doença ou incapacidade física está?

()muito melhor()um pouco melhor()do mesmo jeito()um pouco pior()muito pior

Essa doença ou incapacidade física influenciou na decisão para você fazer o que fez?

() não () sim. De que maneira?.....
.....
.....

Já foi internado (+24hs) em hospital geral ou PS?

() não () sim. Quantas vezes?.....
Quando foi a última?.....Detalhe:.....
.....

VII - DOENÇA MENTAL

Alguma vez você pensou ou alguém sugeriu que você consultasse um médico devido a problemas emocionais (de nervosismo, desânimo, psicológico, etc..?)

não sim.

Você vem se sentindo muito nervoso ou desanimado, tem sentido coisas como tristeza, Pensamentos que não saem da cabeça, desconfiança excessiva?

não sim.

Há Quanto tempo você vem percebendo, sentindo estas alterações?.....

Isso está interferindo muito no seu dia-a-dia?

não sim. De que maneira?.....

Atualmente em acompanhamento psicológico/psiquiátrico?

não sim. Especifique?.....

No último mês, usou algum psicotrópico?

não sim Qual(s)?.....

Tratamento psicológico/psiquiátrico anterior?

não sim . ambulatorial
 internação. Quantas?..... Última?.....

História de abuso de álcool no último mês?

não sim todos os dias
 3 vezes por semana
 1 vez por semana
 menos que uma vez por semana

História de abuso de drogas no último mês?

não sim todos os dias
 3 vezes por semana
 1 vez por semana
 menos que uma vez por semana

VIII - OUTRAS TENTATIVAS DE SUICÍDIO

Durante sua vida você já teve outras tentativas de suicídio ou se envenenando ou causando ferimentos em si próprio?

() não () sim. Quantas vezes você tentou suicídio antes?.....

Quando foi a última tentativa de suicídio? ____/____/____.

Para cada tentativa de suicídio anterior, responda:

Quando você fez isto e como foi?

1a ____/____/____

2a ____/____/____

3a ____/____/____

4a ____/____/____

5a ____/____/____

(Códigos: 1- ingestão de medicamentos; 2 - ingestão de outro produto químico; 3 - enforcamento; 4 - afogamento; 5 - instrumento cortante; 6 - pular de alturas; 7 - pular diante de veículo motor; 8 - queimadura; 9 - arma de fogo; 10 - outros.)

Suicídio ou tentativa de suicídio de pessoas próximas(parente, amigo, namorado, etc..)

S ou TS	Quem?	Quando?	Como?
.....
.....
.....
.....

IX - REDE DE APOIO SOCIAL

Se você estiver precisando de apoio moral, se abrir com alguém sobre algum problema, com quem você pode contar?

1 - Dentre as pessoas que moram com você.

.....
..... Total:.....

2 - Dentre familiares que não moram com você?(pai, mãe, irmão, irmã, companheiro(a) filho(a), avô, avó, tio(a), outro.....)

.....
..... Total:.....

Você tem amigos(excluindo parentes) com quem você pode se abrir, com quem você pode contar?

() não () sim. Quantos?.....

Você pode contar com seu companheiro(a) (cônjuge/namorado de pelo menos 3 meses)?

() não se aplica () não pode contar () sim, um pouco () sim, muito.

Durante o último mês, você teve a oportunidade de conversar(pedir ajuda)com algum familiar sobre seus problemas?

() não () sim. Quem?.....(pai mãe, irmão, irmã, companheiro, filho(a) avô, avó, tio(a),outro.....)

E com alguém que não é da família, no último mês?

() não () sim. Quem?.....

Você é necessário na vida de alguém, há alguém que precisa muito de você?

() não () sim. Quem?.....

Você frequentou, nos últimos 3 meses, alguma associação ou clube?

() não () sim. Qual?.....

Você se reuniu(reunião social: jogos, festas), com algum grupo de pessoas no último mês?

() não () sim. Qual?.....

Você se considera uma pessoa religiosa? () não () sim

Qual é a sua religião? () não se aplica ().....

Quantas vezes foi ao culto no último mês? () não se aplica ().....

Você tem **facilidade/dificuldade** para fazer amigos?

() muito fácil () fácil () mais ou menos () difícil () muito difícil

(só para solteiros) Tem namorado(a)?

() não () sim. Há quanto tempo?.....

X - EXAME DO ESTADO MENTAL (BPRS)

NA. Não avaliado

1. sintoma, sinal ou vivência ausente
2. muito discreto
3. discreto
4. moderado
5. moderadamente grave
6. grave
7. extremamente grave

Os itens de 1 a 10 e de 19 a 22 poderão (caso o entrevistador não conheça suficientemente bem o quadro do paciente) se basear nas perguntas feitas ao paciente. Os itens 11 a 18, 23 e 24 deverão ser respondidos baseadas no comportamento do paciente durante a entrevista.

<p>1. Preocupações somáticas: intensidade das preocupações atuais a respeito da saúde física. Julgar quanto a saúde física preocupa o paciente, qualquer que seja o fundamento das queixas. Ex. você tem se preocupado muito em relação a sua saúde física, a saúde de seu corpo?</p>	
<p>2. Ansiedade: inquietação, temor, ou preocupações exageradas quanto ao presente ou futuro. Considerar apenas o que o próprio paciente relata de suas experiências subjetivas. Não deduzir a ansiedade de sinais físicos ou de mecanismos de defesa. Ex. Você tem se sentido nervoso, preocupado ou agoniado?</p>	
<p>3. Depressão: tristeza, desânimo, sentir-se infeliz, anedonia (perda da capacidade de sentir prazer). Preocupações com assuntos depressivos, desesperança, perda da auto-estima. Não inclui sintomas vegetativos, debilitamento global o retardo motor. Ex. Você tem se sentido triste, infeliz? Tem perdido o interesse pelo trabalho, diversões ou contatos sociais? Sente-se desanimado?</p>	
<p>4. Desorientação: confusão entre pessoas, lugares e seqüência de acontecimentos. Considerar as impressões de irrealidade, de medo difuso, e as dificuldades de compreensão de uma situação banal. Ex. Qual é sua idade? Qual a data de hoje (dia da semana, mês, ano)? Em que lugar estamos?</p>	
<p>5. Sentimentos de culpa: Preocupações exageradas ou remorsos a respeito de comportamento passado. Anote apenas o que o paciente comunica. Não inferir ou supor os sentimentos do paciente a partir do humor deprimido, da ansiedade ou de defesas neuróticas. Ex. Você tem se preocupado muito com problemas do passado? Você tende a se culpar por coisas que já aconteceram? Você se sente muito envergonhado por coisas que fez no passado?</p>	
<p>6. Desconfiança: crença expressa ou aparente (delirante ou não) de que pessoas têm o tiveram no passado intenções más ou de rejeição, discriminação para com o paciente. Incluir perseguição por forças ou agências sobrenaturais ou não humanas (Ex. demônios, etc.). Exs. Você acha que existem pessoas que querem prejudicar você? Você tem se sentido incomodado por que pessoas estariam lhe observando? Você anda preocupado com as intenções das outras pessoas em relação a você?</p>	
<p>7. Pensamentos não habituais: idéias insólitas, esquisitas, estranhas ou extravagantes. Avaliar o grau de extravagância e não o grau de desorganização do discurso. Incluir delírios (claramente falsos e absurdos), inserção, roubo ou publicação do pensamento. Incluir delírios persecutórios, de grandeza, somáticos, mesmo se incluídos em outros itens. Exs. As coisas (ou o que tem acontecido) tem um sentido especial para você? O que você tem visto na TV ou ouvido do rádio tem algo a ver em especial com você? Como você explica essas coisas que tem acontecido? Você tem sentido que existe alguma força ou alguma pessoa que esteja controlando você?</p>	
<p>8. Grandiosidade/Megalomania: avaliação exagerada de si mesmo. Convicção de ser extraordinariamente dotado e poderosos, ou no caso de que o paciente se identifique com alguém rico, poderoso ou famoso. Fazer a avaliação somente de acordo com o que o paciente declara sobre sim mesmo. Exs. Você tem algum poder ou habilidade especial? Há algum objetivo especial ou missão na sua vida? Você pensa que é alguém rico ou famoso?</p>	
<p>9. Alucinações: percepções sem presença de estímulo externo. Experiências descritas como nitidamente distintas do pensamento e imaginação normais. Incluir pensamentos sonoros. Exs. Você tem ouvido ruídos ou vozes de pessoas falando, mesmo quando não tem ninguém por perto? Você tem tido visões ou sentido cheiros que as outras pessoas não notam? Essas experiências tem atrapalhado você fazer às suas tarefas do dia-a-dia?</p>	
<p>10. Hostilidade: animosidade, desprezo, agressividade, beligerância, ameaças, brigas, desdém em relação aos outros ou outras atitudes hostis. Não deduzir a hostilidade de defesas neuróticas, da ansiedade ou de queixas somáticas. Não incluir raiva apropriada a situação. Exs. Você tem tido problemas (irritações brigas) com as pessoas? Você tem estado irritado? Você tem se envolvido em brigas ou discussões?.</p>	

11. Desorganização Conceptual: grau de confusão, de incoerência, de desorganização dos processos ideativos. Avaliar as perturbações a nível da produção verbal. Incluir tangencialidade, circunstancialidade, mudanças abruptas de tópico, descarrilhamento do pensamento, bloqueio do pensamento, neologismo e outros distúrbios de linguagem. Não incluir conteúdo do pensamento.	
12. Excitação: elevação da tonalidade emocional, agitação, aumento da reatividade, impulsividade. Levar em consideração a precipitação excessiva na fluência das palavras e a elevação do tom.	
13. Retardo motor: redução e lentidão dos movimentos, diminuição do número de movimentos corporais espontâneos, diminuição do tonus, raridade dos gestos. Avalie apenas o comportamento objetivo do paciente, Avalie independente do uso de medicação.	
14. Embotamento afetivo: diminuição do grau de expressão emocional da face, da voz e dos gestos. Indiferença marcante ou embotamento mesmo discutindo temas tensos ou estimulantes. Redução do tono emocional, impressão de falta de sensibilidade ou de participação afetiva.	
15. Tensão: manifestações físicas e/ou motoras observáveis de tensão, nervosismo ou agitação. Não se basear nos sentimentos de tensão que o paciente afirma experimentar (que devem ser registrados no item de ansiedade).	
16. Maneirismo e atitude: comportamento não usual ou bizarro. Movimentos estilizados. Atos ou posturas claramente inapropriadas. Não levar em conta aqui uma simples hiperatividade motora.	
17. Não cooperação (negativismo): sinais manifestos de resistência, de inimizade, de ressentimentos e de falta de empenho em colaborar com o interlocutor. Avaliar apenas o negativismo observado durante a entrevista, e não considerar a falta de cooperação em relação a família ou amigos.	
18. Retraimento afetivo: falta de contato afetivo com o interlocutor durante a entrevista. Em que medida o paciente dá a impressão de não poder (ou querer) estabelecer um contato afetivo durante a entrevista.	
SUBTOTAL DE PONTOS ATÉ AQUI:	
19. Tendência suicida: desejo, intenção ou mesmo atos no sentido de se destruir ou se matar. Exs. Você tem sentido que não vale a pena viver? Você tem tido vontade de morrer? Você tem pensado em se matar? Você tem planos de se matar?	
20. Descuido com si mesmo, auto-negligência: higiene, aparência ou comportamento ao se alimentar abaixo daquilo que se é esperado no meio sócio-cultural do paciente. Exs. Quantas vezes por semana você toma banho? Quantas vezes por semana troca de roupa? Alguém tem se queixado de seu cheiro, de sua roupa estar muito suja?	
21. Comportamento bizarro: relato de comportamento estranhos, esquisitos ou psicoticamente criminosos. Não limitado ao momento da entrevista. Exclui maneirismo, posturas, verbalizações ou conteúdos bizarros dos sintomas. Exs. Você tem feito coisas que tem chamado a atenção dos outros? Tem feito coisas que poderiam lhe trazer problemas com a polícia? Tem feito alguma coisa que parece estranha, ou atrapalhado as outras pessoas?	
22. Humor elevado: um sentimento difuso, mantido e exagerado de bem estar. De euforia, de alegria e otimismo que são incompatíveis com as circunstâncias. Não infira relação apenas do aumento da atividade ou de afirmações grandiosas. Exs. Você tem se sentido alegre ou animado mais do que o comum? Quanto tempo dura esse sentimento? Você tem se sentido tão alegre ou animado que as pessoas comentam o seu comportamento.	
23. Hiperatividade motora: aumento no nível de energia evidenciado por movimentos mais freqüentes ou mais rápidos ou discurso mais rápido. (Ao avaliar este item considere os 10-15 minutos de sintomatologia mais severa)	
24. Sintomas religiosos ou mistos: delírios ou alucinações religiosos ou místicos. Idéias sobrevalorizadas de conteúdo religioso, intensas e um tanto destoantes do contexto sócio-cultural do paciente. Idéias de Ter estado possuído por entidade sobrenatural (como o demônio, um orixá ou o espírito santo). Exs. Você sente que alguma coisa sobrenatural (do tipo religioso) tem ocorrido com você? Você percebe que Deus (Jesus, o espírito santo) ou o demônio estariam tendo influência sobre você? Você se sente especialmente ligado a Deus (Jesus, etc.)?	
25. Tendência a distração: graus observados de interrupção ou desvio do discurso ou da ação por estímulos externos mínimos. A atenção do paciente é facilmente desviada por ruídos na sala vizinha, por coisas na mesa ou na sala, pela roupa do entrevistador. Não inclua preocupações devidas a delírios ou outros pensamentos.	
TOTAL DE PONTOS:	

XI – ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO - HAD

Este questionário ajudará o seu médico a saber como você está se sentindo. Leia todas as frases. Marque com um “X” a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na última semana. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito. Marque apenas uma resposta para cada pergunta.

A	Eu me sinto tenso ou contraído:	D	Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:
3	() a maior parte do tempo	0	() quase sempre
2	() boa parte do tempo	1	() muitas vezes
1	() de vez em quando	2	() de vez em quando
0	() nunca	3	() nunca
D	Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:	A	Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:
0	() sim, do mesmo jeito que antes	0	() nunca
1	() não tanto quanto antes	1	() de vez em quando
2	() só um pouco	2	() muitas vezes
3	() já não sinto mais prazer em nada	3	() quase sempre
A	Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:	D	Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:
3	() sim, e de um jeito muito forte	3	() completamente
2	() sim, mas não tão forte	2	() não estou mais me cuidando como eu deveria
1	() um pouco, mas isso não me preocupa	1	() talvez não tanto quanto antes
0	() não sinto nada disso	0	() me cuido do mesmo jeito que antes
D	Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:	A	Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:
0	() do mesmo jeito que antes	3	() sim, demais
1	() atualmente um pouco menos	2	() bastante
2	() atualmente bem menos	1	() um pouco
3	() não consigo mais	0	() não me sinto assim
A	Estou com a cabeça cheia de preocupações:	D	Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir:
3	() a maior parte do tempo	0	() do mesmo jeito que antes
2	() boa parte do tempo	1	() um pouco menos do que antes
1	() de vez em quando	2	() bem menos do que antes
0	() raramente	3	() quase nunca
D	Eu me sinto alegre:	A	De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:
3	() nunca	3	() a quase todo momento
2	() poucas vezes	2	() várias vezes
1	() muitas vezes	1	() de vez em quando
0	() a maior parte do tempo	0	() não sinto isso
A	Conseguo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:	D	Conseguo sentir prazer quando assisto um bom programa de televisão, de rádio, ou quando leio alguma coisa:
0	() sim, quase sempre	0	() quase sempre
1	() muitas vezes	1	() várias vezes
2	() poucas vezes	2	() poucas vezes
3	() nunca	3	() quase nunca

Total da pontuação: Ansiedade:

Depressão:

XII - SOBRE A FAMÍLIA

1. Herodograma (família nuclear)

2. Por quem você foi criado(a)?

.....

3. Seu pai está vivo?

não sim. Quando ele morreram?

infância adolescência adulto último ano

Sua mãe está viva?

não sim. Quando ela morreu?

infância adolescência adulto último ano

4. História de Doença Mental na família? (incluindo alcoolismo)

não sim. Descreva com detalhes:

.....
.....
.....

5. História de suicídio na família?

não sim. Descreva com detalhes:

.....
.....
.....

6. Seus pais estão separados?

não sim. Quando seus pais se separaram?

infância adolescência adulto último ano

XIII – ESCALA DE AVALIAÇÃO GLOBAL - GAS

<p>1. Funcionamento psicossocial ótimo: em uma grande variedade de atividades, problemas de vida ficam normalmente sob controle. É procurado por outras pessoas devido à sua cordialidade, disponibilidade e integridade. Nenhum sintoma.</p>	<p>100 a 91</p>
<p>2. Bom funcionamento psicossocial: em todas as áreas, muitos interesses, socialmente engajado e produtivo, geralmente satisfeito consigo mesmo e com os outros. Pode ou não haver sintomas passageiros e as preocupações diárias apenas ocasionalmente fogem ao controle.</p>	<p>90 a 81</p>
<p>3. Não mais que leves prejuízos no funcionamento psicossocial: graus variados de preocupações e problemas diários que algumas vezes fogem ao controle. Sintomas mínimos podem ou não estar presentes.</p>	<p>80 a 71</p>
<p>4. Algumas dificuldades em diversas áreas do funcionamento psicossocial: mas geralmente funcionando bem. Tem algumas relações interpessoais significativas e a maioria das pessoas leigas não o consideram doente. Alguns sintomas leves. Exs. Humor depressivo leve, insônia moderada.</p>	<p>70 a 61</p>
<p>5. Dificuldades no funcionamento psicossocial (poucos amigos, pouco contato afetivo): pode ter comportamento anti-social moderado e/ou sintomas moderados como humor depressivo moderado, ansiedade moderada, afeto hipomodulado, preocupações intensas, humor eufórico, pressão por falar.</p>	<p>60 a 51</p>
<p>6. Qualquer prejuízo sério no funcionamento psicossocial: como comportamento anti-social sério, atos agressivos freqüentes, relações interpessoais claramente prejudicadas, bebida compulsiva que os profissionais de saúde mental pensariam que exige tratamento ou atenção imediata. Sintomas moderadamente graves como intenção suicida clara, planos ou gestos suicidas, rituais obsessivos graves, ataques de ansiedade freqüentes, síndrome maníaca leve mas bem definida.</p>	<p>50 a 41</p>
<p>7. Prejuízo grave em diversas áreas do funcionamento psicossocial: como trabalho, relações familiares muito prejudicadas, incapacidade total para o serviço doméstico. Sintomas claramente graves como depressão ou ansiedade intensa, atos e tentativas suicidas ou agressão a pessoas. Prejuízo no contato com a realidade, a comunicação é obscura, ilógica, tendendo a desestruturação. Comportamento claramente bizarro no sentido de uma psicose.</p>	<p>40 a 31</p>
<p>8. Incapaz de funcionar em quase todas as áreas: Exs. Fica na cama o dia inteiro, descuida claramente da higiene pessoal, prejuízo sério na comunicação com os outros, às vezes irresponsivo. O comportamento é consideravelmente influenciado por delírios, alucinações ou sérios prejuízos no pensamento (incoerência marcada) ou julgamentos.</p>	<p>30 a 21</p>
<p>9. Necessita de supervisão para prevenir ferimentos: em si mesmo ou nos outros, ou para manter a higiene pessoal mínima. Exs. Tentativas sérias de suicídio repetidas, freqüentemente violento, excitação maníaca importante, se suja com fezes. Prejuízos sério na comunicação, predominando incoerência intensa e/ou mutismo.</p>	<p>20 a 11</p>
<p>10. Necessita constantemente de supervisão por diversos dias: para prevenir ferimentos sérios em si ou nos outros, cuidados intensos de enfermagem, não faz qualquer tentativa para manter a higiene pessoal mínima, se suja com fezes freqüentemente. Atos suicidas ou heteroagressivos freqüentes com intenção e risco evidente de morte.</p>	<p>10 a 1</p>

XIV - HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS (de acordo com os critérios da C.I.D.-10)

- 1. Diagnóstico psiquiátrico principal:.....(Código.....)
- 2. Diagnóstico psiquiátrico secundário:.....(Código.....)
- 3. Diagnóstico situacional (problemas identificados)
.....
.....
.....

XV - TRATAMENTO PSQUIÁTRICO(após alta da enfermaria clínica/cirúrgica)

Planejamento Terapêutico

- () não encaminhado () encaminhado. { 1.ambulatório psiquiátrico;2.pronto socorro psiquiátrico
3.outro serviço não psiquiátrico do HC - UNICAMP, qual?.....
4.centro de saúde de Campinas c/ saúde mental;5.internação psiquiátrica;6.CAPS(ou Hospital Dia);
7.oficina de trabalho(NOT, etc.);8.serviço ambulatorial de outra cidade;9.consultório
particular;10.outro, qual?.....

Modalidade de Tratamento proposto.

- 1. tratamento acompanhamento grupal? () não () sim
- 2. psicoterapia individual? () não () sim
- 3. orientação individual, não farmacológica? () não () sim
- 4. acompanhamento/terapia familiar? () não () sim
- 5. acompanhamento/terapia de casal? () não () sim
- 6. terapia ocupacional? () não () sim
- 7. medicamentos? () não ()sim. Quais?
1.....mg/dia 2.....mg/dia
3.....mg/dia 4.....mg/dia
5.....mg/dia 6.....mg/dia
- 8. outro, qual?.....

XVI - GRAVIDADE CLÍNICA

1. Escala de Coma de GLASGOW:.....

Abertura ocular: () espontânea 4 () ordem verbal 3 () dor 2 () nenhuma 1
Melhor resposta verbal: () orientado 5 () confuso 4 () palavras 3 () sons 2 () nenhum 1
Melhor resposta motora: () obedece comando 6 () localiza dor 5 () flexão normal 4
() flexão anormal 3 () extensão da dor 2 () nenhuma 1

2. Procedimentos

() entubação () sonda naso-gástrica () soro veia periférica () Escalpe heparinizado
() soro veia central () lavagem gástrica () sonda vesical de demora. Dias----- () diálise
() Dreno de tórax () suporte hemodinâmico c/ drogas venosas. Dias: () traqueostomia Dias----- ()
respirador. Dias: -----.

3. Duração da internação (em dias):.....

4. Gravidade em envenenamentos por inseticida organofosforado.

Latente - astenia, cefaléia, pouco rendimento no trabalho..... **colinesterase: 12,5-72,5%**
Leve - cefaléia, tonturas, fraqueza, sudorese excessiva, sialorréia, cólicas abdominais... **colinesterase: 12,5-50,0%**
Moderada - fraqueza generalizada, impossibilidade de andar, dificuldade para falar, fasciculações, miose
bradicardia..... **colinesterase: 12,5-37,5%**
Severa - miose, fasciculações musculares, bradicardia taquicardia, hipotensão/hipertensão arterial dificuldade respiratória,
coma choque, convulsões..... **colinesterase: 0,0-12,5%**

4. Risco de Vida:.....

(0 - nenhum risco; 1 - risco muito leve; 2 - risco leve; 3 - risco moderado; 4 - risco moderadamente
grave, 5 - risco grave)

ANEXO 2

FLUXOGRAMA

PACIENTES COM TENTATIVA DE SUICÍDIO



PRONTO-SOCORRO DO HC-UNICAMP



CCI.....CLÍNICA MÉDICA.....CLÍNICA CIRÚRGICA.....SERVIÇO SOCIAL, →

→ PSQUIATRIA



R1 ou R2



→ ALTA DO PS.....OBSERVAÇÃO PS.....INTERNAÇÕES
(com menos 24hs) (com mais 24hs ou morte) CLÍNICA, CIRÚRGICA E PSIQUIÁTRICA



NÃO ENTRAM NO ESTUDO



ENTRAM NO ESTUDO



QTS

TENTATIVA DE SUICÍDIO

QUALQUER CASO DE PACIENTE QUE PERMANEÇA
POR 24 HORAS OU MAIS NESTE **PRONTO-SOCORRO** PARA
OBSERVAÇÃO CLÍNICA OU CIRÚRGICA, CHAME A PSIQUIATRIA

BIP: 93351 CENTRAL: 2333300

CLAUDEMIR B. RAPELI

TENTATIVA DE SUICÍDIO

QUALQUER CASO INTERNADO NESTA **ENFERMARIA** POR
TENTATIVA DE SUICÍDIO CHAME A PSIQUIATRIA PELO:

BIP: 93351 CENTRAL: 2333300

CLAUDEMIR B. RAPELI