

Roosevelt Moises Smeke Cassorla
ROOSEVELT MOISES SMEKE CASSORLA

JOVENS QUE TENTAM SUICÍDIO

Tese de doutoramento apresentada à
Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas

Orientador:

Dra. RACHEL VILELA FÁVERO

CAMPINAS - 1981

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL

A Iara,

a Rafael,

a Beti

... a vida estava seguindo o curso normal; fiquei espantada. Eu ontem era menina, e agora estou pensando como uma moça. Um imperceptível traço separando as duas regiões. Quis voltar, sempre tive pavor do escuro e do ignorado, ao menos na infância já me acostumara à paisagem. Tudo teria de se modificar, as vozes - - amortecidas pelo hábito - gritavam com força: Quem é você ? Maria ? O que é Maria ? Novamente a angústia do não encontrado: eu me procurava, e nem uma luz sequer indicou o objetivo da caminhada. Outras preocupações se amontoavam, minha experiência era cansativa. Queria um apoio (havia momentos de trágica solidão), e chorava. Mamãe fazia uma falta enorme.

Maria Julieta Drummond de Andrade

A busca

... Levanto o remo e bato com força mas as ventosas se enrolam em minhas mãos e me puxam para o fundo mais fundo me larga! Arrebento os fios nos dentes e fico batendo até a dor ficar insuportável. Acordo. Estou molhada de suor. Fico olhando meu ventre latejante. Limpo a cara no tapete. Tinha que engravidar ? Tinha. Debilóide. Engravidando igualzinho. Mas o ano que vem me arranco feito um jato a diferença é essa ela virou formiga e eu. Me desgrudo desta pele e nasce outra sem tatuagem nem nada.

Lygia Fagundes Telles

As meninas

Adigēame por ser solo y no por ser prove.
(Tenha pena de mim por ser sō, e não por ser pobre)

Provērbio sefaradí

A G R A D E C I M E N T O S

Este trabalho não poderia ter sido efetuado sem a colaboração de inúmeras pessoas. Em especial, desejo expressar minha gratidão a todos os jovens, sujeitos desta investigação, que, ao me confiarem seus problemas, forneceram os elementos básicos para sua realização.

Sinto-me feliz, particularmente, por ter podido contar com a participação dos companheiros, amigos e colegas:

Prof. Maurício Knobel, chefe do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria, da FCM da UNICAMP, que diuturnamente nos questiona, provoca, estimula e orienta, em termos de produção científica. A ele devo, em particular, meu despertar de interesse pela adolescência.

Dr. Dorgival Caetano, que além de auxiliar-me no trabalho de computação, dividiu comigo sua experiência e bom senso, em termos de investigações científicas.

Os demais colegas do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria, sempre interessados em meu trabalho, me forneceram valiosas sugestões. Em especial, os Drs. Isaac G. Karniol e Joel S. Giglio, lendo os originais, me mostraram pontos importantes. A Dra. Ruth M. de Cerqueira Leite gentilmente me facilitou referências essenciais. A colega Regina Célia Tamaso Miotto não só me estimulou permanentemente, mas também, com seu interesse, me proporcionou condições de reflexão conjunta, de imensa valia.

O Dr. Everardo Duarte Nunes, sociólogo do Departamento de Medicina Preventiva e Social, da FCM da UNICAMP, e o Dr. Gerson Antônio Vansan, professor no Departamento de Neuropsiquiatria da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP, me fizeram apreciações muito úteis. Os Drs. Achilles Piedrabuena e Djalma de Carvalho Moreira Filho amavelmente me assessoraram quanto a aspectos estatísticos.

A sra. Josette Karniol pacientemente me orientou na tradução das escalas. A sra. Laura Lucon Trigo (responsável pela Divisão de Estudos e Programas da DRS-5) e Hedwig M. M. Graziano da Silva (estaticista da Secretaria Municipal de Saúde), me facilitaram a obtenção de estatísticas vitais. A Polícia Militar, através do setor de estatística do 8º BPM constantemente nos mantém avisados das tentativas de suicídio semanalmente ocorridas. Os médicos do Pronto Socorro do Hospital Irmãos Penteado, através de seu chefe, Dr. Agnello, com a maior boa vontade me comunicaram os casos atendidos.

O pessoal do Centro de Prevenção do Suicídio de Campinas, em especial a

voluntária Mara, me auxiliou em alguns momentos do trabalho. Os médicos residentes Marizilda Souguellis, Egberto Ribeiro Turato e Sérgio Luiz Saboya Arruda, além de terem participado diretamente na coleta de dados me ajudaram a refletir sobre vários aspectos.

Os srs. Antonio de Jesus Monteiro e Antonio Monteiro Filho me auxiliaram na revisão do texto. Este foi datilografado pelos srs. Alcides Gomes Martins, Rosa li Pagano, Ana Adélia Moraes e Odila M. da Costa. Esta última, como secretária da Comissão de Pós-Graduação sempre esteve, gentilmente, a minha disposição.

Finalmente, quero agradecer em especial a Dra. Rachel Vilela Fãvero, minha orientadora, cujo rigor científico aliado a peculiar capacidade de transmitir conhecimentos mantendo a liberdade de criação do orientando, me proporcionou condições especiais de trabalho.

Outras pessoas, que não tiveram participação direta no trabalho merecem minha gratidão. Particularmente, não posso deixar de citar a influência de três: os Drs. Quivo S. Tahin, Dêcio P. de Moura e Roberto S. Pinto de Moura que, me introduziram, principiante, com muita paciência, na disciplina estimulante da investigação científica, nos mistérios da psiquiatria clínica e nos meandros fascinantes da psicanálise, respectivamente.

INDICE

	Pág.
CAPITULO I - OBJETIVOS.....	1
1. Explicações preliminares.....	1
2. Objetivos do trabalho.....	2
CAPITULO II - CONSIDERAÇÕES GERAIS E SOBRE A LITERATURA.....	3
1. Sobre a literatura.....	3
2. Referências históricas.....	4
3. Nomenclatura e classificação dos atos auto-destrutivos.....	6
4. A falácia das estatísticas.....	10
5. Teorias e motivações dos atos auto-destrutivos.....	15
6. Aspectos clínicos.....	26
7. Prognóstico.....	31
CAPITULO III - MÉTODOS E PROCEDIMENTOS.....	33
1. Sujeitos.....	33
2. Instrumentos.....	39
3. Análise dos dados.....	42
CAPITULO IV - RESULTADOS.....	44
1. Características demográficas e sociais.....	44
2. Características referentes a antecedentes mórbidos.....	59
3. Problemas de relacionamento social.....	63
4. Características familiares.....	68
5. Antecedentes suicidas e perdas.....	83
6. Impressões diagnósticas.....	86
7. Estudo particular do lar desfeito.....	87
8. Descrição e quantificação da tentativa.....	92
9. Descrição e quantificação dos sintomas dos três grupos.....	97
10. Comparação das escalas de sintomas nos três grupos.....	97
11. Distribuição de algumas variáveis em diferentes agrupamentos de potencialidade e intencionalidade suicidas.....	98
12. Casos clínicos.....	108
CAPITULO V - DISCUSSÃO.....	109
1. A metodologia.....	109
2. O sexo feminino e a tentativa de suicídio.....	114
3. Outras características demográficas e sociais.....	116
4. Antecedentes mórbidos.....	125
5. A atuação nos indivíduos que tentam suicídio.....	127
6. Atividade sexual e menstruação.....	128

7. O "ambiente suicida".....	131
8. As famílias dos jovens que tentam suicídio.....	132
9. O ato suicida.....	145
10. Os grupos de potencialidade e intencionalidade.....	150
11. Discussão de casos.....	151
CAPITULO VI - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	172
1. Conclusões.....	172
2. Uma provável história natural da tentativa de suicídio em jovens..	177
ANEXO 1.....	183
1. Questionário sobre características pessoais e familiares.....	183
2. Critérios utilizados para a codificação das questões.....	198
ANEXO 2.....	201
1. A escala de potencialidade suicida.....	201
2. A elaboração do instrumento.....	205
3. Respostas obtidas na aplicação da escala de potencialidade suicida.	206
ANEXO 3.....	210
1. Instrumento para descrição e quantificação da tentativa de suicídio.....	210
2. A elaboração do instrumento.....	216
3. Respostas das escalas de intencionalidade suicida e letalidade....	218
ANEXO 4.....	219
1. Escores das escalas aplicadas ao grupo TS.....	219
2. Escores das escalas aplicadas ao grupo N.....	220
3. Escores das escalas aplicadas ao grupo P.....	221
ANEXO 5 (Histórias clínicas resumidas dos casos).....	222
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	250

CAPÍTULO I - OBJETIVOS1 . EXPLICAÇÕES PRELIMINARES

O suicídio é, sem dúvida, o fenômeno mais temido que ronda a atividade clínica, não só do psiquiatra, como também do internista. Quando realizado, ou mesmo provável, faz o médico defrontar-se, às vezes de forma violenta, com os mistérios últimos do processo vital. E, o obriga a uma re-evocação aguda de seus próprios conflitos.

A possibilidade desse choque faz com que se utilizem mecanismos defensivos. Entre estes, a negação da probabilidade do fenômeno, e a defesa agressiva frente ao paciente, nos parecem dos mais comuns. Talvez por isso encontramos atitudes de desprezo hostil, rotineiras nos pronto-socorros, em relação a indivíduos que tentaram suicídio. A idéia, algo mágica, de que o objetivo do ato foi apenas "impressionar", tranqüiliza o clínico, que assim deixa de se sentir ignorante e impotente. Estranhamente, é raro que procure investigar porque um indivíduo precisou chegar a esse extremo para poder "impressionar" outros.

Esse comportamento dos médicos nos intrigava desde o tempo de estudante. Também não compreendíamos porque os pacientes em que não se encontrava lesão orgânica, eram tão rejeitados. Vários professores respondiam a nosso questionamento com a paciência de adultos experientes, que sabem que logo o principiante cairá na realidade, deixando de supor coisas inexistentes.

Já como profissional, passamos a notar cada vez mais a importância dos fatores emocionais, mesmo nas doenças ditas somáticas. E, como sanitarista, nos surpreendíamos com o papel dos conflitos psíquicos em áreas tão diversas que iam desde os problemas grupais na administração e no trabalho da equipe de saúde, até a resistência de populações a programas educativos.

Ao nos dedicarmos, posteriormente, à psiquiatria, passamos a ter a possibilidade de começar a compreender não só o suicida e os doentes em geral, mas também as reações de ansiedade dos médicos clínicos, frente aos conflitos emocionais de seus pacientes. Essas reações podem ser comparadas às que ocorrem com o adolescente: ambos, tanto os clínicos como os jovens, se sentem invadidos por impulsos, desconhecidos e perigosos, que não sabem controlar. Assim como o adolescente comumente necessita negar e reprimir os novos impulsos sexuais e agressivos, o médico também fará o mesmo com seus conflitos, evocados pelos dos seus pacientes. Com o tempo, o adolescente sadio conseguirá desfrutar de suas novas possibilidades; infelizmente, o clínico, na maioria das vezes, não o consegue.

A adolescência, por outro lado, também desperta reações hostis na maioria das pessoas. Os estereótipos do adolescente revoltado, do adolescente promíscuo, do adolescente delinqüente, do adolescente subversivo, são exemplos das reações da sociiedade frente a essa faixa etária. Isso se deve, não só à dificuldade com que a maioria das pessoas passou por essa fase, de que não se quer lembrar, como a uma necessidade de deslocar para os jovens aspectos próprios que não se quer reconhecer.

O encontro de um adolescente potencialmente suicida evocará, portanto, dois tipos de conflitos principais: os suscitados pela consciência da morte e da possibilidade de auto-destruição, e os decorrentes dos aspectos próprios da adolescência. Teremos, então, duas fontes de dificuldades, que nos estimularão a fugir do problema. Talvez por isso a nossa surpresa, quando levantando dados para trabalho anterior (CASSORLA, 1979), verificamos que em torno de dois jovens tentam suicídio diariamente, em Campinas (cidade de 650 000 habitantes).

O nosso interesse por adolescentes, a experiência com o Centro de Prevenção ao Suicídio de Campinas (onde a maioria das consultas são provenientes de jovens), o permanente mistério das relações entre a vida e a morte, e os surpreendentes números vistos acima, constituem os motivos conscientes que nos levaram a planejar e executar este trabalho.

2 . OBJETIVOS DO TRABALHO

Os OBJETIVOS a que nos propusemos, foram:

- 1) Caracterizar os jovens que tentam suicídio, do ponto de vista:
 - a - demográfico e social;
 - b - de aspectos mórbidos;
 - c - de aspectos de comportamento.
- 2) Caracterizar as famílias e o ambiente dos jovens que tentam suicídio.
- 3) Descrever os sinais e sintomas que acompanham os jovens que tentam suicídio.
- 4) Descrever os principais conflitos que se evidenciam nos jovens que tentam suicídio.
- 5) Descrever as características diferenciais das variáveis acima, em relação a jovens supostamente "normais" e a jovens com problemas psíquicos.
- 6) Caracterizar o ato suicida em jovens que tentam suicídio.
- 7) Formular hipóteses, a partir dos dados obtidos, sobre a dinâmica dos conflitos que levam os jovens a tentar suicídio.

Antes de passar ao trabalho, propriamente dito, faremos algumas considerações gerais sobre aspectos relacionados ao tema, em conjunção com uma revisão da literatura.

CAPÍTULO II - CONSIDERAÇÕES GERAIS E
SOBRE A LITERATURA

1 . SOBRE A LITERATURA

A equipe do Centro de Prevenção do Suicídio de Los Angeles, publicou uma Bibliografia sobre Suicídio e Prevenção do Suicídio cobrindo os anos de 1897 a 1967, que inclui 3.469 referências. FARBEROW & SHNEIDMAN (1965), revendo somente os aspectos psicológicos, encontraram cerca de 600 trabalhos, entre 1897 e 1957. SEIDEN (1969) cita mais de 200 trabalhos sobre suicídio em jovens, publicados entre 1900 e 1967. E, FEGETTER (1980), encontra 6.300, sobre suicídio em geral, até 1971.

No entanto, tal número de trabalhos, nos dá, na realidade, uma visão enganosa. Assim, BAKWIN (1957), numa revisão sobre suicídio em crianças e adolescentes, encontra apenas 5 trabalhos que, em sua opinião, seriam relevantes. SEIDEN (1969), doze anos após, assinala que o quadro já não era tão negro, mas a visão pessimista ainda tinha uma considerável justificativa. Em nossa própria revisão, 13 anos após, tendemos a concordar com esses autores e com WEKSTEIN (1979), que escreve: "A informação estereotipada que abunda na literatura, tem pouca ou nenhuma utilidade clínica".

A grande maioria dos trabalhos faz especulações a partir de alguns casos, repete achados prévios (muitas vezes aceitos sem qualquer crítica), ou argumenta e opina sem qualquer suporte (SEIDEN, 1969). São raros os estudos que procuram testar uma hipótese, e, mais raros ainda os que possuem uma orientação teórica. Muitos autores são imprecisos nas definições usadas, e outros ampliam suas conclusões além dos dados obtidos.

Ao rever os trabalhos referentes a tentativas de suicídio em adolescentes, nos defrontamos, além dos problemas acima, com outros específicos:

- 1) Confusão quanto às categorias dos comportamentos suicidas. Assim, encontramos trabalhos que analisam, em conjunto, suicídios completos, tentativas e ameaças, ou são alguns desses comportamentos. Na realidade, há fortes indícios de que suicídios completos e tentativas de suicídio são comportamentos de populações diferentes. Os que tentam e não morrem são mais jovens que os que conseguem, e a razão referente ao sexo é inversa (3 homens para cada mulher, nos suicídios completos, e 3 mulheres para cada homem, nas tentativas). Além disso, não mais que 10% dos casos que tentam suicídio acabam morrendo posteriormente, enquanto que a maioria dos suicidas morre na primeira tentativa (STENGEL, 1970). É possível que as duas populações se interpenetrem, mas não parece correto misturar os dois grupos nos trabalhos. Encontramos, assim, trabalhos efetuados em pessoas que tentam suicídio, cujas conclusões são generalizadas para os suicidas completos, e vice-versa. Quanto às ameaças, não fica claro se se trata de grupo semelhante ou diferente dos outros dois.

- 2) Falta de uniformidade nos critérios referentes a idade. Existe um grande número de trabalhos, a maioria, que estuda populações que tentam suicídio, incluindo todas as idades. Os trabalhos que separam apenas os jovens, não são tão numerosos. Como a maioria das tentativas ocorre em jovens, optamos por não desprezar as conclusões daqueles trabalhos. Não raramente, as conclusões desses autores ignoram as características psicológicas dos jovens, e fazem-se generalizações a partir de uma visão do adulto.

Não menos complicada é a análise de trabalhos que estudam adolescentes e crianças. As faixas etárias variam enormemente, e existem trabalhos que misturam crianças menores com adultos jovens. Mesmo quando se trata só de adolescentes, a comparabilidade dos trabalhos é restringida pelos diferentes critérios etários.

- 3) Outra dificuldade, é que a maioria dos trabalhos provêm de populações diferentes, impedindo generalizações. Devem-se ainda levar em conta as diferenças culturais. Além disso, quase sempre as amostras são pequenas e não representativas. Por exemplo, grande parte dos trabalhos se referem a pacientes hospitalizados, o que supõe uma maior gravidade, ou maior disponibilidade de atenção médica, por características pessoais ou ambientais. Uma porção considerável de autores utiliza dados registrados, o que implica também em se levar em conta a fidedignidade desses dados. Poucos trabalhos são planejados de forma aos dados serem colhidos já com finalidade de investigação, uniformizando-se os critérios e os métodos.
- 4) Praticamente todos os trabalhos são retrospectivos: entrevista-se o paciente ou seus familiares, após o ato suicida. Alguns poucos fazem seguimento, mas após o ato. É evidente que aqui encontramos todas as falhas dos estudos retrospectivos, desde as dúvidas sobre as informações, até os " bias " do pesquisador, que sabe que o paciente praticou o ato.

Quase todos os trabalhos, portanto, são descrições de características das populações que se suicidam ou fazem algum ato suicida, a partir de dados registrados, ou, eventualmente, de questionários especialmente formulados. No entanto, as conclusões deixam muito a desejar, não só pelos motivos já expostos, mas, principalmente, pela falta de um grupo testemunha, para comparações. Pouquíssimos são os trabalhos que possuem grupos de comparação - e, quase todos, só abordam aspectos muito parciais.

2 . REFERÊNCIAS HISTÓRICAS

CASPER foi o primeiro a relatar suicídios cometidos por crianças e jovens, na Prússia, entre 1788 e 1797 (LOURIE, 1967). Mas já HIPÓCRATES em seu trabalho fragmen

tário "Peri parthenion" (Das doenças das donzelas) relata sintomas mentais, incluindo tendências suicidas, em moças com perturbações menstruais. Esses sintomas, particularmente o comportamento suicida foi interpretado como exemplo de comportamento coletivo psicopático (ROSEN, 1975). Nessa mesma linha encontramos a descrição da epidemia de suicídio entre moças de Mileto, que subitamente se enforcavam. Para PLUTARCO, segundo ESQUIROL, isso se deveria à inveja entre elas, devido à guerra que afastava os homens (POROT, 1969). Para lidar com tal situação, criou-se uma lei que condenava as suicidas a serem levadas nuas pelas ruas, para o sepultamento, o que fez com que a epidemia cessasse (ROSEN, 1975). Um velho historiador de Marselha relata que as moças se matavam devido à inconstância de seus amantes, e em Lião as mulheres se atiravam e afogavam no rio, sem se precisarem as causas (POROT, 1969).

Na Idade Média encontramos o relato de CAESARIUS de HESTERBACH (1180-1243 ?), sobre uma jovem que tendo dado à luz um filho ilegítimo, se enforca ao ser abandonada por seu amante (ROSEN, 1975). No Talmud encontra-se uma discussão sobre o suicídio em crianças, e conclui-se que ele não pode ser proposital.

Durante os anos de 1900-1905, houve um grande aumento na frequência de suicídios em Berlim, entre crianças, chegando a 1.700 casos entre 1900 e 1903 - ocorre, a seguir, um decréscimo, e um novo aumento em 1930 que continua desde então, este particularmente entre adolescentes.

Suicídio por crianças e adolescentes parece ocorrer em todas as sociedades: entre outros, uma tradição de suicídio em jovens foi relatado na Melanésia e Nova Zelândia e entre os Índios da Colúmbia Britânica (LOURIE, 1967). ZILBOORG (1936), chama a atenção para o fato que entre os primitivos ocorre principalmente no sexo feminino, em jovens.

Os pontos de vista sobre o suicídio em crianças e jovens têm variado conforme as épocas: durante as duas últimas décadas do Século XIX, a explicação mais comum era que os jovens eram influenciados pelas novelas e histórias românticas. Durante as duas primeiras décadas do Século XX, os estudos, a escola, eram responsabilizados (LOURIE, 1967), se bem que em 1840 já se acusavam os romances e a masturbação excessiva "que ocorre em nossas escolas públicas" (ROSEN, 1975). Entre 1915 - 1935, são enfatizados os aspectos constitucionais e hereditários, e, somente no fim da década de 30, motivos psicológicos inconscientes passam a ser assinalados (LOURIE, 1967) (exceto o simpósio no Instituto Psicanalítico de Viena, em 1910, em que se discutiu a alta incidência do suicídio em jovens) (SCHECHTER & STERNLOF, 1970).

A epidemias de suicídio em jovens são conhecidas há muito tempo. BAKWIN (1957) cita várias. Das mais famosas, foi a que ocorreu em conexão com a publicação da obra de GOETHE, Os sofrimentos do jovem Werther, quando a chamada febre ou psicose de Werther assolou a juventude européia (OTTO, 1972). A época romântica foi repleta de suicídios tanto entre os personagens como entre os autores (ALVAREZ, 1975).

Aliás, nas artes encontramos comumente suicídios e tentativas, descritos pelos artistas sem os preconceitos "científicos", e podendo assim captar melhor as motivações inconscientes. GARMA (1952) estuda vários trechos de obras literárias, do ponto de vista da psicologia do suicídio. HARDING (1971) analisa exemplos da literatura em que se relatam suicídios de adolescentes, como ocorre em Ofélia (em

Hamlet) e Romeu e Julieta de SHAKESPEARE, Makar de GORKI e o " Pequeno Pai Tempo " de Judas, o obscuro de HARDY . No nosso meio, Lygia Fagundes Telles, em As Meninas " , nos dá uma visão emocionante da mulher adolescente e suicida (TELLES,1975) , e Maria Julieta Drummond de Andrade descreve, como adolescente, as reações ao suicídio do namorado, em A Busca (DRUMMOND DE ANDRADE,1981).

Numa revisão de 306 óperas, FEGETTER (1980), encontrou 77 suicídios e 12 tentativas, entre seus personagens - é interessante notar-se que a tentativa de suicídio só passa a ocorrer com maior frequência no século XX.

ZILBOORG (1936) cita MALINOVSKY, que em Crime e Castigo na Sociedade Selvagem mostra as pressões sociais levando ao suicídio jovens que quebram o tabu do incesto . E, lembra ARISTÓTELES, que na História de Animais conta o caso de um potro que, após recusar-se por várias vezes a servir uma égua, acaba cedendo, e quando descobre tratar-se de sua mãe, se atira de um precipício. Assinala que esse suicídio adolescente, mesmo fantasioso, corresponde a motivações humanas, convenientemente projetadas - no reino animal.

Segundo BALSER e MASTERSON (1959), a primeira comunicação científica sobre suicídio em jovens foi feita por MASON, em 1954, com o relato de 4 casos. Esse autor também valoriza os conflitos incestuosos, em seus pacientes.

3 . NOMENCLATURA E CLASSIFICAÇÃO DOS ATOS AUTO-DESTRUTIVOS

A terminologia e classificação em suicidologia deixa muito a desejar. Comumente sofre de ambigüidade, usa termos vagos e demonstra discordâncias sobre termos nucleares. Existem frequentes classificações que, às vezes, parece não trazerem - qualquer vantagem, ao ponto de WEKSTEIN (1979), talvez exagerando algo, escrever que muitos trabalhos só servem para " fortalecer o ego do autor , ou talvez servir de antídoto contra a autodestruição - publicar para não perecer ... " .

Em trabalho anterior (CASSORLA,1978) , tivemos oportunidade de efetuar uma revisão crítica sobre a conceituação dos atos suicidas. A partir da clássica definição do abade DESFONTAINES (" a morte de si mesmo "), discutimos a ambigüidade e limitações da maioria das definições, principalmente se levarmos em consideração os suicídios " inconscientes " , isto é, aqueles casos em que a motivação consciente praticamente inexistente. Concluimos que a difícil evidencição dessa categoria não permitia sua inclusão nas definições de maior utilidade epidemiológica, a despeito de sua vantagem em clínica ser inquestionável.

A controvérsia descrita tende a ser solucionada restringindo-se a definição : passa-se a valorizar a consciência e a intencionalidade do ato, É o que faz - DESHAIES (1947) (apud HAIM ,1969), que define o suicídio como " a morte intencional de si mesmo " . Seguindo esta orientação, insiste-se em que o indivíduo deve estar lúcido, e consciente que a ação que efetuará o levará à morte, morte essa desejada. Outros exemplos de definições : " Ato voluntário de uma pessoa que conscientemente se coloca em uma situação que espera que o leve à morte, e através da qual pretende atin

gir seu objetivo " (PERLSTEIN, 1966) ; " ato de auto dano com a intenção que o dano mate " (GARFINKEL & GOLOMBEK , 1974) ; " ato pelo qual um ser humano faz voluntariamente aquilo que crê ser uma causa eficiente e suficiente de sua própria morte "(LANDSBERG,1951 , apud HAIM ,1969).

A crítica que fizemos a essas definições , é que ao exigirem lucidez, intencionalidade e conhecimento das consequências do ato, se retiram os suicídios " inconscientes " , também acabam excluindo os suicídios de indivíduos alucinados e de pacientes com perturbações no campo da consciência. O mesmo ocorrerá com as crianças, que não têm uma noção da irreversibilidade da morte. Ainda mais, perguntamo-nos até que ponto essa morte desejada, intencional, é realmente desejada. Acreditamos , com STENGEL (1970), que em numerosos casos os pacientes estão confusos e querem tanto viver como morrer - " querem as duas coisas ao mesmo tempo, comumente uma mais, ou muito mais que a outra " . É interessante notar-se como em nenhuma definição se utilizam - conotações de " doentio " , " alienado " , " patológico " , etc. . Pelo contrário , - sugere-se sempre que acompanhando o ato existe uma espécie de " livre arbítrio " , - mais próximo dos ideais de saúde que de doença. E, quando existe doença mental ostensiva, essas conceituações passam a ser de aplicação mais difícil, como vimos acima.

Duas outras definições aproximam-se da realidade dos fatos : " dano fatal feito a si mesmo , intencional e consciente, mesmo que de modo ambíguo e vago"(STENGEL - 1970), e " ato de se matar de uma maneira habitualmente consciente , tomando a morte como meio ou fim " (DESHAIES, 1947 , apud HAIM, 1969). Nestes casos, a despeito de ainda haver referência à intencionalidade e consciência do ato, os autores se precavem, usando termos como " ambíguo " , " vago " , " habitualmente " , perdendo em precisão, mas ganhando em abrangência.

Não encontramos uma definição não sujeita a críticas. A tendência parece - ser valorizarem-se a intencionalidade e a lucidez de consciência, durante o ato, mas sem se desprezarem as doenças mentais em que possa haver algum grau de perturbação - dessas funções. No entanto, vários estudos têm demonstrado (BROOKE, 1976) , que existe um paralelismo entre as taxas de morte por suicídio, acidentes e causas mal de finidas, mostrando se tratarem de grupos com algumas semelhanças, em que muitos aci dentes ou causas mal definidas podem corresponder a suicídios " inconscientes " .

Dentre as inúmeras classificações de suicídios, que utilizam critérios variados, e que frequentemente se servem de aspectos muito particulares , destacamos - (WEKSTEIN , 1979) :

- 1) suicídio crônico , que compreende o ascetismo, o martírio, a invalidez - neurótica, a adição ao álcool, as condutas antisociais e a psicose. Este grupo, assim como os dois seguintes, foram descritos por MENNINGER (1970), que utilizou o conceito de instinto de morte (FREUD,1920 A) para a compreensão de muitas patologias e comportamentos humanos ;
- 2) suicídio focal ou parcial : aqui entram as automutilações, a simulação de doenças, as policirurgias buscadas, os acidentes intencionais, a impotência e a frigidez ;
- 3) suicídio orgânico : em que o instinto de morte se manifesta através do componente psicogênico de doenças orgânicas ;

- 4) suicídio por negligência : a vítima " ignora " os fatores da realidade , como o diabético ou hipertenso que " esquece " a medicação ou o coronariano, que mantém seu modo de vida prejudicial ;
- 5) suicídio subintencional : a vítima se envolve em atividades perigosas como esportes ou aventuras determinadas, guiar sem cuidado, etc. . Negam ter intenção suicida.

Os 5 grupos acima, superpõem-se, ou são ainda maneiras diferentes de chamar fenômenos semelhantes .

- 6) Suicídio racional : como uma conclusão " lógica " da necessidade de findar a vida. Poderia ser também chamado de auto eutanásia, e corresponde a pessoas que reconhecem ser seu sofrimento irremediável e intratável ;
- 7) suicídio psicótico : como o suicídio esquizofrênico, em que o indivíduo não tenciona morrer, mas extirpar o efeito de seu sofrimento psicótico ;
- 8) suicídio por automatismo : relativamente não motivado, em que o indivíduo em severo stress, tenta aliviar a tensão por meio de medicamentos (geralmente barbitúricos). Tem pouca ou nenhuma melhora e passa a ingerir - mais, até que cai num estado de " robotização " hipnagógica e ingere mais drogas e/ou álcool ;
- 9) suicídio acidental : por ignorância, desinformação ou escolha infeliz de oportunidade. Nestes o instinto de morte, às vezes, atua claramente.
- 10) suicídio por assassinato, ou precipitado pela vítima : provoca-se um adversário para ser morto, por considerar-se o suicídio ato covarde e não viril.

Podem ser separados os suicídios pessoais dos institucionais - entre estes - se encontra o " suttee " (imolação da viúva entre os hindus) , o " hara-kiri " e o " junshi " (re-encontro com o líder após a morte, entre os japoneses). A pressão cultural é intensa e provavelmente se trata realmente de atos voluntários (WEKSTEIN - 1979). No entanto, LEVY (1979), lembra que há autores que excluem os sacrifícios - dos componentes suicidas.

Quanto aos atos suicidas que não terminam com a morte, as conceituações são ainda mais vagas e confusas. A classificação se torna mais difícil ainda se considerarmos que comumente o paciente nega ter tido intenções suicidas, ou diz que sua intenção era confusa, ou ainda não se lembra do que ocorreu. Entre as várias propostas, todas referindo-se de alguma forma à intencionalidade do ato, ou à gravidade do comportamento temos : falar em suicídio, que seria o primeiro grau de intencionalidade (GLASER,1965), veleidade suicida (POROT,1969), que se trataria da tentativa em estado pontencial, ainda no plano verbal ; idéia ou pensamento suicida (POROT-1969) em que já existe virtualmente o ato ; ameaça suicida (GLASER-1965) , gesto suicida , tentativa ambivalente e tentativa deliberada (STENGEL,1970).

O termo gesto refere-se a atos em que o propósito manipulativo e comunicativo é proeminente e a intencionalidade autodestrutiva aparentemente ausente. A tentativa de suicídio ambivalente se refere aos casos em que a pessoa está consciente de sua

indecisão e aparentemente não pode se decidir a viver ou morrer. Na tentativa de suicídio deliberada, a intenção é realmente morrer.

As principais críticas a essa classificação referem-se ao fato que, comumente, o que vai diferenciar se um ato será classificado posteriormente como gesto, tentativa ou suicídio real, serão circunstâncias, por vezes mínimas, relacionadas à intervenção do ambiente (WILKINS, 1967 ; OTTO, 1972). Há autores que criticam especialmente o termo " gesto ", que associado ao conceito de " manipulação ", é usado comumente num sentido pejorativo e cínico , implicando em perda da simpatia e rejeição das necessidades básicas que o paciente está expressando (HALDANE & HAIDER, 1967), além de minimizarem o potencial suicida inerente a esses pacientes (MEISSNER, 1977), que se manifestará posteriormente em atos mais graves.

Discute-se também se há um " continuum " entre esses atos, ou se se trata de grupos com características diferentes, como vimos no Capítulo I.

Na publicação da Organização Mundial da Saúde (1968), Prevenición del Suicidio, os editores assinalam que, devido à falta de acordo geral sobre o significado dos termos, passam a usar a expressão " ato suicida " , com referência a todo fato pelo qual um indivíduo cause uma lesão a si mesmo , qualquer que seja o grau de intenção letal e de conhecimento do verdadeiro móvel do ato.

STENGEL (1970), defende o uso maior da expressão "tentativa de suicídio", mesmo que se negue a intenção suicida e que se admita a possibilidade de querer causar-se uma impressão no meio social, como fator predominante. Isso porque , essa expressão tem a vantagem de assinalar o elemento de autodestruição que existe, mesmo latente, e a predisposição suicida dessas pessoas, provada por taxas excessivamente elevadas de suicídio.

Em 1970 , na Conferência do Centro de Estudos de Prevenção do Suicídio do National Institute of Mental Health , um grupo de peritos tentou chegar a um consenso em termos de definições (POKORNY, 1974). Chega-se aos conceitos : 1) suicídio completo, que inclui todas as mortes resultantes de um ato auto infligido, intencionalmente ; 2) tentativas de suicídio : que incluem aquelas situações em que o indivíduo efetuou um comportamento que, real ou aparentemente ameaçava sua vida , mas não resultou em morte . (Nesta categoria entraram os que antes se chamariam de suicídios incompletos, gestos , suicídios abortados, tentativas histriônicas, e tentativas ambivalentes) ; 3) idéias suicidas : que incluem comportamentos ou indicações de que o indivíduo está preocupado com seu auto extermínio, mas não passou ao ato.

Cinco outras categorias foram analisadas , que se aplicam aos grupos acima :

- 1) Grau de certeza : refere-se ao grau de certeza, em porcentagem , que o clínico calcula, em termos de um ato poder ou não ser suicida ;
- 2) Letalidade : refere-se às consequências do ato em função de padrões médicos ;
- 3) Intencionalidade : é a intensidade do desejo do indivíduo de acabar com sua vida ;
- 4) Circunstâncias mitigantes : que incluem aspectos como idade, inteligência, doença orgânica, intoxicações, etc., que alteram o conhecimento do paciente sobre as consequências de seu ato ;

5) Método : significante porque pode refletir aspectos dos 4 ítems anteriores.

POKORNY (1974) sugere o termo " suicidalidade " (" suicidality "), para referir-se ao risco ou probabilidade de um ato suicida.

Existe também uma tendência moderna a se usar o termo " parasuicídio " (KREITMAN e cols.,1969), como " ato deliberado que mimetiza o ato de suicídio, mas não resulta em desenlace fatal, independentemente do grau de severidade médica ou da intencionalidade psicológica ". Com este termo evitam-se muitas confusões, e sua definição operacional requer apenas um julgamento concernente a se a pessoa iniciou o ato de auto-dano.

4 . A FALÁCIA DAS ESTATÍSTICAS

É opinião unânime entre os autores que as estatísticas vitais sobre os comportamentos suicidas são artificiais, falhas e subestimadas (HAIM,1969 ; POROT,1969 ; STENGEL,1970 ; WEISSMAN,1974 ; WEKSTEIN,1979). Para WEKSTEIN (1979), analisar estatísticas de suicídio não é diferente que interpretar sonhos (com a agravante que não conhecemos o sonhador ...) ; os dados devem ser aceitos como se apresentam, com todas suas distorções e elaborações secundárias. No entanto, alguma informação pode ser inferida, principalmente diferenças quanto a sexo, idade, estado civil, raça, religião, etc., e, provavelmente, quanto a variações no tempo, no mesmo local, caso não tenham havido mudanças apreciáveis nos critérios de registro.

As principais fontes de erro, no referente às estatísticas de suicídio, giram em torno de :

- 1) Critérios utilizados para o diagnóstico e o registro do evento : por exemplo, sabe-se que muitos acidentes e envenenamentos acidentais são, na realidade, suicídios. 1/4 dos acidentes de automóvel são considerados subintencionais (HART & KEYDEL,1979), (e já foi proposto o termo " autocídio " para esses casos). O Centro de Prevenção de Suicídio de Los Angeles (EUA), estima que 50% dos suicídios são rotulados como acidentes, (TOOLAN,1975). Mesmo muitos homicídios (" homicídios precipitados pela vítima ") (SEIDEN,1969), podem ser procurados conscientemente. A própria conceituação do que seja suicídio, conceituação essa influenciada pelas teorias a ela subjacentes, pode, eventualmente diversificar os critérios diagnósticos, como já discutimos em outro trabalho (CASSORLA,1978) : por exemplo, um diabético que se recusa a tomar medicamentos poderá ser rotulado de suicida ou terá em seu atestado como causa básica o diabete apenas, dependendo também da orientação teórica do médico assistente, ou da autoridade de Saúde Pública responsável.
- 2) Fatores sócio-culturais : na maioria das vezes, o suicídio procura ser escondido pelas famílias, ou pelo próprio grupo social, e, pressões latentes ou manifestas acabam por alterar o atestado de ôbito. Suspeita-se

que isso ocorra ainda com maior frequência quando se trate de jovens (SEIDEN,1969), em que a vergonha, a culpa e o remorso, no ambiente, são mais intensos, porque o choque da morte num indivíduo jovem é maior (HAIM, 1969). A Organização Mundial da Saúde (BROOKE,1976), a partir de um trabalho comparativo em vários países, demonstrou como as estatísticas são falhas e sujeitas a muitos fatores (entre eles o método usado em cada país para determinar se a morte se deve a suicídio), e concluiu - que só se pode conceder um valor muito limitado às taxas oficiais, e que a elaboração de teorias epidemiológicas e sociodemográficas é muito aleatória, a partir desses dados.

De um modo geral, para cada país ou região existe uma tendência às taxas de suicídio não variarem muito com o tempo ; no entanto, a distribuição dessas taxas dentro dos grupos etários tem sofrido variações acentuadas. O mais importante tem sido um aumento gradativo nas idades mais jovens ,(SEIDEN,1969 ; HAIM,1969 ; TEICHER,1970; WEISSMAN,1974 ; BROOKE,1976 ; CRUMLEY,1979) . Nos Estados Unidos as taxas de 15-24 anos passaram de 4 por 100 000, em 1957, para 10,9 em 1974 e 12,2 em 1975 (HART & KEYDEL,1979) . Nesses grupos o suicídio se coloca entre a 2ª e 3ª causa de morte , logo após os acidentes (FAIGEL,1966);(ORGAN. MUNDIAL DE LA SALUD , 1968). O mesmo ocorre em nosso meio (PUFFER & GRIFFITH,1967). Existe também uma tendência a aumentarem os homicídios nessa faixa etária (HOLINGER,1979). A título de ilustração , damos na TABELA A , as taxas de suicídio entre jovens, em alguns países da Europa. Os dados são pouco comparáveis, face às distorções já discutidas.

TABELA A - PAÍSES EUROPEUS QUE REGISTRARAM AS TAXAS MAIS ALTAS E MAIS BAIXAS DE SUICÍDIO , 15-24 ANOS , 1969. (POR 100.000 HABITANTES).

	HOMENS	MULHERES
<u>Taxas altas</u>		
Hungria	28,9	8,2
Finlândia	22,1	6,7
Áustria	18,3	6,3
Suíça	17,1	4,8
Checoslováquia	27,3	11,9
Alemanha Ocidental	17,9	6,9
<u>Taxas baixas</u>		
Noruega	6,0	2,3
Países Baixos	4,0	2,0
Itália	3,6	-
Irlanda	0,4	-

Fonte : BROOKE (1976)

Se compararmos o número de suicídios em jovens, verificamos que correspondem a aproximadamente 1/3 do total.

No nosso meio, RAMOS E BARBOSA (1965) e BARBOSA (1974), mostraram que para a cidade de São Paulo os mais altos valores ocorrem em pessoas velhas, do sexo masculino, mas, para o sexo feminino, o grupo com maior incidência é o de 15-24 anos, mantendo-se assim entre 1948 e 1968. MELLO JORGE (1979), assinala que os índices de suicídio em São Paulo caíram de 11,93 por 100 000 em 1969, para 5,28 em 1975. O ápice ocorre entre os 20 e 29 anos, em números absolutos, mas nos coeficientes, a maior incidência é no grupo de 70 anos e mais. A proporção entre os sexos é de 2,5 homens para cada mulher. VANSAN (1978) também encontrou um decréscimo nas taxas em Ribeirão Preto. Em Campinas (CASSORLA & MIOTO, 1977), encontramos oscilações no tempo, também com tendência aparentemente decrescente - 32% dos casos ocorreram em menores de 25 anos.

Na TABELA B apresentamos dados, por nós calculados, sobre suicídio no Brasil, Estado de São Paulo e Campinas.

TABELA B - TAXAS DE SUICÍDIO POR 100 000 HABITANTES, E PROPORÇÃO POR SEXO E IDADE (BRASIL, ESTADO DE SÃO PAULO E CAMPINAS)

	Taxas (por 100 000 hab.)	Homens Mulheres	Jovens Total	X 100
BRASIL (1975)	3,20	2,2	26,5	
ESTADO DE SÃO PAULO (1975)	4,54	1,9	29,4	
CAMPINAS (1979)	3,01	2,8	26,3	

Observações :

- 1) para o Brasil e o Estado de São Paulo, os dados foram calculados a partir do Anuário Estatístico do Brasil, Fundação IBGE, 1975 ;
- 2) para Campinas, os dados foram calculados a partir de dados obtidos na Fundação SEADE, do Governo Estadual ;
- 3) consideramos jovens aos indivíduos até 24 anos. Para Campinas, se considerássemos até 29 anos, a proporção da 3ª coluna chegaria a 42%.

Num estudo mais fidedigno, em que além dos dados registrados, os óbitos ocorridos foram estudados através de visitas domiciliares, consultas a familiares e arquivos médicos, encontrou-se para a cidade de São Paulo o coeficiente de 9,8 suicídios por 100 000 habitantes, em homens de 15-24 anos e 2,7 para mulheres do mesmo grupo (1962-1964). Verificou-se que os dados registrados estavam bem subestimados - (PUFFER & GRIFFITH, 1967).

Digno de nota é que o número de suicídios e tentativas é muito pequeno em crianças, e aumenta bruscamente com a puberdade. Tanto nos EUA (PERLSTEIN, 1966) como em São Paulo (BARBOSA, 1974 ; MELLO JORGE, 1979), a incidência de suicídios é 5 a 6 vezes maior no grupo 15-19 anos, em relação ao grupo 10-14. Esse aumento brusco é

verificado em todos os países (SEIDEN,1969 ; HAIM,1969) e considera-se a puberdade um período crítico, em que fatores próprios a ela devem contribuir para tal aumento (POROT,1969).

Quanto às tentativas de suicídio, os dados são ainda mais falhos. Além dos mesmos problemas quanto à fidedignidade levantados em relação às taxas de suicídio, a imprecisão quanto à definição é bem maior e com grande facilidade tentativas de suicídio serão rotuladas de acidentes ou envenenamentos acidentais. Num trabalho com 30 jovens, que inicialmente foram classificados como envenenamentos acidentais em 42% dos casos e tentativas de suicídio em 58%, fez-se uma revisão cuidadosa dos diagnósticos, que acabaram por ser alterados para : 4% de acidentes , 72% de gestos e tentativas de suicídio e 22% de intoxicações, achando-se ainda 1 caso (2%) de homicídio - (MC ANARNEY,1975).

Por outro lado, as taxas relatadas provêm quase sempre de trabalhos cujo objetivo primordial não era esse, e em que as fontes de dados são hospitalais ou centros de tratamento que recebem uma população selecionada de alguma maneira (entre os mais graves, em dependência das facilidades de atenção médica, etc.). De qualquer forma, grande parte das tentativas escaparão das estatísticas, ainda mais se não receberem algum tipo de assistência médica. Num levantamento de trabalhos de países de língua inglesa, encontraram-se taxas que variaram entre 46 e 300 por 100 000 habitantes. Quando todas as fontes possíveis de informação são incluídas, chega-se a taxas de 730 por 100 000 (Londres : 1969-1971), (WEISSMAN,1974). De uma maneira geral, nota-se um aumento considerável na incidência de tentativas de suicídio com o decorrer dos anos. As taxas aumentaram 3,5 vezes em 10 anos (entre 1960 e 1970) nos EUA e Inglaterra - (WEISSMAN,1974), ocorrendo principalmente em idades mais jovens (ORGAN. MUNDIAL DE LA SALUD,1968) . SCHNEER (1975), mostra que duplicaram as taxas de hospitalização - por tentativa de suicídio em adolescentes de uma a outra geração, na década de 60, nos EUA. .

Quanto à idade, os trabalhos são concordes em referir-se à maior incidência - de tentativas em menores de 30 anos, sendo que no grupo de 20-24 se encontra o pico. As estimativas oscilam entre 31 e 60% de tentativas em menores de 30 anos, sendo o achado mais comum em torno de 50%. Há também consenso que a idade média das pessoas que tentam tem diminuído nos últimos anos. Quanto ao sexo, há um predomínio de mulheres sobre homens (ao contrário do que ocorre com o suicídio completo), a proporção variando entre 3:1 e 1,3:1 , sendo que a maioria dos trabalhos dão a proporção de 2:1. Há algumas evidências de que o número de tentativas em homens tem crescido e que a razão entre os sexos tenha decrescido. Já se fez a hipótese de que ocorre uma maior representação de mulheres nas estatísticas porque , de uma forma geral, as mulheres procuram mais assistência médica que os homens (WEISSMAN, 1974).

Todos esses dados de tentativas de suicídio devem ser avaliados com cautela , não são pelos motivos já discutidos, mas também porque devem ser levadas em conta as variações na distribuição etária das populações, e as mudanças na disponibilidade e uso dos serviços médicos, de onde provêm a maioria das estatísticas. As taxas comumente não estão padronizadas por idade e, por isso, não são comparáveis - se lembrarmos que são principalmente os jovens que tentam suicídio, comunidades com populações-

velhas terão taxas menores, mas o risco poderá ser o mesmo nos grupos mais expostos. Apesar de ter havido um aumento considerável do número de jovens nos países ocidentais desenvolvidos após a 2ª guerra (e, portanto, o número de pessoas em risco), o aumento no número de tentativas não é explicado só por essas alterações, e é real, (WEISSMAN, 1974). É possível também que o número de tentativas de suicídio tenha aumentado (enquanto tende a diminuir o de óbitos), graças à melhoria nos serviços de reanimação (BROOKE, 1976).

Na TABELA C, calculamos as taxas de tentativas de suicídio por 100 000 habitantes e a proporção por sexo e idade no Brasil, Estado de São Paulo e Campinas.

TABELA C - TAXAS DE TENTATIVAS DE SUICÍDIO POR 100 000 HABITANTES E PROPORÇÃO POR SEXO E IDADE, (BRASIL, ESTADO DE SÃO PAULO E CAMPINAS)

	Taxas (por 100 000 hab.)	Mulheres Homens	Jovens Total	X 100
BRASIL (1975)	6,31	2,13	55,3	
ESTADO DE SÃO PAULO (1975)	18,29	2,41	54,6	
CAMPINAS (1979)	29,13	2,84	57,4	

Observações :

- 1) os dados do Brasil e Estado de São Paulo foram calculados a partir do Anuário Estatístico do Brasil, Fundação IBGE, 1975 .
- 2) os dados de Campinas foram calculados a partir de dados obtidos na Fundação SEADE, do Governo Estadual.
- 3) consideramos como jovens ao grupo até 24 anos.

Esses dados estão, certamente, muito subestimados, mais ainda os do Brasil, e não são comparáveis.

No nosso meio, se declinar a taxa de natalidade, talvez esperemos um menor número de tentativas nas próximas décadas, com um subsequente aumento do número de suicídios, cujo maior risco é em idades mais avançadas, a não ser que entrem em jogo outras variáveis ainda desconhecidas. O mesmo foi previsto para os EUA (WEISSMAN, 1974).

Haveria ainda, conforme o autor (TUCKMAN & CONNOR, 1962 ; FAIGEL , 1966 ; PERLSTEIN, 1966 ; ORGAN. MUNDIAL DE LA SALUD , 1968 ; HAIM, 1969 ; TEICHER, 1970 ; STENGEL, 1970 ; GARFINKEL & GOLOMBEK, 1974 ; WEISSMAN, 1974), entre 7 e 120 tentativas para cada suicídio completo. Calculam-se entre 3-4 tentativas para cada óbito no sexo masculino e 25 a 30 no feminino. Em geral dá-se a proporção de 8:1 a 10:1 , mas salienta-se que deve estar subestimada. Em jovens a proporção seria bem maior , oscilando entre 50 e 120 tentativas para cada suicídio (TUCKMAN & CONNOR , 1962 ; GOULD , 1965 ; JACOBZINER , 1965 ; FAIGEL , 1966) . Haveria, estimando-se por ano, um entre 1 000 jovens que tentam suicidar-se nos EUA (FAIGEL , 1966).

Se todos esses números, de per se impressionantes, nos demonstram já estarmos frente a um problema de saúde pública, nossa intervenção se torna ainda mais premente

se lembrarmos que a população que tenta suicídio é também a mais vulnerável a novas tentativas e ao suicídio completo. A incidência de repetição da tentativa de suicídio varia de 6 a 69% conforme o autor (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE , 1968 ; PETZEL & CLINE , 1978). Parece haver uma nova tentativa em 15% dos casos num período de 12 meses e, em 25% dos casos em 3 anos (BUGLASS & HORTON,1974). Em jovens a repetição parece ser maior (25 a 67% conforme o autor (PETZEL & CLINE,1978). Estudando-se pacientes suicidas, encontram-se tentativas anteriores numa proporção de 7 a 33% conforme o autor (WILKINS,1967). Seguindo-se pacientes que tentaram suicídio, verifica-se que 1,4 a 13,2% se suicidam entre 1 e 12 anos após (BRATFOS,1971). Em geral, seguindo-se os pacientes por períodos inferiores a 5 anos, 5% ou menos se matam, e, se o seguimento é mais prolongado, chega a 10% . A chance de suicídio aumenta quando há mais de uma tentativa anterior (ORGAN. MUNDIAL DE LA SALUD,1968). A diversidade de dados, nos trabalhos acima, se deve ao fato de cada autor utilizar populações diferentes, os trabalhos não sendo, portanto, comparáveis.

PATEL (1974)(apud PETZEL & CLINE,1978), estudando 764 suicídios completos, verifica que metade dos jovens (10-20 anos) haviam feito tentativas prévias ; a 3a. década foi a faixa etária mais comum de suicídio em ambos os sexos, quando havia uma história de tentativa anterior, enquanto que o suicídio sem tal história, ocorria - mais na 6a. década. O tempo entre a tentativa prévia e o suicídio foi em torno de 1 ano e mais de 50% dos pacientes mudaram o método utilizado em relação ao da tentativa anterior. Todos esses dados reforçam a importância do estudo das tentativas de suicídio em jovens.

5 . TEORIAS E MOTIVAÇÕES DOS ATOS AUTO-DESTRUTIVOS

A despeito de suicídio e tentativa pertencerem, provavelmente a categoria diferentes de eventos, conforme já assinalamos, as teorias e motivações descritas na literatura, com raras exceções, agrupam os dois comportamentos sob o rótulo geral de " comportamentos suicidas " . Assim, encontramos inúmeras " teorias de suicídio ", e não teorias de tentativas de suicídio, que estariam ali incluídas. WILKINS (1967) , critica as teorias sociológicas que são estudam o suicídio e propõe a análise separada das tentativas.

Por outro lado, além das teorias gerais, que procuram explicar o evento independentemente de sexo e idade, já se encontram esboços de teorias válidas, ou adaptadas a determinados grupos etários e, em grau menor, aos diferentes sexos, mostrando - que estes grupos têm motivações peculiares. Mas, também neste caso, na maioria das vezes, as explicações agrupam suicídio e tentativas na mesma categoria.

Na realidade estamos lidando com um assunto complexo. O comportamento suicida é a expressão de uma personalidade individual, com sua própria constituição, história de desenvolvimento, circunstâncias sociais e fantasias especiais sobre morte e pós-vida, tudo convergindo e tomando significado no ato, que assim só pode ser compreendido nesses termos multidimensionais (PERLSTEIN,1966). As teorias de suicídio procuram de alguma maneira colocar alguma ordem nessa multicausalidade , e se

baseiam em teorias mais amplas sobre o funcionamento mental. Na realidade, a própria multiplicidade de teorias demonstra que elas não são abrangentes e aplicáveis a todos os casos e situações.

Segundo HAIM (1969), podemos dividir as teorias de suicídio em : 1) a doutrina psiquiátrica clássica ; 2) a doutrina sociológica clássica ; 3) as tendências contemporâneas.

1) A doutrina psiquiátrica clássica : segue-se à época literária e filosófica do século XVIII sobre o suicídio, e constitui a primeira doutrina científica. Baseava-se na psiquiatria descritiva e constitucionista organicista. A paternidade desta doutrina pertence a ESQUIROL; para ele todos os suicidas são alienados. DELMAS desenvolve essa tese ainda em 1932, afirmando que suicídio é sempre patológico e ligado a perturbação orgânica constitucional.

2) A doutrina sociológica clássica : nascida mais tarde, provavelmente como reação às teorias psiquiátricas em voga. Estabelece-se sobre dados estatísticos e considera o meio ambiente como causa fundamental e única. DURKHEIM (1973), seu representante máximo, enfatiza o grau de integração do indivíduo ao grupo no qual vive, como determinante do suicídio. O suicídio, embora seja aparentemente um ato altamente pessoal, é explicável apenas pelo estado da sociedade à qual o indivíduo pertence. Cada sociedade tem uma inclinação coletiva ao suicídio, expressa na taxa de suicídio, - que tende a permanecer constante enquanto as características da sociedade não se alteram. Esta inclinação coletiva da sociedade, influencia o indivíduo e pode coagi-lo a matar-se. Quanto mais fortemente o indivíduo está integrado nos grupos sociais, menor o risco de suicídio. DURKHEIM distingue 3 tipos de suicídio, de acordo com o distúrbio na relação entre indivíduo e sociedade : a) egoísta : individualismo anormal e fraqueza do controle social ; b) altruístico : sociedade com apoio e controle intenso e pouco individualismo ; c) anômico : a sociedade falha no controle e regulação dos indivíduos.

3) As tendências contemporâneas : a renovação das tendências resulta da evolução geral das idéias, em que se vai abandonando o cientificismo rígido e a racionalização excessiva do século XIX e início do século XX, e passa a desejar-se conhecer os processos em seu dinamismo, ao invés de fixar-se em classificações abstratas que tomam a parte pelo todo. Existe também uma possibilidade maior de se conhecerem os mecanismos íntimos do processo suicida, face à diminuição das interdições relativas - ao fato.

Os sociólogos se tornam mais críticos das estatísticas e renunciam a querer explicar o suicídio pelo fato de que alguns homens se suicidam. Passam a preocupar-se em analisar os fatores psico-sociais, em vez de combater os fatores individuais - que não podem negar. Há uma tendência moderna a se revisarem as teorias sociológicas baseadas em estatísticas falhas, e, portanto, levando a conclusões sem base; preza-se o estudo do significado dos atos suicidas (WEKSTEIN, 1979).

Nisso coincidem os psiquiatras, que desistem de ser alienistas puros - agora vão além da psicose e chegam à psicologia dinâmica e psicologia patológica. As teses psiquiátricas e psicológicas se unificam (HAIM, 1969).

Portanto, a noção de suicídio se orienta atualmente em direção à dupla perspectiva, em unidade, evocando a situação suicida e a conduta suicida e os múltiplos fatores determinantes, sociais e individuais, ambos interferindo um com o outro. Os trabalhos contemporâneos orientados principalmente para um ou outro aspecto não negam o outro.

Um bom exemplo dessa interação entre fatores se encontra no estudo dos suicídios " por fracasso " (BREED,1967, apud YAMPEY,1977), que corresponderiam a metade dos suicídios nos EUA. . São indivíduos que sentem que fracassam num papel muito importante ou significativo relativo à sua posição ou atuação na sociedade. Caracterizam-se por : 1) internalização extremada das normas culturais de seu ambiente ; 2) grande sensibilidade ao fracasso, que é vivido com grande vergonha e desesperança; 3) inabilidade em mudar metas e papéis ; 4) sentimento de inferioridade nas relações interpessoais. Nesse estudo, YAMPEY (1977) , identifica as personalidades depressivas (que geralmente não procuram tratamento por falta de " insight " de seu estado) e propõe que talvez esses sejam os 2/3 de suicidas que não apresentam manifestações patológicas, segundo a nosografia psiquiátrica.

A psicanálise , como um dos corpos de conhecimento mais estruturados em relação ao funcionamento psíquico, ultrapassa de longe as outras áreas de estudo psicológico, em relação a teorias. Abordaremos as principais linhas explicativas, sem esgotar os desenvolvimentos ulteriores.

Na reunião da Sociedade Psicanalítica de Viena, em 1910, ADLER considera como significantes na motivação dos atos suicidas o desejo de causar dor e tristeza nas pessoas próximas. Um fator constitucional (responsável pela maior força dos impulsos agressivos) foi também considerado. Nesse encontro foram citadas as frases que ficaram famosas : " são quem perdeu a esperança de ser amado se mata " ; ninguém se mata a não ser que tenha desejos ou queira matar outra pessoa " ; " ninguém se mata se sua morte não é desejada por outra pessoa " . (STENGEL,1970).

FREUD (1917), em Luto e Melancolia, mostra como a agressão se volta contra o próprio indivíduo. Ao contrário do que ocorre no luto normal (em que se acaba aceitando a perda, podendo-se investir futuramente em outros objetos), na melancolia o paciente abandonado, real ou imaginariamente por seu objeto de amor, não investe sua libido em outro objeto, mas se identifica com o objeto perdido (" a sombra do objeto cai sobre o ego ") . Nessa incorporação oral, recupera fantasmaticamente o objeto perdido. No entanto, a situação é ambivalente (amor-ódio), e ao mesmo tempo que quer retê-lo, o indivíduo quer punir o objeto amado : as condutas auto-agressivas e a tendência à autodestruição do melancólico são o resultado da necessidade de destruir esse objeto odiado (e amado) que toma parte de seu ego. Este mecanismo explicaria em parte a maior predisposição a suicídio quando há história de morte na família, sugerindo uma possível identificação com o objeto perdido . ZILBOORG (1937), valoriza mais a perda quando ocorre na fase edípica ou durante a puberdade, como determinante desse mecanismo, e abre caminho para os estudos dos lares desfeitos ("broken homes") que dominará a literatura psico-social nos anos seguintes.

Neste estágio da psicanálise, a agressão era vista ainda como um derivado do instinto sexual, em reação à frustração. Em 1920, com Além do Princípio do Prazer ,

ocorre grande reviravolta na teoria freudiana, com a introdução do conceito de instinto de morte (FREUD, 1920 A; TABACHNICK, 1972). Esse instinto existiria como força primária em todos os organismos vivos, lutando para fazê-los voltar a um estado de completa inércia. Esta força seria combatida por: 1) o instinto de vida - que teria ampliar a vida, unir a matéria viva em unidades maiores; 2) forças externas ao indivíduo que interfeririam com seus valores próprios no instinto de morte. Paradoxalmente, essas forças externas são por vezes destrutivas (fome, doenças, inimigos) - nesse momento, elas seriam combatidas pelo ego através de mecanismos que, desse ponto de vista, operariam do lado do instinto de vida. Mas, a nível mais profundo, eles atuariam do lado do instinto de morte - esse paradoxo seria explicado pelo fato desse instinto querer impor seu próprio padrão de morte: assim, qualquer causa externa destrutiva seria combatida para que o indivíduo se submetesse a seu próprio instinto de morte.

Já para ZILBOORG (1936 e 1937), a força do fenômeno suicídio provém do próprio instinto de autopreservação, pois através do suicídio o indivíduo adquire uma imortalidade fantasiada e um preenchimento ininterrupto de seus ideais de prazer. Na realidade, não se deseja extinção, mas um Nirvana, uma auto-perpetuação, uma negação da barreira que separa a vida da morte (STENGEL, 1970).

MENNINGER (em 1938), aproveita a teoria do instinto de morte e demonstra como vários tipos de comportamentos e doenças se ligam ao comportamento autodestrutivo próprio do indivíduo. Para ele, no suicídio existem os desejos de matar, de morrer, e de ser morto (MENNINGER, 1970).

M. KLEIN (1934), vê o suicídio como uma expressão do instinto de morte dirigido contra o objeto introjetado. Nota também um objetivo adicional: a unificação com o objeto amado, isto é, "as fantasias subjacentes ao suicídio tendem a salvar os objetos bons interiorizados e a parte do ego que está identificada com os objetos bons, e também a destruir a outra parte do ego que está identificada com maus objetos e com o id. Assim, o ego fica capacitado a unir-se com os seus objetos amados".

FENICHEL (1945) também vê o suicídio como uma ilusão que leva a formas alternativas de gratificação - o objetivo não seria a destruição do ego, como equivalente ao assassinato, mas o preenchimento de propósitos libidinais (como nas fantasias de recuperar pessoa amada, reconciliação, perdão, etc.), (apud MEISSNER, 1977).

GARMA (1952) afirma que não é exata a idéia que o suicida procura a morte apenas para livrar-se de seus conflitos - na grande maioria dos casos, a morte não significa somente refugiar-se no nada, mas proporciona ao indivíduo (em fantasia), possibilidades de vida que antes não tinha. Por isso, dois amantes se matam, para romper os obstáculos que se opõem a sua união e para ser eternamente felizes, juntos. Em outras palavras, existe uma independência entre o desejo de morte e o desejo de suicidar-se, que explica também porque, muitas vezes, se castigou a tentativa de suicídio com a pena de morte.

KNOBEL (1979) assinala que FREUD insistia na vinculação morte-castração, já que não se poderia ter uma "vivência da morte", mas a escola kleiniana aceita que a "fantasia de morte" existe como fantasia de "aniquilamento", e que o medo à morte existe. Essa vivência vai depender do mundo objetal de cada sujeito. Aquele autor descreve três estruturações egóicas no indivíduo suicida - melancólica, psicopática

e esquizoide. Valoriza também o medo da desintegração psíquica, em que o indivíduo prefere a morte à loucura.

Em termos de teoria da depressão, são também importantes as contribuições de RADO (1951) (apud HENDIN, 1963), que mostra o componente de expiação na agressão reatada dos deprimidos, e de BIBRING (1953) (apud MEISSNER, 1977), que acredita ser, muitas vezes, a patogênese da depressão independente de vicissitudes agressivas, tomando como básicos os sentimentos de desamparo e desesperança. Vários autores, estudando comportamentos suicidas, tendem a valorizar mais estes sentimentos (STENGEL, 1970; MINKOFF & cols., 1973; FRIEDMAN & cols., 1978) do que as manifestações depressivas em si. BECK & cols. (1975 B) interpretam a desesperança e o desamparo como distorções cognitivas que facilitam o ato suicida, havendo uma tendência em certos autores a separar a dinâmica da depressão da do suicídio (MEISSNER, 1977).

ABADI (1973) critica a notória vinculação que existe na mente dos psiquiatras entre depressão melancólica e suicídio, o que leva a subestimar o fato que subjacente a toda melancolia existe o componente paranóide. Existiria uma íntima relação causal entre o suicídio e as vivências persecutórias e paranóides, "em cujo caldo de cultura vai se incubando e tomando corpo toda a fantasia suicida". HENDIN (1965) também refere uma estrutura paranóide de personalidade em todo paciente depressivo que se suicida, e MEISSNER (1977) valoriza o que chama de "processo paranóide", em que mecanismos de projeção e introjeção têm grande importância, como por exemplo a introjeção de aspectos de vítima do objeto, como núcleo internalizado.

Para ABADI (1973), todo paciente com tendências suicidas é um indivíduo atormentado, em pânico, com uma vivência intensa de perseguição, na maioria das vezes inconsciente. O suicídio será um ato defensivo, em que magicamente se furta aos perseguidores, vivendo além da morte. A depressão melancólica presente clinicamente é apenas uma fachada, resultante da repressão das fantasias persecutórias. Portanto, todo suicídio ou ato suicida é uma atuação psicótica (independente do indivíduo ser neurótico), porque: a) lida com ansiedades psicóticas; e, b) o ego apela aos mecanismos de defesa mais mágicos e regressivos, baseados na onipotência infantil, na negação maníaca da verdadeira morte, e na dissociação entre uma parte do ego (identificada com o perseguidor) e outra, a suicida.

YAMPEY (1977) procurou caracterizar a personalidade suicida do ponto de vista psicanalítico, e encontrou as seguintes condições predisponentes: a) um ego empobrecido por repressões e dissociações, com mecanismos de defesa rígidos, ou um ego em desorganização ou ameaçado de desorganizar-se frente a qualquer stress; b) um superego inexorável e sádico, que submete de forma cruel; c) vigência de fortes pulsões sádicas e masoquistas como expressão de conflitos infantis resolvidos patologicamente; d) idéias e fantasias de morte relacionadas com objetos queridos mortos ou fantasias de vivências felizes estando morto; e) padrões crônicos de comportamento de caráter destrutivo ou letal, como drogadições, jogos perigosos, perversões, certas psicopatias; f) modalidades de relação do tipo simbiótico ou sumamente dependente com muita dificuldade de suportar perdas; g) rigidez no manejo da ansiedade, raiva ou culpa.

Para esse autor, a idéia suicida alivia temporariamente a tensão, no início. Mas, aos poucos, vai cristalizando-se num projeto, ligado às experiências e fantasias do sujeito e formando parte de uma estrutura de certo modo autônoma e dissociada. No

início é perigosa e egodistônica, mas chega à expressão através de fantasias preliminares. Antes do ato final ocorrem períodos de crises e conflitos. Aos poucos a confusão e descontrole se incrementam e a resolução pode ser tomada em plena despersonalização - a confusão e despersonalização são efeitos da fragmentação do "self" e conduzem o sujeito a ser um espectador do que faz. A fragmentação segue linhas de clivagem já existentes no "self" - a emergência e eventual predominância de um núcleo ou aspecto suicida encontra suas motivações no presente ameaçador, mas se liga a experiências infantis e fantasiosas ou mitos específicos, com reativação de núcleos - psicóticos ou narcisistas e uma impulsão a atuar.

Ainda em termos de explicações teóricas, TABACHNICK (1972) critica o pouco uso que se faz da doença mental como fator contribuinte. Sob a influência de agentes variados (físicos, químicos, biológicos ou psico-ambientais) o organismo perde sua capacidade de julgar e organizar, sendo prejudicados componentes de integração e controle. A verdade, é que algumas vezes conseguimos encaixar o paciente na alguma - classificação nosográfica (principalmente melancolia ou esquizofrenia), mas, muitas - vezes isso se torna difícil. Em termos de mecanismos de suicídio em entidades mórbidas, FURST & OSTOW (1965) assinalam que na esquizofrenia e histeria o problema dinâmico se centra na necessidade de se desligar de um objeto que provoca dor. O esquizofrênico precisa separar-se de objetos que encontram expressão nas suas fantasias de destruição de mundo. Ele confunde o perceptor com o percebido e destrói o mundo destruindo a si mesmo. O paranóico se mata para não cair nas mãos do perseguidor - o que também significa prevenir a invasão de impulsos homossexuais reprimidos (pois o perseguidor é um objeto homossexual). Na histeria o objeto tentador é proibido e, geralmente incestuoso - comumente a tentativa de separação é feita de um indivíduo que se tornou a representação psíquica de pai ou irmão. Na melancolia, as explicações - repousam na introjeção de objeto ambivalente, conforme descrevemos acima. E, os suicídios que ocorrem sem um quadro clínico determinado correspondem a rejeições reais - ou imaginárias nas mãos de objetos que se esperava preenchessem todas as necessidades de apoio emocional - sente-se a perda do objeto como uma criança se sente abandonada - pela mãe. Há componentes de ressentimento e vingança, mas o determinante primeiro é o desamparo e pânico frente a ter que enfrentar a vida sozinho.

Um outro grupo de teorias se refere ao conceito de adaptação, que considera o indivíduo do ponto de vista da aprendizagem. Frente ao meio o indivíduo deve usar mecanismos para adaptar-se, e a falha, às vezes pelo uso de padrões adaptativos anteriores, pode levar a comportamento autodestrutivo (TABACHNICK, 1972).

Uma maneira estimulante de se estudar o comportamento suicida é a análise das fantasias de pacientes com comportamento ou idéias autodestrutivas. A maioria dos autores cita fantasias e motivações variadas (GARMA, 1952; MOSS & HAMILTON, 1956; HENDIN, 1963; FURST & OSTOW, 1965; FAIGEL, 1966; STENGEL, 1970; NAMER, 1973; ABADI 1973; MEISSNER, 1977; WEKSTEIN, 1979).

Achamos mais interessante o esquema de PALMER (1941), que modificamos com contribuição de outros autores citados. PALMER utilizou as fantasias descritas por MENNINGER, de matar, de ser morto e de morrer.

I . DESEJO DE MATAR :

A - a si mesmo pelo desejo de :

1 - destruir elementos indesejáveis dentro de si ;

a) exterminar um impulso de assassinar ;

b) destruir impulsos incestuosos ;

c) destruir impulsos homossexuais ;

2 - para magoar e causar sofrimento em outra pessoa .

B - a outra pessoa, com a qual se identifique .

C - a si mesmo como substituto de um objeto ou objetos subitamente removidos, que deixaram laços de ódio não neutralizados .

II . DESEJO DE SER MORTO :

A - para obter punição por :

1 - tendências primitivas associativas, principalmente desejos assassinos ;

2 - desvios no comportamento ou experiências psicosexuais (reais ou fantasmas).

B - satisfazer impulsos masoquistas .

III . DESEJO DE MORRER :

A - para reunião com pessoa morta ;

B - reunião com Deus ;

C - como expiação ou reparação ;

D - para encontrar um ambiente mais adequado .

Outras fantasias ou desejos descritos : morte como equivalente a união sexual no coito ; aquisição de maior perfeição narcisista, que outorga ao indivíduo uma importância permanente e inamovível (GARMA,1952) ; como pedido de ajuda, como escape, como renascimento, como abandono retaliativo (HENDIN,1963) ; de paz, de Nirvana, de reconquista e reabilitação de prestígio, honra e glória (YAMPEY,1977) ; de retorno ao seio materno (ABADI,1973) ; de união incestuosa, de atingir o orgasmo através da morte (WEKSTEIN,1979).

Uma outra fantasia, que é citada e analisada em vários trabalhos, relaciona-se à constatação, comum em pacientes com comportamento autodestrutivo, de desejos hostis ou de morte por parte de pais e familiares. Comumente deseja-se morrer para gratificar os desejos hostis de outras pessoas com quem se está envolvido (ROSENBAUM & RICHMAN , 1970 ; SABBATH , 1971 ; HENDIN , 1975).

Conforme salientamos, os autores não diferenciam teorias e motivações de suicídio e de tentativa de suicídio, e não deixam isso explícito. No entanto, ABADI (1973) acha que as fantasias no suicida, e em quem tenta, têm o mesmo valor. Ainda assim, alguns autores dão algumas características diferenciais. Assim, para STENGEL (1962 e 1970), ainda que as motivações dos que tentam sejam as mesmas dos suicidas, parece que a intenção de agredir os outros é mais intensa naqueles , ou pelo menos, é mais visível ou manifesta. Também na tentativa há mais desejo de conseguir-se contato - com outras pessoas - dessa forma a tentativa funciona mais como sinal de alarme e pedido de ajuda, mesmo que conscientemente não pareça. STENGEL chama a atenção para a

tendência a se considerar manipulação a uma tentativa de ajuda - para ele isso ocorre porque as pessoas têm dificuldade de entender motivos não conscientes e porque o ato suicida é multideterminado. Os atos suicidas podem ser tanto um apelo por ajuda como uma procura da morte : os motivos podem estar presentes ao mesmo tempo -as pessoas querem viver e morrer, ao mesmo tempo, ora predominando uma, ora o outro desejo. A incerteza do desfecho torna o ato um " jogo com a vida " - o resultado depende não são das forças preservadoras e autodestrutivas, mas de uma variedade de fatores desconhecidos, tais como a potencialidade letal da droga, a possibilidade de intervenção , etc. . Muitas vezes entra em jogo um impulso a enfrentar riscos, a testar o destino; este decidirá se o indivíduo é amado e deve ser preservado, ou o contrário - assemelhando-se a ordálias, em que o sujeito deixa o julgamento à deidade. HENDIN (1965), também afirma que na tentativa de suicídio o desejo de atenção é motivo dominante ; BIRCHNELL & ALARCON (1971), acreditam que na tentativa a intenção de morrer é menos freqüente, e a motivação é mais complexa e variada : o indivíduo se sente como que parcialmente morto, vendo os outros também parcialmente enlutados. Assinalam a existência comum de uma equação morte = sono, e que muitos pacientes não sabem depois referir o que exatamente desejavam. WEISSMAN (1974), demonstra que os esforços para definir uma personalidade típica em pessoas que tentam suicídio, não tem sido bem sucedida - contudo, há certas características consistentes, como a pobre integração no ambiente, e um excesso de hostilidade generalizada, gerando considerável agressivida-de do ambiente. KREITMAN & cols. (1970), mostram que a tentativa de suicídio é uma forma de comunicação em determinados grupos subculturais. TABACHNICK (1961), chama a atenção para o fato que as pessoas que tentam suicídio tendem a ter relações interpessoais com significância simbiótica : as características mais proeminentes são depen-dência e masoquismo. A dependência é de forma infantil, esperando que o outro trabalhe e decida por ele - mas existe um grau de masoquismo intenso, que faz com que frustrados, raramente expressem ou tomem conhecimento de sua raiva . O resultado final é auto punição ou comportamentos autodestrutivos, que também servem para obter novos suprimentos dependentes. Comumente as pessoas que se relacionam com esses indívíduos também são dependentes e masoquistas, mas não demonstrando esses traços, a não ser nesse relacionamento. Às vezes ambos são suicidas.

Quanto à influência dos fatores psicosociais, descrevem-se inúmeras associa-ções e correlações positivas ou negativas com o suicídio. Entre os fatores ligados positivamente com as taxas de suicídio, encontrou-se, numa revisão de vários trabalhos: sexo masculino, idade avançada, viuvez, divórcio e estado civil solteiro, ausência de filhos, alta densidade populacional, residência em grandes cidades, alto padrão de vida, crises econômicas, uso de álcool, histórias de lar desfeito na infância, doença mental e doença física. Entre os fatores ligados negativamente com as taxas, temos: sexo feminino, idades jovens, baixa densidade populacional, ocupação rural, religiosidade, estado civil casado, grande número de filhos, classes sociais baixas, guerra , STENGEL (1970). Muitas dessas variáveis serão discutidas, pormenorizadamente, na análise dos resultados deste trabalho.

Em relação aos jovens, ao verificarmos o grande ascenso da incidência de comportamentos suicidas na puberdade, a questão que se nos coloca é se fatores próprios-

ã adolescência teriam algo a ver com a conduta suicida. Historicamente, as teorias de suicídio em jovens seguiram as mesmas linhas gerais das referentes a adultos. HOMBURGUER, em 1926 (apud BOLLEA & MAYER, 1968), teria sido o primeiro a reagir às teorias que valorizavam a hereditariedade, enfatizando a influência do meio ambiente. Afirmava que em circunstâncias favoráveis, o jovem não se suicidaria; foi também o primeiro a analisar a importância dos conflitos jovem-família e jovem-escola.

Nenhuma teoria de suicídio leva em consideração as características próprias da adolescência, possivelmente com exceção apenas das teorias psicanalíticas (SEIDEN 1969), e parece não existir uma teoria ampla que seja capaz de explicar todos os casos de comportamento suicida (HART & KEYDEL, 1979), certamente pelo fato de estarmos lidando com um processo multicausal, extremamente complexo.

Em 1920, FREUD mostrava como desejos incestuosos se consumavam em fantasia suicida, numa jovem (FREUD, 1920 B); ZILBOORG (1937), postulava que o suicídio em crianças resultava de destrutividade oral, e na puberdade o ego falharia em lidar com impulsos genitais frustrados. Para ele, nas moças persistiriam os desejos orais, mas nos homens o comportamento teria mais a ver com perda de amor funcionando como cas tração por desejos edípicos.

MASON, em 1954, descreve quatro moças que tentam suicídio reagindo a desejos incestuosos, que agora se tornam mais perigosos ainda, pela aquisição dos atributos físicos (apud BALSER & MASTERSON, 1959).

ANNA FREUD, em 1958, mostra que os impulsos suicidas podem ocorrer a partir da inversão dos afetos de amor em ódio para os pais, que se voltam para si mesmos. Podem também ser expressão mágica, onipotente, atuando no conflito edípico, simbolizando a destruição do objeto que foi sadomasoquisticamente investido e introjetado - a revivescência de uma grande privação na infância pode se constituir num grave trauma para o narcisismo do adolescente (FREUD, 1958).

EISSLER (1958) (apud MARGOLIN & TEICHER, 1968), afirma que a adolescência " po de terminar em suicídio se as resistências e medo aos impulsos e fantasias referentes a gratificações heterossexuais ou substitutas são tão fortes que o ego não consegue lidar com as novas demandas " .

Para SCHNEER e cols. (1961), o suicídio é um comportamento infantil regressivo e onipotente para lidar com um conflito edípico explosivo envolvendo perda (destruição) de objeto narcisicamente investido. A separação provocada pelo adolescente numa tentativa de alcançar independência, ou iniciada pelos pais, constitui uma severa mortificação para o ego emergente do jovem. O suicídio pode ser o resultado de uma fantasia de fusão com o objeto perdido.

De uma forma geral, os autores concordam que a maioria dos conflitos relacionados a essa explosão instintiva, a desejos genitais edípicos, a conflitos relacionados a ligações de dependência com os pais, a conflitos bissexuais e no estabelecer uma identidade adulta, podem ser suicidógenos (SCHNEER e cols., 1961; GLASER, 1965; PERLSTEIN, 1966; KOHLER & CHAMBARD, 1967; MARGOLIN & TEICHER, 1968; SCHRUT, 1968; BOLLEA & MAYER, 1968; POROT, 1969; MASTROPAOLO, 1971; CONDINI & CONSTANTINI, 1972; MOULLEMBÉ e cols. 1973 - 1974; GARFINKEL & GOLOMBEK, 1974; HOFMANN, 1975; TOOLAN, 1975).

ERIKSON (1976), considera o suicídio adolescente como uma tentativa de busca de identidade, através da escolha de uma identidade negativa, isto é, "uma identidade perversamente baseada em todas aquelas identificações e papéis, que em estágios críticos do desenvolvimento, foram apresentadas ao indivíduo como as mais indesejáveis e perigosas, e também as mais reais".

O comportamento suicida pode representar também um grito de ajuda relacionado aos problemas de identificação sexual, e de impulsos hostis e libidinais (SCHNEER e cols. 1961 ; CANTOR, 1976). Mesmo que a identificação sexual seja adequada, a maioria dos impulsos sexuais, per se, podem levar a ansiedade, culpa e frustração. É comum encontrarmos moças que tentaram suicídio culpadas por sua atuação sexual (WINN & HALLA, 1966 ; SCHRUT, 1968). Chamou-se de complexo de Arlequim, aos comportamentos suicidas erotizados, em que geralmente moças "flertam com a morte" (SEIDEN, 1969). Impulsividade sexual aumentada parece ser também responsável pelos casos de rapazes adolescentes que se encontram enforcados, às vezes vestindo roupas femininas, que se percebe estarem exercendo atividades autoeróticas. O suicídio parece ser devido - mais a risco mal calculado durante a atividade erótica, que a desejo real de morte (BAKWIN, 1957 ; SEIDEN, 1969).

FRIEDMAN e cols. (1972), também valorizam as falhas no desligamento dos objetos libidinais, em que em vez de ocorrer um luto, ocorrem reações semelhantes à melancolia, isto é, em vez de se catexizarem novos objetos, sente-se uma perda irreparável. Demonstra que se trata de pacientes com relações marcadamente ambivalentes com a mãe, em que impulsos hostis, às vezes com desejos de morte (sentido como onipotentes), existem lado a lado com igualmente intensos desejos de amor. A perda é vista como confirmação de desejos onipotentes de morte e, ao mesmo tempo, ameaça aos suprimentos libidinosos :- para evitar isso, o objeto (mãe) é retido por introjeção com a resultante situação de melancolia descrita.

Outras vezes, mais nas meninas, existem desejos agressivos intensos contra a mãe ; o " não ceder " a ela parece ser uma defesa contra desejos homossexuais passivos, masoquistas em relação a ela, que é vista como opressora. Desejos de morte e culpa-subsequente ocorrem abertamente ; ao mesmo tempo, a adolescente vê seu corpo se modificando e se tornando semelhante ao de sua poderosa mãe, com intensificação de sua identificação corporal com ela. O sentimento de sua agressividade onipotente a faz internalizar a figura objetal e a vulnerabilidade ao comportamento auto destrutivo aumenta. O fator precipitante não raro é um evento que confirme a onipotência dos desejos de morte, como doença ou acidente com a mãe, ou substituta (FRIEDMAN e cols., 1972).

Ao mesmo tempo o indivíduo sente gratificações provenientes de seu próprio corpo, e sexual através dos órgãos genitais. Não quer mais a atenção física dos pais, que se tornam perigosos. A masturbação normalmente traz fantasias incestuosas, que estão disfarçadas e podem ser controladas. Mas, comumente se insinuam na consciência. Muitos adolescentes passam a " odiar " seu corpo e se sentem " forçados " por eles a sentir desejos e ter fantasias sexuais. Surge a necessidade de destruir-esse corpo (mas não necessariamente a mente) ; na fantasia de morte existe a idéia de profunda paz (livre de fantasias e impulsos sexuais), livre da perseguição superegótica, (LAUFER, 1968 ; FRIEDMAN e cols. 1972).

Todos esses mecanismos contribuem de alguma forma para uma maior possibilidade de mobilização de aspectos depressivos e melancólicos no adolescente.

Ao mesmo tempo, o adolescente passa a perceber que a morte, que até então era vista como algo reversível, é um fenômeno irreversível e natural dentro do desenvolvimento. A elaboração do conceito de morte vai se fazendo progressivamente e, muitas vezes, há necessidade de manipular essa idéia para sentir que essa morte pode ser "controlada". Em ocasiões, o comportamento suicida pode representar a necessidade de "experimentar" esse novo fenômeno. A angústia da incerteza sobre como e quando essa morte ocorrerá, que torna o jovem impotente, pode ser combatida com a idéia suicida: pensando que pode tirar sua vida, o jovem restabelece o sentimento de liberdade. Liberdade mesmo em relação a seus pais, de quem pode subtrair-se se quiser (HAIM, 1969).

Os aspectos depressivos da adolescência, as idéias sobre a morte, e a natural impulsividade do adolescente, foram considerados por HAIM (1969) como fatores suicidógenos, isto é, fatores que de alguma forma podem contribuir para a efetuação do ato. Em outros trabalhos, tivemos a oportunidade de desenvolver esses fatores, em conexão com as idéias de A. FREUD (FREUD, 1958) e KNOBEL (1976 A) (CASSORLA, 1979 e 1980).

Outro grupo de fatores, ligados mais ao ambiente, e chamados de fatores psicossociais (HAIM, 1969; CASSORLA, 1978), lançam luz a muitas facetas do comportamento suicida, em jovens. Dentre estes fatores, salienta-se a influência da família. Nesta área revisamos 75 trabalhos, quase todos enfatizando o papel dos chamados "lares desfeitos" ("broken homes").

Jã ZILBOORG (1936 e 1937), postulava que a morte de um dos pais durante os períodos formativos (4-6 anos e puberdade) predispunha a depressão e suicídio. A identificação com a pessoa morta e a fantasia do re-encontro seriam fatores associados. PALMER, em 1941, encontra 85% de seus pacientes, que haviam tentado suicídio, com figuras parentais ou irmãos mortos: 68% os haviam perdido antes de atingirem a idade de 4 anos. BATCHELOR & NAPIER (1953), definem "lar desfeito" como a perda do pai ou mãe (por qualquer motivo), antes de se atingir a idade de 17 anos. Encontram esse tipo de lar em 58% de seus casos de tentativa de suicídio. Ainda BATCHELOR (1954), descreve alta incidência de doença mental e alcoolismo entre familiares de pacientes que tentaram suicídio. MOSS & HAMILTON (1956), chamam a atenção para grande incidência de mortes no ambiente de pessoas que tentam matar-se.

Em 1958, GREGORY publica um trabalho clássico, em que revisa os dados referentes a perda de figura parental na infância, em pacientes psiquiátricos. Mostra que a grande maioria dos trabalhos era falha, por defeitos na amostragem, não representatividade das populações e falta de grupos controle. Mas, encontra evidências de alta frequência de morte e separação dos pais em indivíduos, que na vida adulta manifestaram comportamento antisocial ou psicopático.

Ainda em 1958, WALTON compara pacientes depressivos que tentaram ou ameaçaram suicídio, com pacientes depressivos sem essas características. Encontra diferenças significativas, quanto a lares desfeitos (incluindo brigas frequentes entre os pais), nos dois grupos, sendo maior no suicida.

A partir da década de 60, inúmeros trabalhos passam a ser publicados analisando os efeitos da privação parental, do ponto de vista psíquico. No entanto, para a maioria, continuam válidas as críticas de GREGORY, acrescida do fato da falta de uniformização do conceito de "lar desfeito", o que impede a comparabilidade dos trabalhos.

Dentre os trabalhos revisados, encontramos uma incidência de lares desfeitos-que variou entre 22% e 92%. No entanto, os critérios usados para a definição do que seja lar desfeito, foram muito variados. Por exemplo: ausência de figura paterna, conflito familiar e doenças (inclusive alcoolismo) no lar (LAWLER e cols., 1963); perda de figura parental por 12 meses ou mais, antes dos 15 anos de idade (GREER, 1964); falta de figura parental por período superior a 4 anos, antes dos 18 anos de idade (DORPAT e cols., 1965), etc. A grande maioria dos trabalhos não apresentava grupo controle, o que impede avaliar a magnitude real da incidência de lares desfeitos (PALMER, 1941; BATCHELOR & NAPIER, 1953; BATCHELOR, 1954; MOSS & HAMILTON, 1956; TOOLAN, 1962; BERGSTRAND & OTTO, 1962; TUCKMAN & CONNON, 1962; LAWLER, 1963; DORPAT e cols., 1965; JACOBZINER, 1965; WINN & HALLA, 1966; HALDANE & HAIDER, 1967; KOHLER & CHAMBARD, 1967; DUCHÉ, 1968; SCHRUT, 1968; SENSEMAN, 1968; BRANZEI, 1972; SHAFER, 1974; ROHN e cols., 1977; CRUMLEY, 1979). As populações estudadas são também muito variadas, quanto a idades, tipos de atos suicidas, diagnósticos, etc.

Resolvemos estudar em detalhes apenas os poucos trabalhos com grupo controle, o que será feito em conjunto com a análise de nossos dados, no Capítulo V.

6 . ASPECTOS CLÍNICOS

Nenhum autor moderno pensa ser a doença mental causa necessária ou suficiente para o comportamento suicida (SEIDEN, 1969). Classicamente se associa o suicídio a psicose maníaco depressiva ou a outros quadros depressivos, e, em menor grau, a quadros psicóticos e alcoolismo (ORGAN. MUNDIAL DE LA SALUD, 1968; HAIM, 1969; BARRACLOUGH e cols. 1974).

Já no caso de tentativas de suicídio, predominam os quadros de neuroses depressivas e histeriformes, e distúrbios de personalidade, e, nos casos raros de psicose, as formas depressivas são as mais comuns. A personalidade desses indivíduos é descrita como imatura, infantil, afetivamente lável, impulsiva e histeriforme -- mas essas descrições quase sempre provêm de uma impressão geral. BRATFOS pergunta-se se estes diagnósticos de tipos de personalidade têm realmente valor, ou não estariam influenciados pelos preconceitos do observador, que acredita que os pacientes têm esse tipo de personalidade pelo fato de terem efetuado uma tentativa de suicídio (BRATFOS, 1971).

A comparação entre os diagnósticos de pacientes que tentaram suicídio e pacientes psiquiátricos em geral, parece privilegiar também as depressões e distúrbios de personalidade no primeiro grupo (BRUHN, 1963; BASTOS, 1977), mas, a distribuição diagnóstica dependerá do tipo de população estudada. O diagnóstico mais comum nas

tentativas de suicídio da população em geral, é de depressão (35 a 79%, conforme o autor). No entanto, existe uma controvérsia sobre a importância dessa depressão: há estudos em que se compara o grau de depressão em tentativas de suicídio e pacientes psiquiátricos, e não se encontra diferença significativa (WEISSMAN, 1974); outros (SILVER e cols. 1971), encontraram maior intensidade na depressão nos casos que tentaram, em relação aos psiquiátricos. Autores discutem também se muitos estados depressivos não surgem após o evento suicida (TADIC e cols. 1971) ou se a depressão não é secundária a um distúrbio de personalidade (WEISSMAN, 1974). Tampouco fica claro se os autores estão falando de doença depressiva ou de depressão como sintoma isolado. Assim, a grande maioria encontra alta incidência de depressão (de até 80%) (SILVER e cols., 1971), que não coincide com a incidência menor de doenças depressivas.

No caso de pacientes jovens, adolescentes, a situação é bem mais complicada, porque os critérios diagnósticos são mais lúbeis e a nomenclatura menos precisa. Além disso, estamos lidando com uma fase da vida em que traços "patológicos" são considerados normais, como a própria tristeza, a labilidade de humor, os períodos de retraimento, de euforia, a impulsividade, etc. Defrontamo-nos com a "normal anormalidade do adolescente" (KNOBEL, 1976 A). Principalmente autores que não lidam especificamente com essa faixa etária, tenderão a encaixar esses adolescentes em critérios diagnósticos rígidos, que talvez sirvam melhor para o adulto. Por isso, a falta de concordância entre os autores, quanto aos aspectos clínicos na adolescência, será maior que em relação aos adultos. Existe desde quem considere a desordem psíquica pré-condição necessária para a tentativa, até aqueles que consideram que os adolescentes que tentam suicídio não são diferentes em "personalidade e potencialidade" - dos outros adolescentes (CRUMLEY, 1979). As muitas investigações com resultados variados e às vezes contraditórios, são reflexo não só de materiais clínicos diferentes, como também de diversos critérios diagnósticos (OTTO, 1972).

De uma forma geral encontrar-se-ia entre adolescentes que tentam suicídio, em torno de 10 a 20% de psicoses (HALDANE & HAIDER, 1967; POROT, 1969; HAIM, 1969; OTTO, 1972; CRUMLEY, 1979). Ou em torno de 10 a 30% de pacientes com doença mental (neuroses e psicoses francas) (HAIM, 1969; MOULLEMBÉ e cols. 1973 - 1974). Os traços patológicos isolados ou mal definidos e os desequilíbrios psicopáticos responderiam por 20 a 40%. E, entre 1/3 e 1/2 dos adolescentes seriam considerados casos normais, atípicos ou em crise de adolescência grave, (HAIM, 1969).

Praticamente todos os autores por nós revisados colocam em primeiro lugar, nos adolescentes que tentam suicídio, a depressão (sintoma ou doença), (TOOLAN, 1962 e 1975; LAWLER e cols., 1963; OTTO, 1964 e 1972; GLASER, 1965; GOULD, 1965; PERLSTEIN, 1966; FAIGEL, 1966; SEIDEN, 1966; POROT, 1969; HAIM, 1969; SCHECHTER & STERNLOF, 1970; TEICHER, 1970; RIVAILLE, 1970; GARFINKEL & GOLOMBEK, 1974; FRIEDMAN e cols., 1978; HART & KEYDEL, 1979; CRUMLEY, 1979). Apenas 2 autores encontram uma incidência maior de esquizofrenia em adolescentes suicidas. BALSER & MASTERSON (1959), em 37 casos encontraram 23 esquizofrênicos, predominando - catatônicos e paranóides. WINN e HALLA (1966), numa população certamente diferente (jovens menores de 15 anos que ameaçaram suicidar-se), encontraram 70% de esquizofrênicos. Esses dois trabalhos aparecem isolados na literatura.

Se a depressão se constitui no diagnóstico mais comum, para uma grande parte dos autores o diagnóstico seguinte, quanto à incidência, corresponde a um grupo que é chamado de desordem de personalidade, (CRUMLEY, 1979), distúrbios de caráter, (LAWLER e cols., 1963 ; OTTO , 1972), ou de comportamento (TOOLAN, 1962 ; BRANZEI e cols. 1972), alterações de comportamento (POROT, 1969), personalidade psicopática (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1968) ou personalidade antisocial (ABREU, 1980). De uma forma geral, quando os termos são definidos, trata-se de jovens impulsivos, instáveis e envolvidos em atos antisociais ou limítrofes. CRUMLEY (1979), utilizando o DSM-III da Associação Americana de Psiquiatria, encontrou no eixo de síndromes a predominância da depressiva (80%), sendo que 50% destes indivíduos abusavam de drogas ou álcool. No eixo de personalidade predominava a " borderline ". Tudo indica que o diagnóstico de personalidade é ainda mais confuso que o de síndrome, havendo menos acordo entre os autores. OTTO (1972), por exemplo, encontra predominância de personalidade histeróide, que define como imatura, impulsiva, egocêntrica e com tendência à dramatização, seguida de infantil e astênica. CAZZULLO e cols., falam em personalidade imatura, com resposta dramatizada à frustração e desordens de personalidade em que se incluem a personalidade psicopática (que nega sua dor e sentimento de culpa de forma ilusória, levando a manifestações que pertencem ao grupo dos " acting-out "), (in ORGAN. MUNDIAL DE LA SALUD, 1968).

No entanto, a diferenciação dessas duas categorias (depressão e jovens "atuadores"), se complica, porque muitas manifestações da depressão no adolescente são atuações. Assim, encontramos dois grupos de autores. De um lado, aqueles para quem a depressão no adolescente se assemelha àquela do adulto, ou em que se encontram com relativa frequência os mesmos sintomas do adulto, (OTTO , 1964 ; GOULD , 1965 ; SEIDEN , 1966 ; TADIC e cols., 1971 ; CRUMLEY , 1979). Mas, para a maioria dos autores, se bem que esses sintomas possam às vezes ser encontrados, a depressão no adolescente se manifesta de forma atípica, sob a forma de " equivalentes ", e, com frequência entre esses " equivalentes " se encontram comportamentos impulsivos, tipo " acting-out ", que podem beirar os atos anti-sociais. Descrevem-se crises temperamentais, hiperatividade compulsiva, vadiagem, desobediência, irritabilidade, explosões de mau humor, fugas de casa, promiscuidade sexual, uso de drogas, etc., (TOOLAN , 1962 ; JACOBZINER , 1965 ; GOULD , 1965 ; PERLSTEIN , 1966 ; FAIGEL , 1966 ; BOLLEA & MAYER , 1968 , ANNELL , 1971 ; MASTROPAOLO , 1971 ; OTTO , 1972 ; BRANZEI e cols. 1972 ; GARFINKEL & GOLOBEK , 1974 ; HART & KEYDEL , 1979 ; CRUMLEY , 1979). Para GLASER (1967), os sintomas de depressão semelhantes aos do adulto, são se encontram com frequência em adolescentes mais velhos.

A síndrome ansiosa aparece comumente fazendo parte da depressiva, nos autores citados.

Quanto ao diagnóstico de histeria, surpreendentemente não encontramos quase nenhuma citação explícita, exceção feita aos trabalhos de TADIC e cols. (1971), que às vezes encontram os sintomas de depressão misturados a sintomas histericos. ABREU (1980) que encontra 8 histericas em suas 10 jovens estudadas, e OTTO (1972) , com 34,8% de personalidades histeróides. GOLDNEY (1981) aplicou uma escala para medir características histericas a 110 moças que tentaram suicídio, e as comparou com mo

ças " normais " . Encontrou características históricas em maior proporção no grupo-controle. Não se arrisca a concluir nada, por não conhecer o valor do instrumento - sugere que muitas vezes o médico pode rotular a paciente de histórica pela conotação pejorativa, e numa atitude agressiva.

Quanto a problemas orgânicos, quase não são citados. PETZEL & CLINE (1978) , revendo a literatura, encontraram uma incidência maior de atos suicidas em epiléticos, em que além de comportamentos violentos existe alta incidência de comportamento suicida. Parece que esses pacientes têm lesão cerebral mínima. Na revisão que fizemos sobre jovens, a única comunicação indireta a esse fato encontra-se no trabalho de ROHN e cols. (1977), que em 65 adolescentes que tentaram suicídio, encontraram 60 % com disfunção cerebral mínima, através do teste Bender- Gestalt.

Devido às dificuldades que a nosologia tradicional acarreta, tem havido uma tendência recente dos autores a agruparem sinais e sintomas que ocorrem mais frequentemente, sem uma preocupação exclusiva com o diagnóstico. Este tipo de tarefa tem levado também a uma revisão dos conceitos tradicionais diagnósticos, descobrindo-se - novas combinações que podem se constituir em quadros clínicos, síndromes ou mesmo doenças bem determinadas, que passavam antes despercebidas. CAETANO (1980), em nosso meio revê o tema e propõe conglomerados para a depressão.

Em termos de tentativa de suicídio existe uma tendência nesse sentido em HERMANN (1976), que estudando tentativas de todas as idades, por ingestão de corrosivos, descreve 5 tipos : por perturbação de consciência , por distúrbio mental , grupo em que predomina a impulsividade , grupo em que predomina o exibicionismo , e grupo em que predomina a depressão.

OTTO (1964), agrupou crianças e adolescentes por sintomas e alterações de comportamento nos 3 meses anteriores à tentativa.

Mais sofisticado é o uso de computadores, em que se podem formar conglomerados, a partir da análise de inúmeras variáveis. Um exemplo é o trabalho de KIEV , - (1976), que analisando tentativas de todas as idades chega a 7 grupos : 1) gesto suicida, com poucos sintomas de ansiedade, culpa e depressão e mínimos conflitos interpessoais ; predomínio de problemas caracterológicos ; 2) reação depressiva aguda, com sintomas somáticos de depressão, ansiedade, medo e remorso . Conflitos interpessoais - mínimos ; 3) desordem de personalidade passiva-agressiva e passiva-dependente , com mínimo de sintomas e conflitos interpessoais, mas em que o indivíduo é julgado altamente perturbado pelas pessoas de seu meio ; 4) reação ansiosa com conflito interpessoal ; 5) socialmente isolado, com intensos conflitos interpessoais ; 6) preocupação suicida, que se assemelha ao grupo I , mas com altos escores em pensamento suicida ; 7) cronicamente perturbado : assemelha-se ao grupo 3, mas com escores maiores em relação a pensamentos obsessivos, preocupação suicida e mau funcionamento geral.

Estes tipos de trabalho seguem a linha geral das tentativas que se têm feito para identificar o risco suicida. É uma preocupação que sempre tem acompanhado os estudiosos do evento : como reconhecer um paciente com risco maior de suicídio , para assim poder evitar o ato. Para FARBEROW & SHNEIDMAN (1965), a maioria dos suicídios têm uma fase pré-suicida reconhecível, isto é, sempre existe uma população potencialmente suicida que apresenta algumas características prodrômicas. São as tão procura

das " síndromes prē-suicidas " , que de alguma forma os clínicos intuitivamente têm observado e alguns descrito, e que os faz tomar ou não providências necessárias. VIGY (1969) revê o tema e cita RINGEL que classicamente descrevia a constrição da personalidade, a inibição da agressividade e a fuga para os fantasmas do suicídio, como a tríade típica. No entanto, parece mais provável que não se consiga identificar uma síndrome em sí, mas sim um potencial suicida latente.

Além da observação clínica, inúmeros instrumentos têm sido desenvolvidos para tentar prever o comportamento suicida. Muitos desses instrumentos surgiram numa tentativa de objetivar melhor as características dos indivíduos suicidas e no intuito de propiciar estudos comparativos que usassem os mesmos critérios. Outro ímpeto dado a esses estudos foi a necessidade de encontrar elementos rapidamente reconhecíveis para calcular risco suicida, em situações de emergência, como ocorre nos Centros de Prevenção do Suicídio. Por isso, muitos dos instrumentos foram criados - pela equipe do Centro de Prevenção ao Suicídio de Los Angeles (EUA), o primeiro sistema bem estruturado de estudo e ajuda aos indivíduos suicidas.

O uso de testes psicológicos para a predição do comportamento suicida tem sido desapontador (LESTER, 1974). Para FARBEROW & MACKINNON (1975), a construção de escalas parece ser uma das áreas mais promissoras. Já alguns autores, acreditam que o julgamento clínico sempre é o mais importante (HAVENS, 1969; SHAFFER e cols, 1974; FRIEDMAN e cols, 1978). No entanto, tudo indica que as escalas podem também auxiliar o julgamento clínico, suplementando-o. Uma crítica que tem sido feita às escalas, é que há muitos problemas relacionados à confiabilidade do informante: os dados podem ser vagos e ambíguos, e como são muitas vezes introspectivos, frequentemente são reflexos de como o indivíduo interpreta seus estados mentais (WEKSTEIN, 1979)

De uma forma geral, nenhuma escala é ainda satisfatória, e todos os autores - vêm tentando refiná-las cada vez mais. Os dados utilizados para sua construção são principalmente: dados demográficos, dados sociais, dados relacionados a alguns eventos específicos e dados clínicos. São baseados na incidência de determinados eventos e características em populações com comportamento suicida, e infere-se que um paciente que possua essas características de forma predominante, terá maior risco. Trata-se, portanto, de utilização de técnicas atuariais.

Percebemos, portanto, que escalas determinadas só terão valor para um determinado local, numa determinada época, só valendo para a população para a qual planejada. No entanto, modelos baseados em escalas já utilizadas, podem ser validados para novas populações.

Entre os trabalhos que revisamos, encontramos: TUCKMAN & YOUNGMAN (1963-1968) - elaboraram escala de 17 fatores, que diferenciariam alto risco de baixo risco suicida (como idade, sexo, raça, estado civil, com quem mora, desemprego, saúde física e mental, atenção médica nos últimos 6 meses, época do ano, hora, tentativas anteriores, intenção suicida, etc.); COHEN e cols. (1966), utilizaram a mesma escala, seguindo tentativas de suicídio por 5-8 anos e a modificaram concluindo ter valor preditivo de novas tentativas. BUGLASS & HORTON (1974) utilizaram 5 itens que separaram repetidores de não repetidores de tentativas de suicídio: sociopatia, problemas de uso de álcool, tratamento psiquiátrico prēvio, tentativa de suicídio anterior, com hospitali

zação e não viver com parente. Essa escala foi modificada e validada para uma população italiana (GARZOTTO e cols., 1976). STENGEL (1970), mesmo não tendo feito propriamente escalas, propõe lista de fatores que identifica um indivíduo potencialmente suicida. LITMAN & FARBEROW (1965) listam fatores baseados na história pessoal, métodos possíveis para o ato, perdas, sintomas, recursos de ajuda e impressão pessoal do entrevistador, que podem medir o potencial autodestrutivo em emergência de chamado telefônico. TABACHNICK & FARBEROW (1965) também dão lista de fatores que indicam potencialidade autodestrutiva. FARBEROW & MAC KINNON (1975) desenvolvem escala de 11 itens para serem usadas em pacientes psiquiátricos após alta hospitalar, e prever possibilidade de ato suicida. ROSS (1967) também usa dados demográficos e sintomas e valoriza o grau de planejamento do ato. MISKIMINS & WILSON (1969) medem a potencialidade suicida de pacientes psiquiátricos com escala de 16 itens. DEVRIES (1968) separa da literatura três categorias de variáveis relacionadas a determinantes físicos, sociais e ambientais que aumentariam a probabilidade de comportamento suicida. POLDINGER (1969) lista 35 itens demográficos de sintomas, eventos, etc., e numa tabela dá o índice de correlação entre esses dados. Nesta escala pode-se dar escores maiores aos eventos que se encontram mais correlacionados. GUSTAFSON (1977), já utilizando computação, desenvolve 32 fatores, com 246 níveis, que poderiam dar o risco suicida. LETTIERI (1974) também desenvolve escalas preditivas para uso ao telefone, separando itens para homens, mulheres e conforme a idade. MC INTIRE e cols. (1977) desenvolvem escalas para medir risco de repetição em adolescentes, baseada entre outros dados em letalidade da tentativa anterior, depressão, hostilidade, stress, reação da família, comunicação, apoio e expectativa dos pais. ZUNG (1974) elabora um índice de potencialidade suicida, que mede não só variáveis demográficas e sociais, mas também entidades clínicas.

Na verdade, todas essas escalas têm a possibilidade de discriminar entre não suicidas e entre os comportamentos suicidas, mas têm uma falha muito grande: a proporção de casos falsamente positivos. Na realidade, essa é uma falha comum à predição de quaisquer eventos muito raros na população, como bem analisa ROSEN (1954). SIANI e cols. (1979), utilizando as escalas de BUGLASS & HORTON (1974) e GARZOTTO e cols. (1976), identificam 86% dos casos de repetição de suicídio, mas encontram 65% de falsos positivos (além de terem perdido 17% dos casos - falsos negativos). FARBEROW & MACKINNON (1975) também reclamam da alta incidência de falsos positivos. O refinamento das variáveis, para diminuir o número de falsos positivos, fará aumentar também o número de falsos negativos (ROSEN, 1954), e nos defrontamos assim com um impasse, que limita em muito o uso dessas escalas.

Outras escalas foram elaboradas para medir características especiais dos atos suicidas. A intencionalidade do ato é medida pelo Índice de Intencionalidade Suicida, a partir de uma escala desenvolvida por BECK e cols. (1974 A). A letalidade pode ser medida por uma escala desenvolvida por WEISMAN & WORDEN (1974).

7 . PROGNÓSTICO

Estudando-se tentativas de suicídio de todas as idades, nota-se que se trata

de um grupo em que a mortalidade futura ultrapassa o esperado numa população normal (BRATFOS,1971). E, essa mortalidade não é só por suicídio, mas também por outras causas. É verdade que os grupos já incluem, antes da tentativa, muitos casos de doenças orgânicas sérias, psicoses e alcoolismo que já de per si aumentam o risco de morte. Mas, em relação a um grupo psiquiátrico comparativo, a mortalidade também se mostra significativamente maior (e, em ambos, maior que a esperada para a população normal). OTTO (1972), seguindo adolescentes que tentaram suicídio por 10 a 15 anos,

encontra uma proporção maior de mortes por todas as causas (5,4%) em relação a grupo controle normal (1,8%).

O risco de suicídio é maior no primeiro ano (BRATFOS,1971), permanecendo alto no seguinte (OTTO,1972). STANLEY & BARTER (1970), também em adolescentes, encontraram metade da população suicida recidivando, contra 1/5 de tentativas em grupo psiquiátrico controle, num seguimento médio de 22 meses. Os pacientes que repetiram tiveram menores índices de ajustamento em relação à vida social, familiar e escolar, em relação aos que não repetiram.

Parece ser muito importante em termos prognósticos, não são de novas tentativas, mas de adaptação conveniente à vida, o fato que a tentativa tenha ou não determinado uma alteração nas condições de vida e no estado mental do paciente (ORGAN. MUNDIAL DE LA SALUD,1968). Às vezes, a não resposta do ambiente pode convencer o jovem que a morte é realmente a única solução e se acaba num suicídio completo (SEIDEN 1969).

Quanto ao prognóstico social, os estudos são conflitantes. BAKWIN (1957) afirma que esses adolescentes serão na maioria adultos normais. STANLEY & BARTER (1970) encontraram só 38% com funcionamento global bom, após 22 meses. E, OTTO (1972), num seguimento de 10 a 15 anos, de jovens que tentaram suicídio, encontrou as seguintes diferenças significativas entre o grupo que tentou suicídio e o grupo controle normal: menor número de casamentos e mais divórcios, maior número de migrações, maior número de pensões por incapacidade, mais atos criminosos, mais alcoolismo e maior número de internações em reformatórios, maior número de doenças físicas e mentais, maior número de dispensas do serviço militar, menor nível econômico. A incidência de doenças mentais foi maior nos homens que nas mulheres.

Com o intuito de alcançar os objetivos a que nos propusemos, planejamos um estudo utilizando a metodologia de casos - controles (MACMAHON e cols., 1965). A esses casos e controles aplicamos instrumentos que nos possibilitassem a obtenção das características desejadas.

O grupo de casos foi constituído de 50 indivíduos que tentaram suicídio (GRUPO TS). Os grupos controles, também com 50 pessoas em cada um, foram os seguintes: 1) GRUPO N, de sujeitos supostamente "normais", ou melhor, que não apresentassem história de distúrbios mentais ou de tentativas de suicídio; 2) GRUPO P, de sujeitos que procuraram consulta psiquiátrica, por qualquer motivo, exceto tentativa de suicídio, e que não tivessem esse comportamento em seus antecedentes.

Os três grupos foram pareados por idade e sexo; os grupos TS e N também foram pareados por nível sócio-econômico. Devido a possíveis limitações no referente à obtenção de sujeitos do grupo P de todos os estratos sócio-econômicos, este grupo não foi pareado em relação a esta característica.

Descreveremos, a seguir, como estes grupos foram constituídos, e, posteriormente, os instrumentos utilizados.

1 . SUJEITOS

1.1 . O GRUPO DE CASOS (GRUPO TS)

1.1.1 . As fontes para obtenção de casos : os casos foram obtidos principalmente a partir dos registros da Polícia Militar. Todos os casos considerados como sendo tentativas de suicídio, e atendidos nos hospitais da cidade, devem ser registrados pelos policiais de plantão, que anotam nome, endereço, data, hora e método usado.

A despeito de teoricamente a Polícia Militar dever registrar todos os casos atendidos em hospital, resolvemos manter concomitantemente um registro paralelo dos casos atendidos no Pronto Socorro do Hospital "Irmãos Penteado", que tem convênio com o INAMPS e com a Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. Este hospital, em conjunto com o Pronto Socorro Municipal, atende a maioria das emergências da cidade.

Como fontes adicionais, utilizamos nosso consultório particular e pacientes internados no Hospital de Clínicas da Faculdade de Ciências Médicas.

Os casos nos eram comunicados, tanto pela Polícia Militar, como pelo Hospital "Irmãos Penteado", semanalmente, sempre às sextas-feiras. Esses casos eram visitados, em seu domicílio, durante o fim de semana.

Durante o período de trabalho de campo com esse grupo (26/07 a 24/11/80), tivemos notícia de 134 casos de tentativas de suicídio. Na TABELA 1 apresentamos as fontes de notificação. Vários casos foram notificados por mais

TABELA 1 - FONTES DE OBTENÇÃO DE CASOS PARA O GRUPO TS, CAMPINAS, 1980.

FONTE	Nº	%
POLÍCIA MILITAR	83	61,9
HOSPITAL IRMÃOS PENTEADO	27	20,1
HOSPITAL IRMÃOS PENTEADO E POLÍCIA MILITAR	18	13,4
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP	2	1,5
CONSULTÓRIO PARTICULAR	2	1,5
CONSULTÓRIO PARTICULAR E POLÍCIA MILITAR	1	0,7
FACULDADE DE MEDICINA, POLÍCIA MILITAR E HOSPITAL IRMÃOS PENTEADO	1	0,7

1.1.2 . Os critérios para inclusão no grupo de casos : todos os casos comunicados eram visitados, mas para que fossem incluídos no estudo deveriam obedecer aos seguintes critérios:

A - Idade : entre 12 anos completos e 27 anos incompletos.

B - Critério para se considerar o caso como de tentativa de suicídio : consideramos como tentativa de suicídio qualquer ato que o sujeito e/ou as pessoas do ambiente do sujeito considerassem como tal. Nosso conceito se assemelha ao de "para suicídio" (KREITMAN e cols., 1969), definido como "ato deliberado que mimetiza o ato de suicídio, mas não resulta em desenlace fatal, independentemente do grau de severidade médica ou da intencionalidade psicológica."

C - Localização do domicílio : o indivíduo deveria morar na zona urbana de Campinas.

D - Tempo entre a tentativa e a entrevista : o sujeito deveria ser localizado e entrevistado num prazo não superior a 15 dias após a tentativa de suicídio.

E - Critérios relacionados à entrevista :

- o sujeito deveria ter condições e não se recusar a ser entrevistado;
- no caso de não haver ninguém em casa, voltávamos por mais duas vezes, após o que o caso era excluído;
- quando o sujeito não se encontrava em casa, mas havia outros parentes, marcávamos, de comum acordo, hora e dia para o retorno. Caso não encontrássemos o sujeito no retorno, o excluíamos.

OBSERVAÇÃO : Os casos do consultório particular não foram visitados, a entrevista sendo feita durante o estudo clínico do paciente.

As exclusões de indivíduos do grupo TS foram devidas aos seguintes motivos:

A - Idade : 19 indivíduos (14,2%) foram excluídos, após serem visitados, por não

obedecerem os critérios estabelecidos quanto à idade. Na TABELA 2 apresentamos a distribuição etária e por sexo, desses casos.

TABELA 2 - DISTRIBUIÇÃO, POR IDADE E SEXO, DOS INDIVÍDUOS COM TENTATIVA DE SUICÍDIO EXCLUÍDOS DO GRUPO TS, POR APRESENTAREM IDADE IGUAL OU SUPERIOR A 27 ANOS, CAMPINAS, 1980.

Idade \ Sexo	M	F	TOTAL	
			Nº	%
27 → 30	-	2	2	10,5
30 → 40	3	4	7	36,8
40 → 50	1	5	6	31,6
50 → 60	-	1	1	5,3
+ de 60	1	2	3	15,8
TOTAL	5	14	19	100,0

- B - Localização do domicílio : 11 indivíduos (8,2%) foram excluídos por terem domicílio em outras cidades ou em zona rural.
- C - Tempo entre a tentativa e a entrevista : 10 indivíduos (7,5%), sendo 9 mulheres e 1 homem, foram excluídos por terem se passado os 15 dias após a tentativa, e a entrevista não ter sido efetuada, por motivos variados.
- D - Dificuldades com endereço : a) 26 indivíduos (19,4%) não foram localizados por que o endereço fornecido não foi encontrado (rua não existente, número não existente, pessoa não conhecida na rua, etc.); b) 3 indivíduos (2,2%) haviam-se mudado do endereço, todos do sexo feminino (uma mudou-se para cidade próxima, outra fugira com o namorado e a família não tinha notícias, e a terceira fora expulsa da pensão onde morava, devido a "escândalos").
- E - Recusas : a) 3 indivíduos (2,2%) recusaram-se a responder, sendo 2 mulheres e 1 homem; b) 5 indivíduos (3,7%), todos do sexo feminino, tiveram entrevistas marcadas por meio de seus familiares, mas não se encontravam quando do retorno do entrevistador.
- F - Outros motivos : a) 6 indivíduos (4,5%), todos femininos, não foram localizados por não se encontrar ninguém em casa, em todas as visitas; b) 1 indivíduo (0,7%) não foi entrevistado por se achar internado em hospital psiquiátrico distante.

Portanto, dos 134 casos notificados, foram excluídos 84 (62,7%) e os restantes 50 constituíram o GRUPO TS.

1.1.3 . Local da entrevista e entrevistador dos casos do Grupo

TS : A grande maioria das entrevistas foi efetuada pelo autor, no domicílio dos ca sos. No entanto, durante essa fase do trabalho, que durou 18 semanas, ocorreu que em 6 semanas o número de casos notificados foi muito grande, tornando-se impossível a visita de todos eles no período desejado. Para diminuir a perda de casos, por es se motivo, utilizamos dois recursos: 1) alguns sujeitos, escolhidos ao acaso, eram visitados por voluntários do Centro de Prevenção do Suicídio de Campinas, que convi davam o indivíduo para uma entrevista com o autor, no período noturno, no Departa mento de Psicologia Médica e Psiquiatria da UNICAMP; 2) alguns sujeitos, também es colhidos ao acaso, eram visitados por residentes do 2º ano do mesmo Departamento, que faziam a entrevista no domicílio. Esses residentes haviam sido treinados, ante riormente, de modo a se uniformizarem as técnicas e critérios para a entrevista; os casos eram a seguir discutidos com o autor.

Nas TABELAS 3 e 4, assinalamos os locais em que a en trevista foi realizada e quem foi o entrevistador.

TABELA 3 - LOCAL EM QUE FOI REALIZADA A ENTREVISTA DE SUJEITOS DO GRUPO TS, CAMPI NAS, 1980.

LOCAL	Nº	%
Domicílio	42	84
Deptº Psicologia Médica UNICAMP	5	10
Consultório particular	3	6
TOTAL	50	100

TABELA 4 - ENTREVISTADOR DOS SUJEITOS DO GRUPO TS, CAMPINAS, 1980.

ENTREVISTADOR	Nº	%
Autor	45	90
Residentes	5	10
TOTAL	50	100

1.2 . O GRUPO CONTROLE N (GRUPO N)

1.2.1 . As fontes para obtenção de controle do Grupo N : para obtenção de sujeitos para o Grupo N, voltávamos ao bairro onde havia ocorrido uma tentativa de suicídio, e nos dirigíamos a uma zona distante aproximadamente 5 a 7 quarteirões do endereço da tentativa, em que as residências tivessem característi cas externas (denotadoras de nível sócio-econômico) semelhantes à do caso que tenta ra. Essa distância não podia ser menor, por querermos evitar que o controle tivesse conhecimento do caso com tentativa, o que iria prejudicar algumas questões da entre

vista. A partir da primeira casa da rua, e em seqüência, indagávamos o número, idade e sexo dos moradores. Caso encontrássemos alguém com a idade e sexo que desejávamos, e após uma investigação do nível sócio-econômico, iniciávamos a entrevista. Caso contrário, seguíamos adiante.

Preliminarmente havíamos dividido a cidade em três zonas: Centro, Zona Intermediária e Periferia, cujos bairros têm características sócio-econômicas globais semelhantes. Se, durante a procura do controle, encontrássemos um indivíduo que pudesse ser pareado com um caso de outro bairro, mas bairro com características semelhantes, a entrevista também era iniciada. No entanto, evitamos fazer mais do que o dobro de entrevistas em controles, em relação a casos, no mesmo bairro.

Foram efetuadas 283 visitas, para a obtenção dos 50 controles.

1.2.2 . Os critérios para inclusão no grupo de controles N :

- A - Sexo, idade e nível sócio-econômico : os controles do grupo N foram pareados, quanto a essas características, com os casos do grupo TS. Em relação à idade, toleramos até dois anos de diferença; no caso do nível sócio-econômico (medido em rendimento de salários-mínimos familiares, per capita), toleramos até uma categoria de diferença.
- B - Critérios relacionados à entrevista : que o controle tivesse condições e não se recusasse a ser entrevistado.
- C - Antecedentes mórbitos :
- a) o sujeito não deveria ter antecedentes nem estar em tratamento psiquiátrico ou psicológico;
 - b) o sujeito não deveria apresentar doença mental evidenciável na entrevista;
 - c) o sujeito não deveria ter antecedentes de tentativa de suicídio;
 - d) o sujeito, indagado sobre ter tido idéias suicidas no passado ou no presente, deveria responder que "não" ou "raramente". Caso a resposta a esta questão fosse "às vezes" ou "muitas vezes", o indivíduo era excluído do grupo.

Dentre os controles que obedeciam aos critérios de sexo, idade e nível sócio-econômico, correspondentes ao pareamento, foram excluídos: a) 8 indivíduos, por já terem tentado suicídio; b) 8 indivíduos, por terem tido idéias suicidas, conforme o critério d) do item C acima (Antecedentes mórbitos); c) um indivíduo por estar em tratamento psiquiátrico; d) um indivíduo, por recusar-se a responder.

1.2.3 . Local da entrevista e entrevistador dos controles do Grupo N : todas as entrevistas deste grupo foram efetuadas pelo autor, sempre no domicílio.

1.3 . O GRUPO CONTROLE P (GRUPO P)

1.3.1 . As fontes para obtenção dos controles do Grupo P : os 50 indivíduos do Grupo P (sujeitos que foram à consulta psiquiátrica) foram obtidos de três fontes: a) o ambulatório do setor de adolescentes do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da UNICAMP; b) o ambulatório do setor de adultos, do mesmo Departamento; c) consultório particular. Na TABELA 5, apresentamos os números obtidos de cada fonte.

TABELA 5 - FONTES DE OBTENÇÃO DE CONTROLES PARA O GRUPO P, CAMPINAS, 1980.

FONTE	Nº	%
Ambulatório de adolescentes	38	76
Ambulatório de adultos	6	12
Consultório particular	6	12
TOTAL	50	100

1.3.2 . Os critérios para inclusão no grupo de controles P :

- A - Sexo e idade : os controles do Grupo P foram pareados, quanto a essas características, com os casos do Grupo TS. Em relação à idade, toleramos até 2 anos de diferença.
- B - Critérios relacionados à entrevista : o controle devia ter condições e não se recusar a ser entrevistado.
- C - Antecedentes mórbitos :
- o sujeito não deveria ter antecedentes de tentativa de suicídio;
 - o sujeito, indagado sobre ter tido idéias suicidas no passado ou no presente, deveria responder que "não" ou "raramente". Caso a resposta fosse "às vezes" ou "muitas vezes", a entrevista era encerrada e o controle excluído do grupo.

Dentre os controles que obedeciam aos critérios de sexo e idade, correspondentes ao pareamento, foram excluídos: a) 15 indivíduos, por já terem tentado suicídio; b) 5 indivíduos por terem tido idéias suicidas, conforme o critério b) do Item C acima (Antecedentes mórbitos).

Foram, portanto, realizados 70 contatos, para a obtenção dos 50 controles.

1.3.3 . Local da entrevista e entrevistador : as entrevistas foram realizadas nos locais assinalados na TABELA 5; 45 (90%) das entrevistas foram efetuadas pelo autor, e 5 (10%) por colegas do Departamento de Psicologia Médica e Psiquia

tria da UNICAMP, treinados anteriormente para tal.

2 . INSTRUMENTOS

Para a escolha e elaboração dos instrumentos a serem utilizados para a coleta dos dados desejados, efetuamos inicialmente um ESTUDO PILOTO, dividido em três fases: a) entrevistamos, sem roteiro estruturado, mas obedecendo às normas de uma entrevista clínico-psicológica, 4 pacientes jovens, internados no Hospital de Clínicas da UNICAMP, por tentativa de suicídio. A partir dessa experiência, e em conjunção com a revisão bibliográfica efetuada, elaboramos instrumentos provisórios; b) esses instrumentos foram testados e aperfeiçoados a partir de sua aplicação a 6 indivíduos, que haviam tentado suicídio, em entrevistas domiciliares. Chegou-se assim a instrumentos definitivos; c) esses instrumentos foram ainda aplicados a mais 3 indivíduos, que haviam tentado suicídio, em entrevistas domiciliares, após o que foram considerados satisfatórios. Os casos entrevistados no estudo piloto não foram incluídos no estudo principal.

Os instrumentos utilizados pertencem a quatro categorias: 1) entrevista não estruturada; 2) questionário sobre características pessoais e familiares; 3) instrumento para descrição e quantificação de sintomas; 4) instrumento para descrição e quantificação de características da tentativa de suicídio. Os três primeiros instrumentos foram aplicados aos grupos de casos e controles; o quarto instrumento, obviamente, somente ao grupo de casos (Grupo TS).

2.1 . A ENTREVISTA NÃO ESTRUTURADA

Nessa entrevista objetivávamos estabelecer um bom "rapport" com o entrevistado e conseguir dados sobre os problemas atuais do sujeito, e uma pequena história de sua vida, de forma a se constituírem numa história clínica. Essa entrevista também servia para indagarmos sobre elementos que indicavam os critérios de exclusão para cada grupo.

2.1.1 . Aplicação da entrevista nos casos (GRUPO TS)

Apresentávamo-nos como médico da UNICAMP, a quem nos havia sido comunicado que o sujeito fora socorrido em hospital, e que nossa função era verificar o seu estado e proporcionar-lhe algum tipo de ajuda, se ele o desejasse. Iniciávamos então um diálogo, a partir da questão: "o que aconteceu?", ou "o que levou você a ser socorrido?". Na grande maioria das vezes, após alguma vacilação inicial, o indivíduo nos contava detalhadamente toda a história de sua tentativa e seus motivos. Interrompíamos, eventualmente, para pedir mais detalhes sobre algum elemento mais obscuro. Em alguns casos, em que o sujeito vacilava muito, demonstrávamos saber que havia tentado suicídio, e o colocávamos à vontade para informar-nos ou não de seus problemas. Usando essa conduta, conseguimos que todos os casos nos

dessem informações pormenorizadas (com exceção de um, que insistiu que estava tudo bem, não precisava de ajuda, e que o que havia ocorrido não tinha a menor importância, e outros dois que se recusaram a iniciar a entrevista). Nenhum caso negou ter tido intenções suicidas.

À medida que o indivíduo contava seus problemas, fazíamos perguntas que nos levassem a termos uma história de vida do sujeito, desde sua infância, até os dias atuais, e procurando caracterizar as situações e conflitos mais importantes. Quando percebíamos ter uma história clínica razoável, passávamos à aplicação do instrumento seguinte, o questionário sobre características pessoais e familiares.

2.1.2 . Aplicação da entrevista nos controles do GRUPO N

Apresentávamo-nos como médico da UNICAMP que estava investigando as condições de saúde da população. Iniciávamos o diálogo indagando sobre doenças passadas e presentes; caso houvesse menção a doença mental e/ou tratamento psicológico ou psiquiátrico, encerrávamos a entrevista. Em caso negativo, investigávamos antecedentes de tentativa de suicídio, ou de idéias suicidas. Caso o indivíduo respondesse de forma a encaixar-se nos critérios de exclusão, a entrevista era encerrada. Caso contrário, passávamos à aplicação do questionário sobre características pessoais e familiares.

2.1.3 . Aplicação da entrevista nos controles do GRUPO P

Esses sujeitos vinham à consulta psiquiátrica. Iniciávamos a entrevista explicando que não se tratava ainda de consulta, mas de obtenção de dados preliminares, e que imediatamente após, um colega realizaria a consulta. Nas situações em que o próprio autor era responsável pela consulta, esta e a aplicação dos instrumentos eram feitos concomitantemente. A seguir, fazíamos uma pequena história sobre as queixas do paciente e sobre sua vida, indagando também sobre tentativas de suicídio e idéias suicidas que correspondessem aos critérios de exclusão - caso as respostas a essas questões fossem positivas, a entrevista era encerrada. Em caso contrário, a entrevista continuava. Após termos uma idéia global sobre os problemas e a vida do indivíduo, passávamos à aplicação do questionário sobre características pessoais e familiares.

2.2 . O QUESTIONÁRIO SOBRE CARACTERÍSTICAS PESSOAIS E FAMILIARES

Esse questionário se encontra no ANEXO I. Consta de 72 questões, que abrangem sete áreas: 1) identificação; 2) dados demográficos e sociais; 3) dados de antecedentes mórbitos; 4) problemas de relacionamento social; 5) pensamentos e atos relativos a morte e suicídio; 6) características familiares e ambientais; 7) avaliação da entrevista.

Essas questões apresentavam alternativas que seriam codificadas, para perfuração em cartões. No ANEXO I encontram-se os critérios utilizados para a

escolha das alternativas.

A aplicação do questionário foi efetuada de maneira semelhante para os três grupos. As perguntas foram feitas da maneira que constam no questionário. Algumas respostas poderiam ser eliciadas de outras formas, padronizadas, como consta no ANEXO I.

2.3 . O INSTRUMENTO PARA DESCRIÇÃO E QUANTIFICAÇÃO DOS SINTOMAS

Esse instrumento é uma modificação da escala desenvolvida por ZUNG (1974) para medir o chamado "ÍNDICE DE POTENCIALIDADE SUICIDA" (IPS). Consta de 35 questões, cujas respostas recebem um escore, de 0 a 3, conforme a severidade do sintoma. Os sintomas medidos por esse instrumento pertencem às categorias de:

- a) depressão
- b) ansiedade
- c) alcoolismo
- d) saúde geral
- e) estado emocional
- f) projeção suicida.

No ANEXO 2, apresentamos as questões e os critérios utilizados para a modificação da escala original de ZUNG.

A aplicação do instrumento foi efetuada indagando-se dos sintomas nos sete dias anteriores à tentativa, para o Grupo TS, e nos sete dias anteriores à entrevista, para os grupos controles (N e P).

Para cada caso calculamos o escore global, isto é, o Índice de Potencialidade Suicida (IPS), e os escores parciais das subescalas correspondentes a depressão, ansiedade, saúde geral, estado emocional e projeção suicida.

2.4 . O INSTRUMENTO PARA DESCRIÇÃO E QUANTIFICAÇÃO DA TENTATIVA DE SUICÍDIO

Esse instrumento é apresentado no ANEXO 3. Consta de três partes:

- a) Parte geral : constituída por 11 questões que avaliam: dia e hora da tentativa, motivos, métodos, reação ao ato, pedido de ajuda em relação aos motivos, visualização da morte, relação do ato com a menstruação, estado atual do indivíduo e encaminhamento após a entrevista.
- b) Escala de Intencionalidade Suicida : constituída por 14 questões. A cada questão correspondem três alternativas, que recebem escores de 0 a 2, conforme a intensidade da característica medida. A soma dos escores constitui o "ÍNDICE DE INTENCIONALIDADE SUICIDA" (IIS), que mede a seriedade ou intensidade do desejo do indivíduo de terminar com sua vida.
Esta escala é uma modificação da escala original de BECK e cols. (1974 A). No ANEXO 3 são discutidas as modificações que fizemos na escala original.
- c) Escala de Letalidade : esta escala é constituída por oito questões (algumas delas fazendo parte também da Escala de Intencionalidade Suicida). Dessas 8 ques

tões, 4 medem os chamados Fatores de Risco, e as outras 4 os chamados Fatores de Salvamento. A cada fator de risco é dado um escore de 1 a 3, conforme risco crescente, e a cada fator de salvamento é dado um escore de 3 a 1, conforme a possibilidade de salvamento decrescente.

A soma dos escores dos Fatores de Risco e dos Fatores de Salvamento são transformados em valores que indicam o Grau de Risco e o Grau de Salvamento. A fórmula $(A \times 100) : (A + B)$, onde A é o Grau de Risco e B o Grau de Salvamento, nos dá o "ÍNDICE DE LETALIDADE" (IL). Este Índice mede o perigo de vida, do ponto de vista médico. A Escala de Letalidade por nós usada é uma modificação da Escala de Risco-Salvamento de WEISMAN & WORDEN (1974).

No ANEXO 3 apresentamos a maneira de se calcular o Índice de Letalidade, e as modificações efetuadas na Escala de Risco-Salvamento para a obtenção de nossa escala.

2.5 . OBSERVAÇÕES QUANTO À APLICAÇÃO DOS INSTRUMENTOS

Todos os instrumentos foram aplicados com o indivíduo e o entrevistador a sós. Caso algum parente ou outra pessoa permanecesse no ambiente, pedíamos que se retirasse. Em algumas ocasiões, devido à exigüidade de espaço, levávamos o indivíduo até a rua, onde obtínhamos as informações. Em nenhuma situação o acompanhante recusou-se a deixar o indivíduo a sós. Em alguns casos (GRUPO TS), algum parente insistiu em dar-nos informações após a entrevista, mas nunca a pedido nosso. Essas informações foram consideradas na elaboração das histórias clínicas.

3 . ANÁLISE DOS DADOS

3.1 . ENTREVISTA NÃO ESTRUTURADA

Os dados da entrevista não estruturada do GRUPO TS se constituíram em 50 HISTÓRIAS CLÍNICAS, que foram analisadas e discutidas do ponto de vista clínico-psiquiátrico, com orientação psicanalítica.

Os dados da entrevista não estruturada do GRUPO P, em conjunção com os sintomas da Escala de Potencialidade Suicida, foram utilizados para se chegar a uma Impressão Diagnóstica, do ponto de vista psiquiátrico, em termos sindrômicos, ou, quando possível, em termos de doença mental específica.

3.2 . OUTROS INSTRUMENTOS

Os dados dos três outros instrumentos, o questionário sobre características pessoais e familiares, o instrumento para descrição e quantificação de sintomas e o instrumento para descrição e quantificação de características de tentativa de suicídio, codificados, foram transportados para cartões perfurados, com finalidade de utilização de computador. Os dados foram analisados utilizando-se o programa "Statistical Package for Social Sciences" (SPSS).

As variáveis qualitativas foram comparadas intra-grupo e inter-

grupos, utilizando-se os seguintes critérios de COCHRAN (apud BERQUÓ e cols, 1980), para tabelas 2×2 :

- 1) teste de χ^2 (qui quadrado), quando n igual ou maior que 40.
- 2) teste de χ^2 (qui quadrado), com correção de continuidade de YATES, quando $20 \leq n < 40$, e quando os valores esperados fossem iguais ou maiores que 5.
- 3) método exato de FISHER, quando os valores esperados fossem menores que 5 e/ou n menor que 20.

A despeito de termos várias tabelas $r \times s$ ($\neq 2 \times 2$), fizemos sempre as comparações tomando sub-tabelas 2×2 , o que permitiu uma melhor discriminação das comparações possíveis.

Para as variáveis quantitativas, antes de decidirmos sobre as estatísticas a serem usadas para as comparações dos escores das várias escalas, verificamos se sua distribuição se aproximava ou não da distribuição normal. Para tal usamos a técnica do "Papel da Curva Normal" (BERQUÓ e cols, 1980). Como algumas distribuições não tinham distribuição normal, optamos pela utilização de testes não paramétricos. Para a comparação das escalas entre os três grupos, escolhemos a estatística U, de MANN-WHITNEY, e para a correlação entre as várias escalas, dentro do mesmo grupo, o coeficiente de SPEARMAN (SIEGEL, 1975; MOSTELLER & ROURKE, 1972).

CAPÍTULO IV - RESULTADOS

Os resultados serão apresentados da seguinte maneira: em primeiro lugar com pararemos as características estudadas nos três grupos; em segundo lugar, apresen taremos algumas características peculiares ao grupo de indivíduos com tentativa de suicídio; a seguir, compararemos os sintomas da escala que mede o Índice de Potencialidade Suicida, nos três grupos; e, finalmente, compararemos características dos três grupos em relação a alguns índices estudados.

A apresentação dos casos clínicos de indivíduos do grupo suicida será feita em conjunto com a sua discussão, no CAPÍTULO V.

1 . CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E SOCIAIS*

* Na apresentação dos resultados, utilizaremos a seguinte notação, para a signifi cância dos testes estatísticos:

n.s. = diferença não significativa

* $0,01 \leq p < 0,05$

** $0,001 \leq p < 0,01$

*** $p < 0,001$,

onde "p" é a probabilidade de que a diferença constatada entre os grupos não exista, e seja devida ao acaso.

As comparações nas Tabelas (r_1, r_2, \dots, r_x) X (s_1, s_2, \dots, s_x), foram efe tuadas entre a linha r_x e a soma das outras linhas r, exceto quando assinalado.

Os grupos comparados são separados por uma barra, que deixa à esquerda o grupo em que a variável tem maior valor. Por exemplo: *** TS/N, indica que, para a variável estudada, a diferença entre os grupos TS e N é significativa, com $p < 0,001$, sendo seu valor maior no grupo TS.

Nas Tabelas 06 e 07 encontramos a distribuição dos três grupos, por idade e sexo, variáveis que foram utilizadas para o pareamento dos três grupos. Nossa idade limite superior é de 27 anos incompletos, mas como para o pareamento admitimos uma diferença de até dois anos para cada par, aparecem casos com mais de 27 anos no grupo P.

Quanto à incidência de tentativa de suicídio por IDADE (Tabela 06), encontramos um número maior aos 14 anos; no entanto, uma análise por grupos de idade (Tabela 07), - denota que as diferenças não são grandes.

No referente ao SEXO, o feminino supera o masculino na proporção de $42/8 = 5,25$.

TABELA 08 - DISTRIBUIÇÃO POR RENDA PER CAPITA (RPC) EM SALÁRIOS MÍNIMOS (SM) DE FAMÍLIAS DOS GRUPOS DE CASOS (TS) E CONTROLES (N e P), CAMPINAS, 1980.

RPC (em SM)	GRUPO TS		GRUPO N		GRUPO P	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
≤ 1	9	18	7	14	7	14
1 — 2	17	34	21	42	19	38
2 — 3	8	16	8	16	14	28
3 — 4	9	18	9	18	5	10
4 — 5	3	6	4	8	3	6
+ de 5	4	8	1	2	2	4
TOTAL	50	100	50	100	50	100

dif.: n.s.

Quanto ao NÍVEL SÓCIO-ECONÔMICO (Tabela 08), notamos que mais da metade dos casos de tentativa de suicídio (52%) ocorreram em indivíduos de famílias cuja renda per capita é até dois salários mínimos. São 14% dos casos ocorrem nos grupos de renda superior a quatro salários mínimos.

A comparação dos grupos mostra uma incidência semelhante nos grupos TS e N, por que foram pareados. O grupo P, não pareado, mostra uma distribuição aproximadamente similar à dos outros dois.

TABELA 06 - DISTRIBUIÇÃO POR IDADE E SEXO DOS GRUPOS DE CASOS (TS) E CONTROLES (N e P), CAMPINAS, 1980.

IDADE	GRUPO TS				GRUPO N				GRUPO P			
	M	F	T		M	F	T		M	F	T	
			Nº	%			Nº	%			Nº	%
12	-	1	1	2	-	1	1	2	-	2	2	4
13	1	2	3	6	-	4	4	8	1	4	5	10
14	-	7	7	14	1	3	4	8	1	3	4	8
15	1	2	3	6	1	4	5	10	-	4	4	8
16	-	4	4	8	-	3	3	6	-	2	2	4
17	-	1	1	2	-	2	2	4	1	2	3	6
18	1	1	2	4	-	4	4	8	1	2	3	6
19	1	4	5	10	2	2	4	8	-	3	3	6
20	1	2	3	6	1	4	5	10	-	2	2	4
21	-	5	5	10	1	2	3	6	-	4	4	8
22	2	3	5	10	1	3	4	8	1	3	4	8
23	-	2	2	4	-	1	1	2	1	3	4	8
24	-	1	1	2	-	1	1	2	1	3	4	8
25	-	4	4	8	1	3	4	8	-	1	1	2
26	1	3	4	8	-	5	5	10	-	2	2	4
27	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2	3	6
T	8(16%)	42(84%)	50	100	8(16%)	42(84%)	50	100	8(16%)	42(84%)	50	100

TABELA 07 - DISTRIBUIÇÃO POR FAIXAS ETÁRIAS E SEXO NOS GRUPOS DE CASOS (TS) E CONTROLES (N e P), CAMPINAS, 1980.

GRUPO sexo d.	GRUPO TS				GRUPO N				GRUPO P			
	M	F	T		M	F	T		M	F	T	
			Nº	%			Nº	%			Nº	%
21-15	1	10	11	22	1	8	9	18	2	9	11	22
51-18	1	7	8	16	1	9	10	20	1	8	9	18
81-21	3	7	10	20	3	10	13	26	1	7	8	16
11-24	2	10	12	24	2	6	8	16	2	10	12	24
41-28	1	8	9	18	1	9	10	20	2	8	10	20
TOTAL	8(16%)	42(84%)	50	100	8(16%)	42(84%)	50	100	8(16%)	42(84%)	50	100

TABELA 09 - DISTRIBUIÇÃO POR SEXO E COR DOS GRUPOS DE CASOS (TS) E CONTROLES (N e P), CAMPINAS, 1980.

cor	sexo		MASCULINO			FEMININO			TOTAL		P	
	grupos		TS	N	P	TS	N	P	TS	N	P	
	Nº	%	Nº	%	Nº	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Branca	8	82	8	84	7	33	34	38	41	42	45	90
Não branca	-	18	-	8	16	9	8	4	9	8	5	10
TOTAL	8	100	8	100	8	42	42	42	50	50	50	100

dif.: n.s.

Quanto a COR (Tabela 09), encontramos uma incidência de tentativa de suicídio, aproximadamente 4,5 vezes maior na branca, em relação à não branca. No entanto, essa é a distribuição, por cor, da população em geral, conforme denota a distribuição no grupo. No grupo P houve uma incidência pouco maior na cor branca, mas sem significância.

TABELA 10 - DISTRIBUIÇÃO POR ZONA DA CIDADE DOS GRUPOS DE CASOS (TS) E CONTROLES (N e P), CAMPINAS, 1980.

zonas	TS		N		P	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Centro	8	16	8	16	7	14
Intermediária	15	30	15	30	18	36
Periferia	27	54	27	54	25	50
TOTAL	50	100	50	100	50	100

dif.: n.s.

Quanto à distribuição por ZONA DA CIDADE (Tabela 10), encontramos que mais da metade dos casos provêm da periferia. A comparação com o grupo N fica prejudicada - porque o procedimento efetuado para o pareamento através do nível sócio-econômico, - acabou por levar também a pareamento por zona da cidade. A comparação com o grupo P, mostra que a distribuição dos grupos é similar.

TABELA 11 - DISTRIBUIÇÃO POR ESTADO CIVIL DOS GRUPOS DE CASOS (TS) E CONTROLES (N e P), CAMPINAS, 1980.

grupos E.civil	TS		N		P		dif.:
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Solteiro	29	58	38	76	41	82	* * P/TS
Casado	7	14	10	20	6	12	
Sol.c/parceiro	8	16	2	4	1	2	* * TS/N e TS/P
Separado	6	12	-	-	1	2	
Sep.c/parceiro	-	-	-	-	1	2	
TOTAL	50	100	50	100	50	100	

Quanto ao ESTADO CIVIL (Tabela 11), a proporção maior foi de solteiros, nos três grupos. No entanto, comparando-se os grupos, verificamos que essa proporção é superior nos grupos N e P (significativa para o grupo P). Essa diferença se deve ao fato do grupo TS ter um número significativamente maior de ligações "irregulares", - isto é, solteiros com parceiros, e separados, em relação aos dois outros grupos.

Não encontramos diferenças significativas em relação aos casados.

TABELA 12 - DISTRIBUIÇÃO POR TEMPO DE ALTERAÇÃO DO ESTADO CIVIL DOS GRUPOS DE CASOS (TS) E CONTROLES (N e P), CAMPINAS, 1980.

TEMPO GRUPOS	TS		N		P		dif.:
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
até 2 anos	15	71,4	3	25	4	44,4	* * TS/N
+ de 2 anos	6	28,6	9	75	5	55,6	
TOTAL	21	100	12	100	9	100	

Quanto ao TEMPO DE ALTERAÇÃO DE ESTADO CIVIL (Tabela 12), verificamos que no grupo TS há uma proporção significativamente maior de indivíduos que alteraram seu estado civil recentemente, em relação ao grupo "normal". O mesmo ocorre em relação ao grupo psiquiátrico, mas a diferença não foi significativa.

TABELA 13 - DISTRIBUIÇÃO POR GRAU DE INSTRUÇÃO DOS GRUPOS DE CASOS (TS) E CONTROLES (N e P), CAMPINAS, 1980.

Grupos Instrução	TS		N		P		dif.:
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Analfabeto	1	2	4	8	2	4	
1º G. incompleto	12	24	4	8	8	16	
1º G. completo	10	20	8	16	9	18	
2º G. incompleto	20	40	24	48	16	32	} * N/P
2º G. completo	3	6	4	8	1	2	
Superior incompl.	4	8	4	8	12	24	} * * P/TS e * P/N
Superior completo	-	-	2	4	2	4	
TOTAL	50	100	50	100	50	100	

Quanto ao GRAU DE INSTRUÇÃO (Tabela 13), a incidência da tentativa de suicídio ocorreu principalmente em indivíduos com curso secundário incompleto. Comparando-se os três grupos, verificamos que a distribuição por nível de instrução no grupo TS é similar à do grupo N. Já no grupo P, encontramos uma incidência significativamente maior de indivíduos com níveis de instrução mais alto.

TABELA 14 - DISTRIBUIÇÃO DE ANTECEDENTES DE REPETÊNCIA DE ANO ESCOLAR NOS GRUPOS DE CASOS (TS) E CONTROLES (N e P), CAMPINAS, 1980.

grupos repetência	TS		N		P		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
1 vez	24	49,0	10	21,7	7	14,6	} * TS/P
2 ou mais	12	24,5	18	39,1	19	39,6	
Não	13	26,5	18	39,1	22	45,8	
TOTAL	49	100	46	100	48	100	

Quanto à REPETÊNCIA ESCOLAR (Tabela 14), há uma incidência maior no grupo que tenta suicídio, não significativa em relação ao grupo N, mas significativa em relação aos pacientes psiquiátricos.

TABELA 15 - DISTRIBUIÇÃO POR NÍVEL DE OCUPAÇÃO DOS GRUPOS DE CASOS (TS) E CONTROLES (N e P), CAMPINAS, 1980.

grupos ocupação	TS		N		P		dif.:
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Dona de casa	4	8	12	24	1	2	* N/TS; ** N/P
Não qualificado	22	44	15	30	16	32	
Nível inferior	4	8	4	8	1	2	
Nível médio	2	4	3	6	2	4	
Nível superior	-	-	2	4	2	4	
Não trabalha	18	36	14	28	28	56	* p/N ⁺
TOTAL	50	100	50	100	50	100	

+ comparados os que não trabalham, em relação aos que trabalham, excluídas as donas de casa.

A distribuição por OCUPAÇÃO (Tabela 15), não mostra diferenças quanto ao nível nos três grupos. No entanto, encontramos, em nossas amostras, uma incidência significativamente menor de donas de casa, nos grupos TS e P, em relação ao grupo N, e mais pessoas que não trabalham, no grupo P.

TABELA 16 - DISTRIBUIÇÃO DE EMPREGADOS E DESEMPREGADOS NOS GRUPOS DE CASOS (TS) E CONTROLES (N e P), CAMPINAS, 1980.

grupos trabalho	TS		N		P		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Empregado	18	64,3	23	95,8	18	85,7	
Desempregado	10	35,7	1	4,2	3	14,3	** TS/N
TOTAL	28	100	24	100	21	100	

Quanto ao DESEMPREGO (Tabela 16), a proporção é maior nos indivíduos que tentaram suicídio, sendo significativa em relação ao grupo N.

TABELA 17 - DISTRIBUIÇÃO POR TIPO DE ATIVIDADE (TRABALHO E ESTUDO) DOS GRUPOS DE CASOS (TS) E CONTRÓLES (N e P), CAMPINAS, 1980.

atividade \ grupos	TS		N		P	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Só trabalha	15	30	16	32	10	20
Trab. e estuda	3	6	7	14	8	16
Só estuda	13	26	14	28	18	36
Não Trab. e não est.	19	38	13	26	14	28
TOTAL	50	100	50	100	50	100

dif.: n.s.

Quanto ao TIPO DE ATIVIDADE (Tabela 17), não encontramos diferenças significativas, entre a proporção dos que trabalham e/ou estudam nos três grupos.

TABELA 18 - DISTRIBUIÇÃO POR OCUPAÇÃO DO ARRIMO DA FAMÍLIA DOS GRUPOS DE CASOS (TS) E CONTRÓLES (N e P), CAMPINAS, 1980.

ocupação \ grupos	TS		N		P		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Não qualific.	20	46,5	26	56,5	32	71,1	* P/N
Nível inferior	17	39,5	13	28,3	5	11,1	**TS/P; *N/P
Nível médio	3	7,0	4	8,7	4	8,9	
Nível superior	3	7,0	3	6,5	4	8,9	
TOTAL	43	100	46	100	45	100	

Quanto à ocupação do ARRIMO DE FAMÍLIA (Tabela 18), nos três grupos predominam as ocupações não qualificadas, sendo significativamente maior no grupo P em relação ao N. As ocupações de nível inferior se apresentam em maior proporção no grupo TS, em relação aos outros dois, sendo a diferença significativa em relação ao grupo P. Não se encontram diferenças entre os grupos quanto às ocupações de nível médio e superior.

TABELA 19 - DISTRIBUIÇÃO POR RELIGIÃO NO GRUPOS DE CASOS (TS) E CONTROLES (N e P), CAMPINAS, 1980.

religião \ grupos	TS		N		P		dif.:
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Catõl.praticante	12	24	23	46	18	36	* P/TS
Catõl.não pratic.	20	40	17	34	23	46	
Protest.praticante	4	8	5	10	4	8	
Protest.não pratic	3	6	2	4	1	2	
Outra praticante	3	6	1	2	-	-	
Outra não pratic.	1	2	1	2	-	-	
Não tem	7	14	1	2	4	8	* TS/N
TOTAL	50	100	50	100	50	100	

TABELA 20 - DISTRIBUIÇÃO PELA PRÁTICA OU NÃO DE RELIGIÃO NOS GRUPOS DE CASOS (TS) E CONTROLES (N e P), CAMPINAS, 1980.

religião \ grupos	TS		N		P		dif.:
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Praticantes	19	38	29	58	22	44	
Não praticantes	31	62	21	42	28	56	* TS/N
TOTAL	50	100	50	100	50	100	

Quanto à RELIGIÃO (Tabela 19) houve uma proporção maior de indivíduos sem religião no grupo TS, em relação ao grupo N (diferença significativa) e P. O número de católicos foi superior nos grupos N e P em relação ao grupo TS, sendo significativamente maior no P. O número de não praticantes (Tabela 20) foi significativamente maior no grupo TS em relação ao normal.

TABELA 21 - DISTRIBUIÇÃO POR LOCAL DE NASCIMENTO NOS GRUPOS DE CASOS (TS) E CONTROLES (N e P), CAMPINAS, 1980.

grupo nascimento	TS		N		P	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Campinas	14	28	18	36	17	34
E. São Paulo	17	34	19	38	18	36
Paraná	8	16	6	12	4	8
Minas Gerais	4	8	5	10	6	12
Nordeste	2	4	-	-	2	4
Outros Estados	5	10	2	4	3	6
TOTAL	50	100	50	100	50	100

dif.: n.s.

TABELA 22 - DISTRIBUIÇÃO POR TEMPO DE RESIDÊNCIA EM CAMPINAS NOS GRUPOS DE CASOS (TS) E CONTROLES (N e P), CAMPINAS, 1980.

grupos t. res. Camps.	TS		N		P	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sempre	11	22	18	36	16	32
0 → 1 ano	6	12	4	8	1	2
1 → 5 anos	20	40	12	24	16	32
mais de 5 anos	13	26	16	32	17	34
TOTAL	50	100	50	100	50	100

dif.: n.s.

Quanto ao LOCAL DE NASCIMENTO (Tabela 21), a maioria dos indivíduos nasceu em Campinas ou outras cidades do Estado de São Paulo. A distribuição foi semelhante nos

três grupos.

O mesmo ocorreu quanto ao TEMPO DE RESIDÊNCIA em Campinas (Tabela 22). No entanto, o número de MIGRAÇÕES (Tabela 23) difere nos três grupos. A proporção de indivíduos do grupo TS que migrou mais de duas vezes é significativamente maior que a dos grupos N e P.

TABELA 23 - DISTRIBUIÇÃO POR NÚMERO DE MIGRAÇÕES NOS GRUPOS DE CASOS (TS) E CONTROLES (N e P), CAMPINAS, 1980.

grupo Nº migrações	TS		N		P		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
0	11	22	18	36	16	32	
1	7	14	17	34	14	28	
2 — 3	21	42	12	24	12	24	} *** TS/N; * TS/P (2 e +)
4 e mais	11	22	3	6	8	16	
TOTAL	50	100	50	100	50	100	

TABELA 24 - DISTRIBUIÇÃO POR PROCEDÊNCIA URBANA OU RURAL DOS GRUPOS DE CASOS (TS) E CONTROLES (N e P), CAMPINAS, 1980.

grupos procedência	TS		N		P	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Urbana	44	88	43	86	44	88
Rural	6	12	7	14	6	12
TOTAL	50	100	50	100	50	100

dif.: n.s.

Quanto à PROCEDÊNCIA URBANA OU RURAL (Tabela 24), não encontramos diferenças - entre os dois grupos, sendo a maioria de origem urbana.

O mesmo ocorre quanto à INFÂNCIA RURAL OU URBANA (Tabela 25).

TABELA 25 - DISTRIBUIÇÃO POR INFÂNCIA PASSADA PREDOMINANTEMENTE EM ZONA URBANA OU RURAL NOS GRUPOS DE CASOS (TS) E CONTROLES (N e P), CAMPINAS, 1980.

infância \ grupos	TS		N		P	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	Urbana	35	70	39	78	38
Rural	15	30	11	22	12	24
TOTAL	50	100	50	100	50	100

dif.: n.s.

TABELA 26 - DISTRIBUIÇÃO POR PESSOAS COM QUEM MORAM OS MEMBROS DOS GRUPOS DE CASOS (TS) E CONTROLES (N e P), CAMPINAS, 1980.

mora com \ grupos	TS		N		P	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	Família	41	82	41	82	39
Outros parentes	2	4	5	10	1	2
Estranhos	6	12	4	8	8	16
Só	1	2	-	-	2	4
TOTAL	50	100	50	100	50	100

dif.: n.s.

Quanto às PESSOAS COM QUEM MORAM (Tabela 26) os indivíduos, encontramos uma proporção de aproximadamente 80% morando com a família, nos três grupos. Um número pouco maior de pessoas que tentaram o suicídio e do grupo psiquiátrico moram com es

tranhos e sozinhos, mas a diferença não é significativa. Quanto ao NÚMERO DE MORADORES (Tabela 27) no domicílio, a maioria apresentava entre 3 e 6 pessoas, nos três grupos. No grupo TS houve a menor incidência da categoria 7 e mais pessoas, sendo significativamente diferente em relação ao grupo psiquiátrico.

TABELA 27 - DISTRIBUIÇÃO POR NÚMERO DE MORADORES NAS RESIDÊNCIAS NOS GRUPOS DE CASOS (TS) E CONTROLES (N e P), CAMPINAS, 1980.

Nº moradores	grupos						dif.:
	TS		N		P		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
1 - 2	7	14	4	8	4	8	
3	11	22	7	14	12	24	
4 - 6	25	50	25	50	18	36	
7 e mais	7	14	14	28	16	32	* P/TS
TOTAL	50	100	50	100	50	100	

TABELA 28 - DISTRIBUIÇÃO POR ORDEM NA IRMANDADE NOS GRUPOS DE CASOS (TS) E CONTROLES (N e P), CAMPINAS, 1980.

ordem irm.	grupos					
	TS		N		P	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Único	1	2	-	-	2	4
1ª de 2	2	4	5	10	6	12
1ª de 3 ou +	9	18	12	24	6	12
2ª de 2	2	4	4	8	2	4
caçula de 3 ou +	8	16	5	10	7	14
do meio de 3	4	8	4	8	3	6
do meio de 4 ou +	24	48	20	40	24	48
TOTAL	50	100	50	100	50	100

dif.: n.s.

TABELA 29 - DISTRIBUIÇÃO POR ORDEM NA IRMANDADE NOS GRUPOS DE CASOS (TS) E CONTROLES (N e P), CAMPINAS, 1980.

ordem Irman.	grupos					
	TS		N		P	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Único	1	2	-	-	2	4
Primeiro	11	22	17	34	12	24
Caçula	10	20	9	18	9	18
Do meio	28	56	24	48	27	54
TOTAL	50	100	50	100	50	100

dif.: n.s.

Quanto à ORDEM NA IRMANDADE, apresentamos na Tabela 28 todas as possibilidades, que foram agrupadas na Tabela 29, para uma melhor visualização. Não se encontraram diferenças significativas entre os três grupos a despeito de haver uma incidência maior de primeiros filhos no grupo N.

Quanto ao SEXO DOS IRMÃOS (Tabela 30), tampouco encontraram-se diferenças apreciáveis.

TABELA 30 - DISTRIBUIÇÃO POR SEXO DOS IRMÃOS NOS GRUPOS DE CASOS (TS) E CONTROLES (N e P), CAMPINAS, 1980.

sexo - irmão	grupos					
	TS		N		P	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Ident.ao entrev.	4	8,2	4	8	3	6,3
Oposto	7	14,3	9	18	10	20,8
Ambos	38	77,6	37	74	35	72,9
TOTAL	49	100	50	100	48	100

dif. : n.s.

TABELA 31 - DISTRIBUIÇÃO POR PRESENÇA DE NAMORADO/A NOS GRUPOS DE CASOS (TS) E CONTROLES (N e P), CAMPINAS, 1980.

namorado/a \ grupos	TS		N		P		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Tem	16	55,2	13	34,2	6	14,6	} *** TS/P, ** N/P
Não tem. mas teve	6	20,7	7	18,4	14	34,1	
Nunca teve	7	24,1	18	47,4	21	51,2	* P/TS
TOTAL	29	100	38	100	41	100	

Quanto à PRESENÇA OU AUSÊNCIA DE NAMORADO/A (Tabela 31) em indivíduos solteiros, notamos que no grupo psiquiátrico a proporção é significativamente menor que nos grupos TS e N. Os indivíduos que tentaram suicídio, de forma geral, tem ou tiveram namorado numa proporção maior que os indivíduos "normais" e psiquiátricos.

TABELA 32 - DISTRIBUIÇÃO POR NÚMERO DE FILHOS VIVOS NOS GRUPOS DE CASOS (TS) E CONTROLES (N e P), CAMPINAS, 1980.

Nº filhos \ grupos	TS		N		P		dif.:
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
1	9	18	5	10	5	10	} * TS/P
2	6	12	2	4	2	4	
3 e +	1	2	1	2	-	-	
Não tem	34	68	42	84	43	86	
TOTAL	50	100	50	100	50	100	

Quanto ao número de FILHOS VIVOS (Tabela 32), 32% dos pacientes do grupo TS referem ter filhos vivos, a maior parte em número de 01 ou 02. Essa proporção é superior à dos grupos N (16%) e P (14%), sendo significativa neste caso.

2. CARACTERÍSTICAS REFERENTES A ANTECEDENTES MÓRBIDOS

Quanto à presença de DOENÇA FÍSICA (Tabela 33) atual ou passada, encontramos que pouco mais da metade dos indivíduos, nos 3 grupos, apresentavam história de doença "não banal". Houve uma incidência pouco maior no grupo P, mas sem diferença - significativa.

TABELA 33 - DISTRIBUIÇÃO POR PRESENÇA DE DOENÇA "FÍSICA" ATUAL OU PASSADA (EXCETO DOENÇAS PRÓPRIAS DA INFÂNCIA E "BANAIS) NOS GRUPOS DE CASOS (TS) E CONTROLES (N e P), CAMPINAS, 1980.

doenças \ grupos	TS		N		P	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
sim	27	54	26	52	31	62
não	23	46	24	48	19	38
TOTAL	50	100	50	100	50	100

dif.: n.s.

TABELA 34 - DISTRIBUIÇÃO POR PRESENÇA DE DOENÇAS CLASSICAMENTE CHAMADAS "PSICOSSOMÁTICAS" NOS GRUPOS DE CASOS (TS) E CONTROLES (N e P), CAMPINAS, 1980.

D.psicossom. \ grupos	TS		N		P	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
sim, passada	10	20	4	8	4	8
sim, persistente	11	22	9	18	13	26
Não	29	58	37	74	33	66
TOTAL	50	100	50	100	50	100

dif.: n.s.

No entanto, quando consideramos as chamadas DOENÇAS PSICOSSOMÁTICAS (Tabela - 34), a incidência foi maior no grupo TS (44%), seguindo-se o P (34%) e depois o N (26%). Mas, essas diferenças não foram estatisticamente significativas. Também, no referente a ANTECEDENTES CIRÚRGICOS (Tabela 35), houve uma incidência maior no grupo TS, mas não significativa. O mesmo ocorre em relação a ACIDENTES (Tabela 36).

TABELA 35 - DISTRIBUIÇÃO POR ANTECEDENTES CIRÚRGICOS NOS GRUPOS DE CASOS (TS) E CONTROLES (N e P), CAMPINAS, 1980.

grupos cirurgias	TS		N		P	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	14	28	9	18	8	16
Não	36	72	41	82	42	84
TOTAL	50	100	50	100	50	100

dif.: n.s.

TABELA 36 - DISTRIBUIÇÃO POR ANTECEDENTES DE ACIDENTES NOS GRUPOS DE CASOS (TS) E CONTROLES (N e P), CAMPINAS, 1980.

grupos acidentes	TS		N		P	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
01	11	22	9	18	7	14
02 ou mais	3	6	3	6	1	2
Não	36	72	38	76	42	84
TOTAL	50	100	50	100	50	100

dif.: n.s.

TABELA 37 - DISTRIBUIÇÃO DE INTERNAÇÕES EM HOSPITAL GERAL NOS GRUPOS DE CASOS (TS) E CONTROLES (N e P), CAMPINAS, 1980.

internações \ grupos	TS		N		P		dif.:
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
01	14	28	9	18	15	30	} * TS/N e TS/P
02 e mais	12	24	6	12	2	4	
Não	24	48	35	70	33	66	
TOTAL	50	100	50	100	50	100	

Quanto a INTERNAÇÕES EM HOSPITAL GERAL (Tabela 37), a proporção foi significativamente maior no grupo TS (52%) em relação aos grupos N (30%) e P (34%)

TABELA 38 - DISTRIBUIÇÃO DE TRATAMENTOS PSICOLÓGICOS OU PSIQUIÁTRICOS ANTERIORES NOS GRUPOS DE CASOS (TS) E CONTROLES (N e P), CAMPINAS, 1980.

tratamento \ grupos	TS		N		P		dif.:
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Sim	24	48	-		20	40	} *** TS/N e P/N
Não	26	52	50	100	30	60	
TOTAL	50	100	50	100	50	100	

Quanto a TRATAMENTOS PSICOLÓGICOS OU PSIQUIÁTRICOS (Tabela 38) só poderíamos comparar os grupos TS e P, pois um dos critérios para inclusão no grupo N foi o de não ter sido realizado este tipo de tratamento. De qualquer forma, lembramos que apenas um caso foi excluído por esse motivo, o que nos possibilita incluir o grupo N no estudo comparativo. Não houve diferença significativa entre os grupos TS e P,

com quase a metade dos pacientes tendo história de tratamento. Em relação ao grupo N, a diferença foi altamente significativa. Quanto a INTERNAÇÃO EM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO (tabela 39), o mesmo raciocínio é válido. Tanto no grupo TS como no P, 14% dos sujeitos já haviam sido internados, proporção significativamente diferente do grupo N.

TABELA 39 - DISTRIBUIÇÃO DE INTERNAÇÕES EM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO NOS GRUPOS DE CASOS (TS) E CONTROLES (N e P), CAMPINAS, 1980.

internações \ grupos	TS		N		P		dif.:
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Sim	7	14	-		7	14	** TS/N e P/N
Não	43	86	50	100	43	86	
TOTAL	50	100	50	100	50	100	

TABELA 40 - DISTRIBUIÇÃO DE REFERÊNCIA A USO IMODERADO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS NOS GRUPOS DE CASOS (TS) E CONTROLES (N e P), CAMPINAS, 1980.

álcool \ grupos	TS		N		P	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	5	10	1	2	1	2
Não	45	90	49	98	49	98
TOTAL	50	100	50	100	50	100

dif.: n.s.

Quanto ao uso IMODERADO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS (Tabela 40), encontramos referência a esse hábito em 10% dos indivíduos que tentaram suicídio, proporção maior que nos grupos N e P, mas não significativamente. Já o USO DE TÓXICOS (Tabela 41), era maior no grupo TS, mas de maneira significativa somente em relação ao grupo N. Todos os

sujeitos referiram apenas uso ocasional.

TABELA 41 - DISTRIBUIÇÃO DE REFERÊNCIA A USO DE TÓXICOS (OCASIONAL OU HABITUAL) NOS GRUPOS DE CASOS (TS) E CONTROLES (N e P), CAMPINAS, 1980.

grupos tóxicos	TS		N		P		dif.:
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
	sim	7	14	1	2	4	
Não	43	86	49	98	46	92	
TOTAL	50	100	50	100	50	100	

3. - PROBLEMAS DE RELACIONAMENTO SOCIAL

Incluimos nesta categoria situações que, de alguma forma acarretam transtornos na vida do indivíduo, nas áreas de relacionamento, trabalho, estudo, sexual e legal, - mas excluindo a área familiar, que será analisada na próxima seção.

TABELA 42 - DISTRIBUIÇÃO POR ANTECEDENTES DE BRIGAS COM AGRESSÕES FÍSICAS NOS GRUPOS DE CASOS (TS) E CONTROLES (N e P), CAMPINAS, 1980.

grupos brigas	TS		N		P		dif.:
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
	Sim,c/aten.Méd.	6	12	1	2	1	
Sim.Sem aten.Méd.	17	34	4	8	9	18	
Não	27	54	45	90	40	80	
TOTAL	50	100	50	100	50	100	

Quanto a BRIGAS (Tabela 42) com agressões físicas, as encontramos em quase a metade dos sujeitos que tentaram suicídio, sendo que em 12% dos casos houve necessidade de atenção médica a um ou mais contendores. A incidência de brigas também foi maior no grupo P em relação ao grupo N, mas as diferenças significativas aparecem somente entre os grupos TS e os outros dois.

TABELA 43 - DISTRIBUIÇÃO POR PROBLEMAS COM POLÍCIA E JUSTIÇA NOS GRUPOS DE CASOS (TS) E CONTROLES (N e P), CAMPINAS, 1980.

prob.polícia	grupos						dif.:
	TS		N		P		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Sim, c/prisão	2	4	-		-		} *** TS/N ; * TS/P
Sim, s/prisão	11	22	-		4	8	
Não	37	74	50	100	46	92	
TOTAL	50	100	50	100	50	100	

Quanto a PROBLEMAS COM A POLÍCIA E A JUSTIÇA (Tabela 43), ocorre o mesmo. 26% dos indivíduos do grupo TS referem tais problemas, ocorrendo prisões em dois casos. No grupo P temos uma incidência de 8%, sem referência a prisão. E, nenhuma referência a esse tipo de problema no grupo N. Há uma diferença significativamente maior desses problemas no grupo TS em relação aos outros dois.

Quanto a PROBLEMAS NA ESCOLA (Tabela 44), a incidência é maior nos grupos TS e P, em relação ao grupo N, sendo significativa essa diferença entre os grupos P e N. Entre os problemas encontramos dificuldades escolares e de relacionamento com os colegas e professores, predominando estes últimos. Muitas das brigas referidas pelos pacientes dos três grupos (Tabela 42) ocorrem na escola. Quanto a PROBLEMAS NO TRABALHO (Tabela 45), a grande maioria refere problemas de relacionamento com colegas e patrões. A incidência foi nula no grupo N e mínima no grupo P. Quase metade dos indivíduos que tentaram suicídio referiram esse tipo de problema, proporção significativamente maior que nos grupos N e P.

TABELA 44 - DISTRIBUIÇÃO DE ANTECEDENTES DE PROBLEMAS NA ESCOLA NOS GRUPOS DE CASOS (TS) E CONTROLES (N e P), CAMPINAS, 1980.

prob.escola \ grupos	TS		N		P		dif.:
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Sim	11	22,4	4	8,7	12	25	* P/N
Não	38	77,6	42	91,3	36	75	
TOTAL	49	100	46	100	48	100	

TABELA 45 - DISTRIBUIÇÃO POR ANTECEDENTES DE PROBLEMAS NO TRABALHO NOS GRUPOS DE CASOS (TS) E CONTROLES (N e P), CAMPINAS, 1980.

prob.trab. \ grupos	TS		N		P		dif.:
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Sim	12	42,9	-		2	9,5	*** TS/N; **TS/P
Não	16	57,1	24	100	19	90,5	
TOTAL	28	100	24	100	21	100	

TABELA 46 - DISTRIBUIÇÃO DE ANTECEDENTES DE PROBLEMAS EM GERAL (BRIGAS, COM POLÍCIA, NA ESCOLA E NO TRABALHO) NOS GRUPOS DE CASOS (TS) E CONTROLES (N e P), CAMPINAS, 1980.

problemas \ grupos	TS		N		P		dif.:
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Sim	32	64	8	16	21	42	*** TS/N; *TS/P
Não	18	36	42	84	29	58	** P/N
TOTAL	50	100	50	100	50	100	

Como BRIGAS, PROBLEMAS COM POLÍCIA, NA ESCOLA e NO TRABALHO, talvez se superpusessem, resolvemos estudar a distribuição dos sujeitos que tiveram um ou mais desses problemas. Isto é apresentado na Tabela 46, em que verificamos que a incidência é significativamente maior nos grupos TS e P em relação ao grupo N. Comparando-se os grupos TS e P, o primeiro supera apreciavelmente o segundo.

TABELA 47 - DISTRIBUIÇÃO POR DIFICULDADE DE RELACIONAMENTO NOS GRUPOS DE CASOS (TS) E CONTROLES (N e P), CAMPINAS, 1980.

relaciona/ grupos	TS		N		P		dif.:
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Fácil-ambos sexos	28	56	31	62	13	26	** TS/P;***N/P
Fácil c/mesmo sexo difícil c/oposto	6	12	7	14	12	24	
Difícilc/mesmo sexo fácil c/oposto	4	8	2	4	4	8	
Difícil ambos sexos	12	24	10	20	21	42	* P/N
TOTAL	50	100	50	100	50	100	

Quanto a DIFICULDADES DE RELACIONAMENTO (Tabela 47), resolvemos fazer um estudo diferencial em relação ao sexo da pessoa com que o indivíduo se relaciona. Uma proporção significativamente maior de sujeitos tem relacionamento fácil com ambos os sexos, nos grupos TS e N, em relação ao grupo P. Neste grupo se encontra a maior dificuldade de relacionamento em geral, sendo significativamente maior que no grupo N, quando se trata de relacionamento difícil com ambos os sexos. Quanto a relacionamento fácil com o mesmo sexo e difícil com o oposto, também o grupo P teve maior incidência, mas não significativa. Em termos gerais, o grupo TS se relaciona da mesma forma que os indivíduos "normais" e o grupo P tem mais dificuldades.

Quanto a PROBLEMAS DE ORDEM SEXUAL (Tabela 48), houve referência em aproximadamente 1/5 dos casos dos grupos TS e P, significativamente maior que no grupo "normal". Não entramos em detalhes sobre o tipo de problemas, mas a impressão que ficou é de que predominava a falta de satisfação sexual. Devemos lembrar que, devido às faixas etárias estudadas, grande parte dos indivíduos ainda não havia iniciado a sua vida sexual genital.

TABELA 48 - DISTRIBUIÇÃO DE PROBLEMAS DE ORDEM SEXUAL REFERIDOS NOS GRUPOS DE CASOS (TS) E CONTROLES (N e P), CAMPINAS, 1980.

p.sexuais	grupos		TS		N		P		dif.:
	Nº	%	Nº	%	Nº	%			
Sim	10	20	1	2	9	18	** TS/N e P/N		
Não	40	80	49	98	41	82			
TOTAL	50	100	50	100	50	100			

TABELA 49 - DISTRIBUIÇÃO POR ANTECEDENTES DE GRAVIDEZ QUANDO SOLTEIRO/A NOS GRUPOS DE CASOS (TS) E CONTROLES (N e P), CAMPINAS, 1980.

gravidez sol.	grupos		TS		N		P		dif.:
	Nº	%	Nº	%	Nº	%			
Sim	16	32	3	6	7	14	*** TS/N; * P/N * TS/P		
Não	34	68	47	94	43	86			
TOTAL	50	100	50	100	50	100			

Quanto a GRAVIDEZ EM SOLTEIRO/A (Tabela 49), ela existiu em 1/3 dos casos que tentaram suicídio e 1/6 dos pacientes psiquiátricos. As proporções são significativamente diferentes do grupo normal; e, comparando-se os grupos TS e P, verifica-se que a proporção de gravidez em solteiro/a é também significativamente maior nos sujeitos - que tentaram suicídio. Nos grupos TS e N encontramos um caso de indivíduo do sexo masculino, em cada grupo, que engravidaram moça solteira. Verificamos a seguir o tipo de RESOLUÇÃO DA GRAVIDEZ EM SOLTEIRO/A (tabela 50). A maioria das vezes permitiu-se o nascimento da criança, mas em 1/3 dos casos ocorreu abortamento, na maioria das vezes provocado. Não houve diferenças significativas entre a resolução da gravidez nos grupos TS e P. A comparação com o grupo N ficou prejudicada face ao pequeno número de casos.

TABELA 50 - DISTRIBUIÇÃO POR TIPO DE RESOLUÇÃO DA GRAVIDEZ QUANDO SOLTEIRO/A NOS GRUPOS DE CASOS (TS) E CONTROLES (N e P), CAMPINAS, 1980.

resolução \ grupos	TS		N		P	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Aborta/natural	5	29,4	2	66,7	2	25
Aborta/provocado	1	5,9	-		1	12,5
Teve a criança	11	64,7	1	33,3	5	62,5
TOTAL *	17	100	3	100	8	100

dif.: n.s.

* o total supera os números de pessoas com gravidez em solteiro/a da Tabela 49, nos grupos TS e P, por existirem situações de mais de uma gravidez na mesma pessoa.

4 . CARACTERÍSTICAS FAMILIARES

TABELA 51 - DISTRIBUIÇÃO POR CONSTITUIÇÃO DA FAMÍLIA DE ORIGEM (PAIS) NOS GRUPOS DE CASOS (TS) E CONTROLES (N e P), CAMPINAS, 1980.

pais \ grupos	TS		N		P		dif.:
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Ambos vivos, juntos	26	52	31	62	35	70	
P.vivo, M.morta, junto	2	4	3	6	3	6	
P.morto, M.viva, junt.	5	10	5	10	5	10	
Amb.mortos, viv. junt.	3	6	3	6	1	2	
Amb.vivos, separados	12	24	6	12	6	12	} * TS/P (sep.)
Pai morto, M.viva, sep	2	4	2	4	-		
TOTAL	50	100	50	100	50	100	

Na Tabela 51, apresentamos a CONSTITUIÇÃO DA FAMÍLIA DE ORIGEM, no tocante aos pais. O grupo TS é o que apresenta a menor proporção de ambos os pais vivos e morando juntos, mas sem diferença significativa em relação aos outros dois grupos. A maior diferença entre os grupos se manifesta quando estudamos os pais separados, que ocorre na proporção de 28% nos que tentam suicídio, em 16% do grupo "normal" e em 12% dos pacientes psiquiátricos. A diferença entre os grupos TS e P é estatisticamente significativa.

TABELA 52 - DISTRIBUIÇÃO POR IDADE DOS SUJEITOS QUANDO OS PAIS SE SEPARARAM, NOS GRUPOS DE CASOS (TS) E CONTROLES (N e P), CAMPINAS, 1980.

grupos idades	TS		N		P		dif.:
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
0 → 5 anos	9	64,3	3	37,5	-		* TS/P
5 → 15 anos	4	28,6	4	50,0	5	83,3	
mais de 15 anos	1	7,1	1	12,5	1	16,7	
TOTAL	14	100	8	100	6	100	

Estudando-se a IDADE DO SUJEITO QUANDO OS PAIS SE SEPARARAM (Tabela 52), notamos que há uma predominância de separações em sujeitos do grupo TS, até os cinco anos de idade, e superior à dos outros dois grupos. A diferença é significativa em relação ao grupo P, se bem que os números são pequenos para possibilitar uma comparação mais fiel entre os três grupos.

O mesmo ocorre na análise dos dados sobre a IDADE DOS SUJEITOS QUANDO MORREU O PAI (Tabela 53) e QUANDO MORREU A MÃE (Tabela 54). No primeiro caso, também há predominância de mortos no grupo TS quando o sujeito estava nos primeiros cinco anos de sua vida. Quanto à morte da mãe, a distribuição por idade é praticamente semelhante nos três grupos.

TABELA 53 - DISTRIBUIÇÃO POR IDADE DOS SUJEITOS QUANDO O PAI MORREU, NOS GRUPOS DE CASOS (TS) E CONTROLES - (N e P), CAMPINAS, 1980.

idades \ grupos	TS		N		P	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	0 → 5 anos	5	50	2	20	-
5 → 15 anos	3	30	5	50	4	66,7
mais de 15 anos	2	20	3	30	2	33,3
TOTAL	10	100	10	100	6	100

dif.: n.s.

TABELA 54 - DISTRIBUIÇÃO POR IDADE DOS SUJEITOS QUANDO A MÃE MORREU, NOS GRUPOS DE CASOS (TS) E CONTROLES - (N e P), CAMPINAS, 1980.

idades \ grupos	TS		N		P	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	0 → 5 anos	1	20	1	16,7	-
5 → 15 anos	2	40	2	33,3	2	50
mais de 15 anos	2	40	3	50,0	2	50
TOTAL	5	100	6	100	4	100

dif.: n.s.

Quanto a DOENÇA NO PAI (Tabela 55) e NA MÃE (Tabela 56) a análise demonstra o seguinte: tanto os pais como as mães dos sujeitos do grupo TS apresentavam mais doenças que os dos grupos "normal" e psiquiátrico. No caso dos pais, essa diferença é significativa em relação ao grupo "normal" e, no caso das mães é significativa em relação tanto ao "normal" quanto ao psiquiátrico. A maior diferença entre os grupos refere-se a alcoolismo no pai, que isolado, ou somado a outras doenças, se apresentava na

proporção de 30 % dos pais de sujeitos do grupo TS, contra 6% de pais de indivíduos "normais" e 10% de pacientes psiquiátricos. A diferença entre os grupos TS e N é significativa.

TABELA 55 - DISTRIBUIÇÃO POR PRESENÇA DE DOENÇA NO PAI DOS SUJEITOS DOS GRUPOS DE CASOS (TS) E CONTROLES (N e P), CAMPINAS, 1980.

doença \ grupos	TS		N		P		dif.:
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Física incapac.	6	12	4	8	1	2	
Mental	1	2	-		2	4	
Alcoolismo	11	22	6	12	9	18	* TS/N (alcool)
Fís. incap. + alcool	2	4	-		1	2	
Mental + alcool	2	4	-		1	2	
Não	28	56	40	80	36	72	* N/TS
TOTAL	50	100	50	100	50	100	

TABELA 56 - DISTRIBUIÇÃO POR PRESENÇA DE DOENÇA NA MÃE DOS SUJEITOS DOS GRUPOS DE CASOS (TS) E CONTROLES (N e P), CAMPINAS, 1980.

doença \ grupos	TS		N		P		dif.:
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Física incap.	3	6	1	2	-		
Mental	4	8	2	4	2	4	
Alcoolismo	5	10	1	2	1	2	
Não	38	76	46	92	47	94	* N/TS e P/TS
TOTAL	50	100	50	100	50	100	

TABELA 57 - DISTRIBUIÇÃO DE LARES DESFEITOS NOS GRUPOS DE CASOS (TS) E CONTROLES (N e P), CAMPINAS, 1980.
(CRITÉRIO 1 - MORTE OU SEPARAÇÃO DOS PAIS ENTRE ZERO A 5 ANOS DE IDADE).

lar desf.	grupos						dif.:
	TS		N		P		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Sim	11	22	4	8	-		* TS/N e TS/P
Não	39	78	46	92	50	100	
TOTAL	50	100	50	100	50	100	

TABELA 58 - DISTRIBUIÇÃO DE LARES DESFEITOS NOS GRUPOS DE CASOS (TS) E CONTROLES (N e P), CAMPINAS, 1980.
(CRITÉRIO 2 - MORTE OU SEPARAÇÃO DOS PAIS ENTRE ZERO A 15 ANOS DE IDADE - PRISÃO DE ALGUM PAI)

lar desf.	grupos						dif.:
	TS		N		P		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Sim	22	44	14	28	11	22	* TS/P
Não	28	56	36	72	39	78	
TOTAL	50	100	50	100	50	100	

Para uma melhor compreensão da influência das variáveis familiares estudadas até agora, resolvemos criar uma nova variável, chamada LAR DESFEITO. Utilizamos 03 critérios para tal. Pelo primeiro critério, LAR DESFEITO foi definido como lar em que ocorreu a morte ou separação de um ou ambos os pais nos primeiros cinco anos de vida do sujeito. A distribuição, segundo esse critério encontra-se na Tabela 57, em que verificamos que essa situação ocorre em 22% de sujeitos do grupo TS. Essa proporção é significativamente maior que a dos grupos N e P.

Um segundo critério para LAR DESFEITO, foi que tivesse ocorrido morte ou separação de pais nos primeiros 15 anos de vida do sujeito, e /ou prisão de um ou ambos. Por este critério (Tabela 58), quase metade (44%) dos indivíduos que tentaram suicídio provinham de lares desfeitos, proporção maior que a dos outros dois grupos. A diferença foi significativa em relação ao grupo P.

O terceiro critério usado, foi definir LAR DESFEITO como situações em que havia ocorrido morte ou separação de pais nos primeiros 15 anos de vida do sujeito, e/ou prisão de um ou ambos os pais, e/ou doença física incapacitante e/ou doença mental, e/ou alcoolismo em um ou ambos os pais, conforme os critérios definidos para essas variáveis. Neste caso (Tabela 59), a incidência de lares desfeitos subiu para 74% no grupo TS, diferença altamente significativa em relação aos grupos N e P.

TABELA 59 - DISTRIBUIÇÃO DE LARES DESFEITOS NOS GRUPOS DE CASOS (TS) E CONTROLES (N e P), CAMPINAS, 1980.
(CRITÉRIO 3 - MORTE OU SEPARAÇÃO DOS PAIS ENTRE ZERO A 15 ANOS DE IDADE - PRISÃO DE ALGUM PAI - DOENÇA FÍSICA INCAPACITANTE, MENTAL E/OU ALCOOLISMO EM ALGUM PAI).

lar desf.	grupos						dif.:
	TS		N		P		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Sim	37	74	21	42	20	40	** TS/N; ***TS/P
Não	13	26	29	58	30	60	
TOTAL	50	100	50	100	50	100	

Tivemos também a idéia de utilizar um quarto critério, em que incluiríamos - além dos itens do critério 3, o mau relacionamento entre os pais. No entanto, verificamos que todos os casos (com exceção de um) em que se referia mau relacionamento entre os pais, já estavam incluídos no critério 3.

Quanto à PERCEPÇÃO DO PAPEL PATERNO pelos sujeitos (Tabela 60) verificamos uma alta proporção de pais considerados fracos, no grupo TS, significativamente superior ao grupo N. E, uma maior proporção de pais autoritários no grupo "normal". Os pais equilibrados se apresentavam um pouco mais no grupo P. No referente à PERCEPÇÃO DO PAPEL MATERNO (Tabela 61), há predominância de mães sentidas como autoritárias no grupo TS, significativamente maior que no grupo N. E, uma maior proporção de mães equili-

bradas na população normal, significativamente diferente do grupo TS. O grupo P comportou-se de maneira intermediária ao TS e N, nesses casos. Quanto a mãe fraca, a incidência foi aproximadamente a mesma nos três grupos.

TABELA 60 - DISTRIBUIÇÃO DA PERCEPÇÃO DO PAPEL PATERNO PELOS SUJEITOS DOS GRUPOS DE CASOS (TS) E CONTROLES (N e P)+, CAMPINAS, 1980.

grupos pai	TS		N		P		dif.:
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Autoritário	10	21,7	19	43,2	12	24,5	* N/TS
Equilibrado	18	39,1	19	43,2	25	51,0	
Fraco	18	39,1	6	13,6	12	24,5	** TS/N
TOTAL	46	100	44	100	49	100	

+ não souberam informar 4,6 e 1 sujeitos, respectivamente dos grupos TS, N e P.

TABELA 61 - DISTRIBUIÇÃO DA PERCEPÇÃO DO PAPEL MATERNO PELOS SUJEITOS DOS GRUPOS DE CASOS (TS) E CONTROLES (N e P)+, CAMPINAS, 1980.

grupos mãe	TS		N		P		dif.:
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Autoritãria	16	34,0	6	12,5	12	25,0	* TS/N
Equilibrada	21	44,7	34	70,8	26	54,2	** N/TS
Fraca	10	21,3	8	16,7	10	20,8	
TOTAL	47	100	48	100	48	100	

+ não souberam informar 3, 2 e 2 sujeitos, respectivamente dos grupos TS, N e P.

TABELA 62 - DISTRIBUIÇÃO DA PERCEPÇÃO DO PAPEL MATERNO EM SUJEITOS COM PAI "AUTORITÁRIO" NOS GRUPOS DE CASOS (TS) E CONTROLES (N e P), CAMPINAS, 1980.

grupos mãe	PAI AUTORITÁRIO					
	TS		N		P	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Autoritária	3	30	4	21,1	2	16,7
Equilibrada	6	60	12	63,2	8	66,7
Fraca	-		3	15,8	2	16,7
Não sabe	1	10	-		-	
TOTAL	10	100	19	100	12	100

dif.: n.s.

Interessados em estudar qual a relação entre a percepção do papel paterno e a do papel materno, elaboramos as Tabelas 62, 63 e 64. Na Tabela 62, temos a distribuição da percepção do papel materno em sujeitos com pai sentido como autoritário. Apesar dos números serem pequenos, parece que a maioria sente a mãe como equilibrada, não havendo diferenças significativas entre os grupos. Na Tabela 63 temos a percepção do papel materno em sujeitos que consideram o pai fraco. A distribuição - nos grupos TS e P foi semelhante, entre as mães autoritárias, equilibradas e fracas. No grupo N não houve referência a mãe autoritária, mas devemos lembrar que se trata de grupo com pouquíssimos indivíduos, nesta categoria. Na Tabela 64, temos a percepção do papel materno em sujeitos com pais equilibrados. Houve um número igual de mães equilibradas e autoritárias no grupo TS, sendo que neste caso a diferença era significativa em relação ao grupo N. E, as mães equilibradas se encontraram com maior frequência nos grupos N e P.

As combinações entre as percepções de pai e mãe, podem ser ainda melhor visualizadas na Tabela 65, que mostra quais as combinações mais frequentes para cada grupo (excluídos os indivíduos que não informam).

TABELA 63 - DISTRIBUIÇÃO DA PERCEÇÃO DO PAPEL MATERNO EM SUJEITOS COM PAI "FRACO", NOS GRUPOS DE CASOS (TS) E CONTROLES (N e P), CAMPINAS, 1980.

grupos mãe	PAI FRACO					
	TS		N		P	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Autoritária	5	27,8	-		4	33,3
Equilibrada	6	33,3	4	66,7	4	33,3
Fraca	7	38,9	2	33,3	4	33,3
TOTAL	18	100	6	100	12	100

dif.: n.s.

TABELA 64 - DISTRIBUIÇÃO DO PAPEL MATERNO EM SUJEITOS COM PAI "EQUILIBRADO", NOS GRUPOS DE CASOS (TS) E CONTROLES (N e P), CAMPINAS, 1980.

GRUPOS mãe	PAI EQUILIBRADO						dif.:
	TS		N		P		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Autoritária	8	44,4	1	5,3	6	24,0	* TS/N
Equilibrada	8	44,4	16	84,2	14	56,0	* N/TS
Fraca	2	11,1	2	10,5	4	16,0	
Não sabe	-		-		1	4,0	
TOTAL	18	100	19	100	25	100	

TABELA 65 - DISTRIBUIÇÃO DAS COMBINAÇÕES SOBRE PERCEPÇÕES DO PAPEL DOS PAIS NOS SUJEITOS DOS GRUPOS DE CASOS (TS) E CONTROLES (N e P), POR ORDEM DE FREQUÊNCIA, CAMPINAS, 1980.

grupos percepções	TS		N		P	
	Ord.	%	Ord.	%	Ord.	%
Pai equil. - mãe equil.	1º	17,8	1º	36,3	1º	29,2
Pai equil. - mãe autor.	1º	17,8	6º	2,3	3º	12,5
Pai fraco - mãe fraca	2º	15,5	5º	4,5	4º	8,3
Pai fraco - mãe equil.	3º	13,3	3º	9,1	4º	8,3
Pai autor. - mãe equil.	3º	13,3	2º	27,3	2º	16,7
Pai fraco - mãe autor.	4º	11,1	7º	-	4º	8,3
Pai autor. - mãe autor.	5º	6,7	3º	9,1	5º	4,2
Pai equil. - mãe fraca	6º	4,4	5º	4,5	4º	8,3
Pai autor. - mãe fraca	7º	-	4º	6,8	5º	4,2
TOTAL		100		100		100

Nessa Tabela, verificamos que a combinação mais frequente é sempre pai e mãe equilibrados, mas essa proporção é bem menor no grupo TS. Pais equilibrados ou autoritários e mães equilibradas predominam no grupo de pessoas "normais" e psiquiátricas. Já pais e mães fracos se apresentam em proporção alta no grupo TS, e ocupam os últimos lugares nos outros dois grupos.

Quanto ao RELACIONAMENTO ENTRE OS PAIS (Tabela 66) encontramos uma proporção significativamente maior de mau relacionamento entre os pais de sujeitos do grupo TS em relação aos outros dois grupos. Quanto a RELACIONAMENTO COM O PAI (Tabela 67) também no grupo TS predomina um mau relacionamento entre o sujeito e seu pai, se bem que no grupo psiquiátrico essa proporção também é razoável. Quanto ao RELACIONAMENTO COM A MÃE, (Tabela 68) a situação é semelhante, com o grupo TS exibindo a maior proporção de maus relacionamentos, mais ou menos a mesma que em relação ao pai.

TABELA 66 - DISTRIBUIÇÃO QUANTO A RELACIONAMENTO ENTRE OS PAIS DE SUJEITOS DOS GRUPOS (TS) E CONTROLES (N e P)⁺, CAMPINAS, 1980.

relaciona/ grupos	TS		N		P		dif.:
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Mau	15	30,6	5	10,6	4	8	*TS/N; **TS/P
Regular	3	6,1	5	10,6	13	26	**P/TS
Bom	31	63,3	37	78,7	33	66	
TOTAL	49	100	47	100	50	100	

+ 1 e 3 sujeitos, respectivamente dos grupos TS e N, não souberam informar

TABELA 67 - DISTRIBUIÇÃO QUANTO A RELACIONAMENTO COM O PAI DOS SUJEITOS DOS GRUPOS DE CASOS (TS) E CONTROLES (N e P)⁺, CAMPINAS, 1980.

relaciona/ grupos	TS		N		P		dif.:
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Mau	13	28,3	1	2,3	8	16,3	***TS/N
Regular=Bom	33	71,7	43	97,7	41	83,7	
TOTAL	46	100	44	100	49	100	

+ 4, 6 e 1 sujeitos, respectivamente dos grupos TS, N e P não puderam informar.

TABELA 68 - DISTRIBUIÇÃO QUANTO AO RELACIONAMENTO COM A MÃE DOS SUJEITOS DOS GRUPOS DE CASOS (TS) E CONTROLES (N e P)⁺, CAMPINAS, 1980.

relaciona/ grupos	TS		N		P		dif.:
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Mau	14	29,8	6	12,5	7	14,6	*TS/N
Regular-Bom	33	70,2	42	87,5	41	85,4	
TOTAL	47	100	48	100	48	100	

+ 3,2 e 2 sujeitos, respectivamente dos grupos TS, N e P, não puderam informar

No referente a DOENÇAS DOS IRMÃOS (Tabela 69), verificamos que a sua incidência é bem maior no grupo TS. O alcoolismo predomina, com diferença significativa em relação aos outros grupos. E, quase 1/5 do total de sujeitos desse grupo, sofre de doenças físicas e mentais.

TABELA 69 - DISTRIBUIÇÃO QUANTO A DOENÇAS NOS IRMÃOS DOS SUJEITOS DOS GRUPOS DE CASOS (TS) E CONTROLES (N e P), CAMPINAS, 1980.

doença grupos	TS		N		P		dif.:
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Física Incapac.	4	8,2	1	2	-	-	
Mental	5	10,2	1	2	3	6,3	
Alcoolismo	7	14,3	-	-	1	2,1	** TS/N; *TS/P
Não	33	67,3	48	96	44	91,7	*** N/TS; *P/TS
TOTAL	49	100	50	100	48	100	

TABELA 70 - DISTRIBUIÇÃO QUANTO A IRMÃOS MORTOS DE SUJEITOS DOS GRUPOS DE CASOS (TS) E CONTROLES (N e P), CAMPINAS, 1980.

irm.mortos \ grupos	TS		N		P	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Antes nascimento	2	4,1	2	4	1	2
Após nascimento	8	16,3	10	20	14	28
Antes e Após nasc.	2	4,1	2	4	1	2
Todos vivos	37	75,5	36	72	34	68
TOTAL	49	100	50	100	50	100

dif.: n.s.

Já o número de IRMÃOS MORTOS (Tabela 70), não mostrou diferença apreciável entre os três grupos, se bem que exista uma proporção algo maior de perdas após o nascimento do sujeito do grupo P.

TABELA 71 - DISTRIBUIÇÃO QUANTO AO RELACIONAMENTO COM OS IRMÃOS DE SUJEITOS DOS GRUPOS DE CASOS (TS) E CONTROLES (N e P), CAMPINAS, 1980.

relaciona/ \ grupos	TS		N		P		dif.:
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Mau	11	22,4	-		3	6,3	***TS/N;*TS/P
Regular-Bom	38	77,6	50	100	45	93,8	
TOTAL	49	100	50	100	48	100	

O RELACIONAMENTO ENTRE OS IRMÃOS (Tabela 71) segue o mesmo padrão das Tabelas relativas a relacionamento com os outros parentes. O grupo TS apresenta um relacionamento significativamente pior, com seus irmãos, que os outros dois grupos.

TABELA 72 - DISTRIBUIÇÃO QUANTO A DOENÇAS DO CÔNJUGE DE SUJEITOS DOS GRUPOS DE CASOS (TS) E CONTROLES (N e P), CAMPINAS, 1980.

doença \ grupos	TS		N		P	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Física incapac.	-		-		1	11,1
Mental	2	9,5	-		-	
Alcoolismo	1	4,8	-		-	
Mental + Alcool	1	4,8	-		-	
Não	17	81,0	12	100	8	88,9
TOTAL	21	100	12	100	9	100

dif.: n.s.

Quanto a DOENÇAS DO CÔNJUGE (Tabela 72) existe uma pequena superioridade para o grupo TS, mas não significativa.

TABELA 73 - DISTRIBUIÇÃO QUANTO AO RELACIONAMENTO COM O CÔNJUGE DE SUJEITOS DOS GRUPOS DE CASOS (TS) E CONTROLES (N e P), CAMPINAS, 1980.

relaciona/ grupos	TS		N		P		dif.:
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Mau	11	53,4	1	8,3	1	11,1	*TS/N e TS/P
Regular-Bom	10	47,6	11	91,7	8	88,9	
TOTAL	21	100	12	100	9	100	

Quanto ao RELACIONAMENTO COM O CÔNJUGE (Tabela 73), novamente o grupo TS apresenta o pior, de forma significativa.

TABELA 74 - DISTRIBUIÇÃO QUANTO A DOENÇAS E MORTES DE FILHOS DOS SUJEITOS DOS GRUPOS DE CASOS (TS) E CONTROLES (N e P), CAMPINAS, 1980.

doenças \ grupos	TS		N		P		dif.:
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Há doença grave	1	5,6	-	-	-	-	
Vivos c/saud.e mort.	4	22,2	1	12,5	1	14,3	
Todos mortos	2	11,1	-	-	-	-	
Todos vivos c/saúde	11	61,1	7	87,5	6	85,7	
TOTAL	18	100	8	100	7	100	

dif.: n.s.

Quanto a DOENÇAS E MORTES DE FILHOS (Tabela 74), os números são pequenos para permitir comparações detalhadas. As diferenças verificadas não são significativas, a despeito do grupo TS apresentar um número maior de filhos mortos.

TABELA 75 - DISTRIBUIÇÃO POR ENVOLVIMENTO COM POLÍCIA E JUSTIÇA DE FAMILIARES DOS SUJEITOS DOS GRUPOS DE CASOS (TS) E CONTROLES (N e P), CAMPINAS, 1980.

problemas \ grupos	TS		N		P		dif.:
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Pais, sem prisão	6	12	1	2	1	2	* TS/N
Irmão, sem prisão	-	-	-	-	3	6	
Pais e irmãos,s/Pr.	1	2	-	-	-	-	
Pais c/prisão	4	8	-	-	2	4	* TS/N
Irmãos c/prisão	3	6	2	4	4	8	
Pais/irmãos c/Pris.	2	4	-	-	-	-	
Não	34	68	47	94	40	80	***N/TS;*N/P
TOTAL	50	100	50	100	50	100	

Quanto ao ENVOLVIMENTO DA FAMÍLIA COM A POLÍCIA E A JUSTIÇA (Tabela 75), o grupo TS superou significativamente os outros dois. A diferença entre os grupos TS e N foi tanto para as situações sem prisão, como com prisão. Houve também uma incidência razoável desse tipo de problema nas famílias do grupo P, mas menor que no TS.

5 . ANTECEDENTES SUICIDAS E PERDAS

Quanto a TENTATIVAS DE SUICÍDIO ANTERIORES (Tabela 76), esse foi um critério de exclusão para os grupos N e P. Verificamos que praticamente metade dos sujeitos do grupo TS, já havia efetuado o ato pelo menos uma vez. E, mais de 1/3 dos indivíduos - repetidores tinham três ou mais tentativas anteriores.

TABELA 76 - DISTRIBUIÇÃO POR NÚMERO DE TENTATIVAS DE SUICÍDIO ANTERIORES, NOS GRUPOS DE CASOS (TS) E CONTROLES (N e P), CAMPINAS, 1980.

Nº tentat.	grupos		TS		N		P	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
01	14	28	-	-	-	-	-	-
02	1	2	-	-	-	-	-	-
03 e mais	9	18	-	-	-	-	-	-
Não	26	52	50	100	50	100	50	100
TOTAL	50	100	50	100	50	100	50	100

TABELA 77 - DISTRIBUIÇÃO POR TENTATIVAS DE SUICÍDIO NA FAMÍLIA PRÓXIMA DE SUJEITOS DOS GRUPOS DE CASOS (TS) E CONTROLES (N e P), CAMPINAS, 1980.

família	grupos		TS		N		P		dif.:
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Pai	5	10	-	-	-	-	1	2	*** TS/N ; ** TS/P
Mãe	2	4	-	-	-	-	-		
Irmãos	6	12	1	2	3	6			
Pais e irmãos	3	6	2	4	1	2			
Não	34	68	47	94	45	90			
TOTAL	50	100	50	100	50	100	50	100	

Quanto a TENTATIVAS DE SUICÍDIO NA FAMÍLIA (Tabela 77), as encontramos em 32% no grupo TS, 6% no grupo N e 10% no grupo P; a diferença é significativamente maior no grupo TS em relação a ambos os controles. A distribuição pelos parentes se assemelha, com talvez uma incidência maior no pai e na mãe.

TABELA 78 - DISTRIBUIÇÃO DE TENTATIVA DE SUICÍDIO EM PARENTES NÃO PRÓXIMOS E CONHECIDOS DE SUJEITOS DOS GRUPOS DE CASOS (TS) E CONTROLES (N e P), CAMPINAS, 1980.

grupos pessoas	TS		N		P		dif.:
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Parentes	4	8	1	2	2	4	} ** TS/N
Conhecidos	8	16	-	-	3	6	
Ambos	-	-	-	-	1	2	
Não	38	76	49	98	44	88	
TOTAL	50	100	50	100	50	100	

Quanto a TENTATIVAS DE SUICÍDIO EM OUTRAS PESSOAS (Tabela 78), incluindo parentes não próximos e conhecidos, a incidência é também maior no grupo TS em relação aos outros dois, mas significativa somente em relação ao grupo N.

TABELA 79 - DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE TENTATIVAS DE SUICÍDIO NO AMBIENTE DO SUJEITO DOS GRUPOS DE CASOS (TS) E CONTROLES (N e P), CAMPINAS, 1980.

grupos número	TS		N		P		dif.:
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
01	14	28	1	2	6	12	} ***TS/N; **TS/P * P/N
02 ou 03	11	22	3	6	5	10	
04 a 06	1	2	-	-	-	-	
Nenhuma	24	48	46	82	39	78	
TOTAL	50	100	50	100	50	100	

Quanto ao TOTAL DE NÚMERO DE TENTATIVAS DE SUICÍDIO NO AMBIENTE (Tabela 79) os três grupos, a incidência é significativamente superior no grupo TS. Quase a meta e dos sujeitos tinham vivenciado mais de uma tentativa de suicídio em seu ambiente. O grupo P apresentou uma incidência intermediária, significativamente maior que o N.

TABELA 80 - DISTRIBUIÇÃO DE SUICÍDIOS EM PARENTES E CONHECIDOS DE SUJEITOS DOS GRUPOS DE CASOS (TS) E CONTROLES (N e P), CAMPINAS, 1980.

grupos pessoas	TS		N		P		dif.:
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Pai	1	2	-	-	1	2	*TS/N e TS/P
Mãe	1	2	-	-	-	-	
Irmão	1	2	-	-	-	-	
Outros parentes	7	14	5	10	3	6	
Conhecidos	6	12	2	4	4	8	
Outros par.+conhec.	2	4	-	-	-	-	
Não	32	64	43	86	42	84	
TOTAL	50	100	50	100	50	100	

Quanto aos SUICÍDIOS NO AMBIENTE (Tabela 80), eles aparecem em 36% dos indivíduos do grupo TS, 14% do grupo N e 16% do grupo P. A diferença é significativa em favor do grupo TS, em relação a ambos os grupos controle.

TABELA 81 - DISTRIBUIÇÃO DA PERDA DE PESSOA QUERIDA POR MORTE, ATÉ HÁ 1 ANO ATRÁS, NOS GRUPOS DE CASOS (TS) E CONTROLES (N e P), CAMPINAS, 1980.

grupos morte	TS		M		P		dif.:
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Sim	13	26	8	16	3	6	** TS/P
Não	37	74	42	84	47	94	
TOTAL	50	100	50	100	50	100	

Visando estudar os lutos recentes, para verificar sua provável influência nos sujeitos, analisamos a PERDA DE PESSOA QUERIDA, parente ou não, por morte, no último ano (Tabela 81). A incidência desse tipo de perda é maior no grupo TS, mas a diferença somente é significativa em relação ao grupo P.

TABELA 82 - DISTRIBUIÇÃO QUANTO À PRESENÇA DE PROBLEMAS SÉRIOS NO ANO ANTERIOR, NOS GRUPOS DE CASOS (TS) E CONTROLES (N e P), CAMPINAS, 1980.

problemas \ grupos	TS		N		P		dif.:
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
	São perda amorosa	8	16	4	8	11	
São na escola	-		3	6	2	4	
São no trabalho	-		2	4	1	2	
Com pais + irmãos	3	6	5	10	7	14	
Amorosa + pais	7	14	-		2	4	
+ de 3 combinações	32	64	6	12	7	14	**TS/N; *TS/P
Não	-		30	60	20	40	***N/TS e P/TS; * N/P
TOTAL	50	100	50	100	50	100	

Outras perdas são analisadas na Tabela 82, que relata também os problemas havidos no último ano. Todos os pacientes do grupo TS referiram problemas, contra 20% do grupo N e 30% do grupo P. A grande maioria apresentava problemas em três ou mais áreas (64%), predominando problemas com pais, amigos ou parceiros sexuais.

6 . IMPRESSÕES DIAGNÓSTICAS

A primeira impressão diagnóstica é apresentada na Tabela 83. A grande maioria dos pacientes rotulados de "neurose" apresentavam sintomas de depressão. A "psicopatia" engloba casos em que há um predomínio da impulsividade, que acarreta problemas sociais ao indivíduo, não significando necessariamente que se trate de psicopatia - doença. Os casos de psicose do grupo TS, assim como os do grupo P, apresentavam idéias delirantes. Nos dois casos de psicose do grupo TS, a personalidade se assemelhava às psicopatias.

TABELA 83 - DISTRIBUIÇÃO POR 1ª IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA DOS SUJEITOS DOS GRUPOS "TENTATIVA DE SUICÍDIO" E "PSIQUIÁTRICO", CAMPINAS, 1980.

grupo diagnóstico	TS		P		dif.:
	Nº	%	Nº	%	
Neurose	38	76	32	64	
Psicose	2	4	8	16	* P/TS
Psicopatia	8	16	2	4	* TS/P
Alcoolismo	2	4	1	2	
Dist.Psicofisiol.	-		4	8	
Homossexual	-		1	2	
Sínd.difus. person	-		2	4	
TOTAL	50	100	50	100	

7 . ESTUDO PARTICULAR DE LAR DESFEITO EM INDIVÍDUOS QUE TENTARAM SUICÍDIO

Visando entender melhor qual o papel desempenhado pela LAR DESFEITO, uma das variáveis que melhor diferenciou o grupo TS dos outros dois, resolvemos comparar indivíduos que tentaram suicídio com e sem lar desfeito.

Utilizamos o critério 03, isto é, LAR DESFEITO inclui as famílias em que houve morte ou separação dos pais, até a idade do sujeito alcançar 15 anos, e/ou prisão de um ou ambos os pais, e/ou doenças física, e/ou mental, e/ou alcoolismo. Comparamos pacientes com lar desfeito e sem lar desfeito, em relação a algumas variáveis que apresentaram alta incidência no grupo TS.

Quanto a DOENÇAS E ACIDENTES, (Tabela 84), não encontramos diferenças significativas entre os indivíduos com ou sem lar desfeito.

TABELA 84 - ANTECEDENTES DE DOENÇAS E ACIDENTES EM SUJEITOS QUE TENTARAM SUICÍDIO, COM E SEM LAR DESFEITO, CAMPINAS, 1980.

doenças + acidentes	SIM		NÃO		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	
Sim	23	62,2	8	61,5	31
Não	14	37,8	5	38,5	19
TOTAL	37	100	13	100	50

dif.: n.s.

TABELA 85 - TENTATIVAS DE SUICÍDIO ANTERIORES EM SUJEITOS QUE TENTARAM SUICÍDIO, COM E SEM LAR DESFEITO, CAMPINAS, 1980.

tent.ant.	SIM		NÃO		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	
Sim	19	51,4	5	38,5	24
Não	18	48,6	8	61,5	26
TOTAL	37	100	13	100	50

dif.: n.s.

TABELA 86 - TENTATIVA DE SUICÍDIO NO AMBIENTE DE SUJEITOS QUE TENTARAM SUICÍDIO, COM E SEM LAR DESFEITO, CAMPINAS, 1980.

TS ambiente	SIM		NÃO		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	
Sim	21	56,8	5	38,5	26
Não	16	43,2	8	61,5	24
TOTAL	37	100	13	100	50

dif.: n.s.

TABELA 87 - SUICÍDIOS NO AMBIENTE DOS SUJEITOS QUE TENTARAM SUICÍDIO, COM E SEM LAR DESFEITO, CAMPINAS, 1980.

lar desf. suc.amb.	SIM		NÃO		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	
Sim	15	40,5	3	23,1	18
Não	22	59,5	10	76,9	32
TOTAL	37	100	13	100	50

dif.: n.s.

O mesmo ocorre em relação a TENTATIVAS DE SUICÍDIO ANTERIORES (Tabela 85), - TENTATIVAS DE SUICÍDIO NO AMBIENTE (Tabela 86) e SUICÍDIOS NO AMBIENTE (Tabela 87), se bem que a incidência seja maior no grupo com lares desfeitos.

TABELA 88 - PROBLEMAS COM A POLÍCIA E JUSTIÇA DE FAMÍLIAS DE SUJEITOS QUE TENTARAM SUICÍDIO, COM E SEM LAR DESFEITO, CAMPINAS, 1980.

lar desf. problemas	SIM		NÃO		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	
Sim	16	43,2	-		16
Não	21	56,8	13	100	34
TOTAL	37	100	13	100	50

dif.: *

Já no referente a PROBLEMAS COM A POLÍCIA E JUSTIÇA (Tabela 88) das famílias - lesfeitas e não desfeitas, a incidência é significativamente maior no caso de famílias lesfeitas.

TABELA 89 - ANTECEDENTES DE PROBLEMAS EM GERAL (BRIGAS, COM POLÍCIA, NA ESCOLA, NO TRABALHO) EM SUJEITOS QUE TENTARAM SUICÍDIO, COM E SEM LAR DESFEITO, CAMPINAS, 1980.

lar desf. problemas	SIM		NÃO		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	
Sim	26	70,3	6	46,2	32
Não	11	29,7	7	53,8	18
TOTAL	37	100	13	100	50

dif.: n.s.

Quanto a PROBLEMAS EM GERAL (Tabela 89) (brigas, com a polícia, na escola e no trabalho), os sujeitos com lares desfeitos apresentaram uma incidência maior, mas não significativa.

TABELA 90 - MIGRAÇÕES EM SUJEITOS QUE TENTARAM SUICÍDIO, COM E SEM LAR DESFEITO, CAMPINAS, 1980.

lar desf. Nº migrações	SIM		NÃO		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	
0 e 1	13	35,1	5	38,5	18
2 e +	24	64,9	8	61,5	32
TOTAL	37	100	13	100	50

dif.: n.s.

Quanto a MIGRAÇÕES (Tabela 90), não houve diferenças entre os dois grupos. Em relação a GRAVIDEZ EM SOLTEIRO/A (Tabela 91), a incidência foi maior nas pessoas provenientes de lares desfeitos, mas a diferença não foi estatisticamente significativa.

TABELA 91 - GRAVIDEZ EM SOLTEIRO/A EM SUJEITOS QUE TENTARAM SUICÍDIO, COM E SEM LAR DESFEITO, CAMPINAS, 1980.

lar desf. gravidez	SIM		NÃO		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	
Sim	14	37,8	2	15,4	16
Não	23	62,2	11	84,6	34
TOTAL	37	100	13	100	50

dif.: n.s.

TABELA 92 - IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA DE PACIENTES QUE TENTARAM SUICÍDIO, COM E SEM LAR DESFEITO, CAMPINAS, 1980.

lar desf. diagnóstico	SIM		NÃO		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	
Neurose	28	75,7	10	76,9	38
Outros	9	24,3	3	23,1	12
TOTAL	37	100	13	100	50

dif.: n.s.

TABELA 93 - MORTES NO ANO ANTERIOR, NO AMBIENTE DE PACIENTES QUE TENTARAM SUICÍDIO, COM E SEM LAR DESFEITO, CAMPINAS, 1980.

lar desf. mortes	SIM		NÃO		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	
Sim	9	24,3	4	30,8	13
Não	28	15,7	9	69,2	37
TOTAL	37	100	13	100	50

dif.: n.s.

Quanto à IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA (Tabela 92) tampouco se encontraram diferenças entre pessoas provenientes de lares desfeitos e não desfeitos. O mesmo ocorreu em relação a MORTES NO ANO ANTERIOR NO AMBIENTE (Tabela 93).

8 . DESCRIÇÃO E QUANTIFICAÇÃO DA TENTATIVA

Quanto ao DIA DA SEMANA (Tabela 94), a incidência predominante foi no sábado, seguindo-se os dias do meio da semana.

TABELA 94 - DISTRIBUIÇÃO DAS TENTATIVAS DE SUICÍDIO POR DIA DA SEMANA, CAMPINAS, 1980.

DIA	2º	3º	4º	5º	6º	Sab.	Dom.	TOTAL
Nº	4	5	7	8	7	13	6	50
%	8	10	14	16	14	26	12	100

TABELA 95 - DISTRIBUIÇÃO DAS TENTATIVAS DE SUICÍDIO POR FAIXA HORÁRIA, CAMPINAS, 1980.

HORA	2-6	6-10	10-14	14-18	18-22	22-2	TOTAL
Nº	2	3	14	8	12	11	50
%	4	6	28	16	24	22	100

Quanto ao HORÁRIO predominante (Tabela 95) parece haver um pico entre o fim da manhã e início da tarde. A incidência é também alta no período noturno.

TABELA 96 - DISTRIBUIÇÃO DAS TENTATIVAS DE SUICÍDIO POR MOTIVO PREDOMINANTE DECLARADO PELO SUJEITO, CAMPINAS, 1980.

MOTIVO	Nº	%
Probl. c/parceiro (namorado,conjuge, etc.)	24	48
Probl. c/família de origem (pais, irmãos, etc.)	24	48
Não sabe	2	4
TOTAL	50	100

Quanto ao MOTIVO predominante declarado (Tabela 96), empatam os problemas com o parceiro sexual e os problemas com a família de origem. No entanto, a análise detalhada das histórias clínicas (v. capítulo V) demonstra que quase sempre há problemas em várias áreas.

TABELA 97 - TENTATIVAS DE SUICÍDIO QUANTO AO MÉTODO UTILIZADO, CAMPINAS, 1980.

MÉTODO	Nº	%
Ingestão de medicamentos	38	76
Ingestão de outros produtos	4	8
Cortes	3	6
Medicamentos + cortes	3	6
Arma de fogo	1	2
Pular de altura	1	2
TOTAL	50	100

O MÉTODO UTILIZADO (Tabela 97) para a tentativa foi predominantemente a ingestão de substâncias, principalmente aquelas usadas como medicamentos. 24% dos pacientes - ingeriram BEBIDAS ALCOÓLICAS pouco antes ou durante o ato suicida (Tabela 98), meta-

de deles para potencializar o método usado, e a outra metade para criar coragem, ou outros motivos.

TABELA 98 - TENTATIVAS DE SUICÍDIO QUANTO AO USO DE BEBIDA ALCOÓLICA DURANTE O ATO, CAMPINAS, 1980.

USO DE ALCOOL	Nº	%
Não	38	76
Usado suficiente para estar confuso durante o ato	6	12
Usado para potencializar o método usado	6	12
TOTAL	50	100

TABELA 99 - PROCURA DE AJUDA, NOS ÚLTIMOS 3 MESES, VISANDO SOLUCIONAR O PROBLEMA PRINCIPAL, POR PARTE DOS SUJEITOS QUE TENTARAM SUICÍDIO, CAMPINAS, 1980.

PEDIDO DE AJUDA	Nº	%
Não	18	36
A amigos e/ou parentes	27	54
Também ajuda profissional	3	6
Não tinham problemas explícitos	2	4
TOTAL	50	100

Quanto a PROCURA DE AJUDA (Tabela 99), nos últimos 3 meses, visando solucionar o problema principal, verificamos que 60% dos indivíduos o fizeram, principalmente a amigos e/ou parentes. Poucos procuraram ajuda profissional.

TABELA 100 - REAÇÃO AO ATO DE SUJEITOS QUE TENTARAM SUICÍDIO, APÓS O SOCORRO, CAMPINAS, 1980.

REAÇÃO	Nº	%
Desculpa-se, arrependido	19	38
Indiferente	18	36
Triste por ainda estar vivo	13	26
TOTAL	50	100

TABELA 101 - VISUALIZAÇÃO DA MORTE POR SUJEITOS QUE TENTARAM SUICÍDIO, CAMPINAS, 1980.

VISUALIZAÇÃO	Nº	%
Vida após a morte, reunião	10	20
Trevas, sono sem fim	13	26
Não sabe, não é visualizado	27	54
TOTAL	50	100

Quanto à REAÇÃO AO ATO (Tabela 100) mais ou menos a mesma proporção mostrava-se arrependido ou indiferente. Mas, 1/4 dos pacientes demonstravam estar tristes ou magoados porque o ato não dera resultado. Quanto à VISUALIZAÇÃO DA MORTE (Tabela 101), mais de metade dos pacientes não souberam responder; 20% acreditavam na vida após a morte, e 26% viam a morte como sono sem fim, trevas.

Quanto à RELAÇÃO DO ATO COM PERÍODO MENSTRUAL E PRÉ-MENSTRUAL (Tabela 102), questão que foi indagada a apenas 24 indivíduos do sexo feminino, encontramos uma proporção semelhante de referência a relação e não relação. Em dois casos, havia atraso menstrual, e, possibilidade de gravidez, na ocasião do ato.

TABELA 102 - DISTRIBUIÇÃO DOS SUJEITOS QUE TENTARAM SUICÍDIO EM RELAÇÃO A PERÍODO PRÉ-MENSTRUAL E MENSTRUAL, CAMPINAS, 1980.

PRÉ-MENSTRUAL E MENSTRUAL	Nº	%
Sim	11	45,8
Não	11	45,8
Não se aplica	2	8,3
TOTAL	24	100

TABELA 103 - DISTRIBUIÇÃO DOS SUJEITOS QUE TENTARAM SUICÍDIO PELO TIPO DE CONDUTA TOMADA PELO ENTREVISTADOR (ENCAMINHAMENTO), CAMPINAS, 1980.

ENCAMINHAMENTO	Nº	%
Consultar quando quiser	6	12
Marcar consulta	31	62
Consulta urgente	12	24
Internação	1	2
TOTAL	50	100

Na Tabela 103, mostramos a conduta que tomamos após a entrevista. Apenas 12% dos casos nos pareciam com possibilidade de recuperação sem ajuda psicológica imediata: -a esses casos, sugerimos que procurassem ajuda no futuro. Em 62% dos casos insistimos para que o paciente procurasse ajuda logo, e marcasse uma consulta. Em 24% dos casos, a situação era suficientemente grave para que nós mesmos medicássemos o paciente e/ou iniciássemos um trabalho psicoterápico durante a entrevista. A esses pacientes marcamos consulta em poucos dias. Em alguns casos colocamos o nosso telefone à disposição, e tivemos três chamados em situações relativamente graves, um do próprio paciente, e dois de parentes.

Em um caso, a paciente se encontrava suficientemente deprimida e com conflitos tão intensos que a internação foi a conduta mais adequada.

No anexo 3, apresentamos as respostas às questões que constituem o ÍNDICE DE INTENCIONALIDADE SUICIDA (IIS) e o ÍNDICE DE LETALIDADE (IL).

Os escores de cada caso, para esse ÍNDICES, são apresentados no anexo 4, juntamente com os ÍNDICES das escalas de sintomas.

9 . DESCRIÇÃO E QUANTIFICAÇÃO DOS SINTOMAS DOS TRÊS GRUPOS

No anexo 4, são apresentados os escores de cada indivíduo, dos três grupos, - obtidos através do IPS e das subescalas DEPRESSÃO (DEP), ANSIEDADE (ANSI), SAÚDE GERAL (SG), ESTADO EMOCIONAL (EMO) e PROJEÇÃO SUICIDA (PSU). No anexo 3 damos a distribuição das respostas dos três grupos às 35 questões do ÍNDICE DO POTENCIAL SUICIDA (IPS).

10 . COMPARAÇÃO DAS ESCALAS DE SINTOMAS NOS TRÊS GRUPOS

Nesta seção, analisaremos o IPS e as subescalas, em termos de seus escores médios que são apresentados na Tabela 104.

Para verificar se os indivíduos dos três grupos provinham da mesma população ou de populações diferentes, em relação aos sintomas medidos pelas escalas, usamos o teste não paramétrico, para amostras independentes, de MANN WHITNEY. O grau de significância das diferenças obtidas se encontra também na Tabela 104. Verificamos que para a escala que mede o IPS, e para as subescalas DEPRESSÃO, ANSIEDADE e ESTADO EMOCIONAL, as diferenças são altamente significativas para os três grupos. Já SAÚDE GERAL, só discrimina os grupos TS e P, em relação ao N, mas não discrimina entre os dois. - PROJEÇÃO SUICIDA discrimina entre TS e os outros dois grupos, mas não discrimina entre o grupo "normal" e o psiquiátrico.

Na Tabela 105, calculamos os coeficientes de correlação de SPEARMAN para as escalas, apenas para o grupo TS. O ÍNDICE DE POTENCIALIDADE SUICIDA (IPS) se correlaciona de maneira significativa com as suas subescalas. Existe também uma correlação significativa entre potencialidade (IPS) e intencionalidade (IIS). No entan-

to, em relação à letalidade (IL) não existe correlação. Esta escala, de letalidade não se correlaciona significativamente com nenhuma das outras, exceto a IIS. A intencionalidade demonstra uma correlação positiva com todas as subescalas do IPS, exceto com ansiedade.

TABELA 104 - MÉDIAS (M) E DESVIOS-PADRÃO (S) DOS ESCORES DAS ESCALAS APLICADAS AOS GRUPOS DE CASOS (TS) E CONTROLES (N e P) E DIFERENÇAS ENTRE OS GRUPOS, SEGUNDO O TESTE DE MANN-WHITNEY, CAMPINAS, 1980.

escalas		grupos			diferenças seg. teste de MANN-WHITNEY
		TS	N	P	
Índice de potencialidade (IPS)	M	47,90	11,50	27,12	***TS/N, TS/P e P/N
	S	19,19	10,60	16,68	
Depressão (DEP)	M	23,08	5,94	13,50	***TS/N, TS/P e P/N
	S	8,70	5,99	8,94	
Ansiedade (ANS)	M	6,62	1,24	4,12	***TS/N e P/N; **TS/P
	S	4,06	1,91	3,97	
Saúde Geral (SG)	M	1,54	0,50	1,92	**TS/N; n.s. TS/P ***P/N
	S	1,70	0,84	1,75	
Estado emocional (EEM)	M	13,32	1,61	5,62	***TS/N, TS/P e P/N
	S	7,00	2,26	4,89	
Projeção suicida (PS)	M	3,00	2,04	1,76	**TS/N; ***TS/P n.s. N/P
	S	1,40	1,70	1,60	
Índice de intencionalidade de suicida (IIS)	M	9,68			
	S	5,29			
Índice de letalidade (IL)	M	39,18			
	S	8,07			

11 . DISTRIBUIÇÃO DE ALGUMAS VARIÁVEIS EM DIFERENTES AGRUPAMENTOS DE POTENCIALIDADE E INTENCIONALIDADE SUICIDAS

Com o objetivo de verificar se havia alguma relação entre as variáveis mais comuns encontradas no grupo TS e os diferentes graus de potencialidade suicida (medida pelo IPS) e intencionalidade suicida (medida pelo IIS), analisamos as distribuições que se seguem.

TABELA 105 - COEFICIENTES DE CORRELAÇÃO DE SPEARMAN ENTRE AS ESCALAS APLICADAS AO GRUPO DE CASOS (TENTATIVAS DE SUICÍDIO) E GRAU DE SIGNIFICÂNCIA (QUANTO A SEREM $\neq 0$), CAMPINAS, 1980.

	IPS	IIS	IL	DEP	ANS	SG	EEM	PS
IPS	-							
IIS	0,44 **	-						
IL	0,11 n.s.	0,37 **	-					
DEP	0,88 ***	0,47 **	0,07 n.s.	-				
ANS	0,68 ***	0,28 n.s.	-0,01 n.s.	0,71 ***	-			
SG	0,57 ***	0,33 *	0,21 n.s.	0,52 ***	0,44 **	-		
EEM	0,76 ***	0,39 **	-0,05 n.s.	0,64 ***	0,48 ***	0,37 **	-	
PS	0,42 **	0,32 *	-0,02 n.s.	0,21 n.s.	0,29 *	0,20 n.s.	0,36 **	-

Quanto ao número de MIGRAÇÕES (Tabela 106 e 107), não encontramos diferenças entre os grupos com diferentes potencialidades e intencionalidades.

TABELA 106 - NÚMERO DE MIGRAÇÕES EM SUJEITOS QUE TENTARAM SUICÍDIO POR GRUPOS DE POTENCIALIDADE SUICIDA MEDIDA PELO IPS, CAMPINAS, 1980.

migrações \ IPS	< 40		41 - 60		61 e mais		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
0 ou 01	5	33,3	7	35	6	40	18
02 ou mais	10	66,7	13	65	9	60	32
TOTAL	15	100	20	100	15	100	50

dif.: n.s.

TABELA 107 - DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE MIGRAÇÕES EM SUJEITOS QUE TENTARAM SUICÍDIO POR GRUPOS DE INTENCIONALIDADE - SUICIDA MEDIDA PELO IIS, CAMPINAS, 1980.

IIS migrações	0 → 12		13 → 22		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	
0 ou 01	12	37,5	6	33,3	18
02 ou mais	20	62,5	12	66,6	32
TOTAL	32	100	18	100	50

dif.: n.s.

TABELA 108 - DISTRIBUIÇÃO DE DOENÇAS E/OU ACIDENTES EM SUJEITOS QUE TENTARAM SUICÍDIO POR GRUPOS DE POTENCIALIDADE SUICIDA MEDIDA PELO IPS, CAMPINAS, 1980.

IPS doenças e/ou acidente	← 40		41 → 60		61 e +		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Sim	9	60	12	60	10	66,7	31
Não	6	40	8	40	5	33,3	19
TOTAL	15	100	20	100	15	100	50

dif.: n.s.

Quanto a DOENÇAS E ACIDENTES (Tabelas 108 e 109), não houve diferença em relação à potencialidade. Em relação à intencionalidade houve uma incidência um pouco maior no grupo de menor intencionalidade, mas sem significação.

TABELA 109 - DISTRIBUIÇÃO POR DOENÇAS E/OU ACIDENTES EM SUJEITOS QUE TENTARAM SUICÍDIO, POR GRUPOS DE INTENCIONALIDADE SUICIDA, MEDIDA PELO IIS, CAMPINAS, 1980.

doenças e/ou acidente	IIS		TOTAL		TOTAL
	0 → 12	13 → 22	Nº	%	
Sim	22	68,8	9	50,0	31
Não	10	31,3	9	50,0	19
TOTAL	32	100	18	100	50

dif.: n.s.

TABELA 110 - DISTRIBUIÇÃO DE PROBLEMAS EM GERAL (BRIGAS, COM A POLÍCIA, NA ESCOLA, NO TRABALHO), EM SUJEITOS QUE TENTARAM SUICÍDIO, POR GRUPOS DE POTENCIALIDADE SUICIDA, MEDIDA PELO IPS, CAMPINAS, 1980.

problemas	← 40		41 → 60		61 e mais		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Sim	8	53,3	12	60,0	12	80,0	32
Não	7	46,7	8	40,0	3	20,0	18
TOTAL	15	100	20	100	15	100	50

dif.: n.s.

Quanto a PROBLEMAS EM GERAL (Tabela 110 e 111), houve uma incidência maior nos grupos com maior potencialidade e maior intencionalidade, mas sem significância estatística.

Quanto a GRAVIDEZ EM SOLTEIRO/A (Tabelas 112 e 113), houve uma incidência maior no grupo de maior potencialidade, mas não de forma significativa. Já em relação à intencionalidade, a gravidez em solteiro ocorreu de maneira altamente significativa, em maior proporção, no grupo de maior intencionalidade.

TABELA 111 - DISTRIBUIÇÃO DE PROBLEMAS EM GERAL (BRIGAS, COM A POLÍCIA, NA ESCOLA, NO TRABALHO) EM SUJEITOS QUE TENTARAM SUICÍDIO POR GRUPOS DE INTENCIONALIDADE SUICIDA, MEDIDA PELO IIS, CAMPINAS, 1980.

Problemas \ IIS	0-12		13-22		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	
Sim	19	59,4	13	72,2	32
Não	13	40,6	5	27,8	18
TOTAL	32	100	18	100	50

dif.: n.s.

TABELA 112 - DISTRIBUIÇÃO DE GRAVIDEZ EM SOLTEIRO/A. EM SUJEITOS QUE TENTARAM SUICÍDIO, POR GRUPOS DE POTENCIALIDADE SUICIDA MEDIDA PELO IPS, CAMPINAS, 1980.

Gravidez \ IPS	< 40		41-60		61 e +		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Sim	4	26,7	6	30,0	6	40,0	16
Não	11	73,3	4	70,0	9	60,0	34
TOTAL	15	100	20	100	15	100	50

dif.: n.s.

TABELA 113 - DISTRIBUIÇÃO DE GRAVIDEZ EM SOLTEIRO/A EM SUJEITOS QUE TENTARAM SUICÍDIO, POR GRUPOS DE INTENCIONALIDADE SUICIDA, MEDIDA PELO IIS, CAMPINAS, 1980.

Gravidez \ IIS	0-12		13-22		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	
Sim	6	18,8	10	55,6	16
Não	26	81,3	8	44,4	34
TOTAL	32	100	18	100	50

dif.: **

TABELA 114 - DISTRIBUIÇÃO DE TENTATIVAS ANTERIORES EM SUJEITOS QUE TENTARAM SUICÍDIO, POR GRAU DE POTENCIALIDADE SUICIDA, MEDIDA PELO IPS, CAMPINAS, 1980.

tent. anterior \ IPS	< 40		41 → 60		61 e mais		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
	Sim	7	46,7	6	30	11	
Não	8	53,3	14	70	4	26,7	26
TOTAL	15	100	20	100	15	100	50

dif.: * 61 e mais/0 → 60

TABELA 115 - DISTRIBUIÇÃO DE TENTATIVAS ANTERIORES EM SUJEITOS QUE TENTARAM SUICÍDIO, POR GRAU DE INTENCIONALIDADE SUICIDA, MEDIDA PELO IIS, CAMPINAS, 1980.

tent. anterior \ IIS	0 → 12		13 → 22		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	
	Sim	15	46,9	9	
Não	17	53,1	9	50,0	26
TOTAL	32	100	18	100	50

dif.: n.s.

Quanto a TENTATIVAS ANTERIORES (Tabelas 114 e 115), houve uma incidência significativamente maior no grupo de maior potencialidade. A diferença não foi significativa em relação à intencionalidade.

Quanto a TENTATIVAS DE SUICÍDIO NO AMBIENTE (Tabelas 116 e 117), não houve diferenças significativas, tanto em relação à potencialidade quanto à intencionalidade.

TABELA 116 - DISTRIBUIÇÃO DE TENTATIVA DE SUICÍDIO NO AMBIENTE DE SUJEITOS QUE TENTARAM SUICÍDIO, POR GRAU POTENCIALIDADE SUICIDA, MEDIDA PELO IPS, CAMPINAS, 1980.

tent.suic.amb.	IPS		← 40		41 → 60		61 e mais		TOTAL
			Nº %		Nº %		Nº %		
Sim			7	46,7	11	55,0	8	53,3	26
Não			8	53,3	9	45,0	7	46,7	24
TOTAL			15	100	20	100	15	100	50

dif.: n.s.

TABELA 117 - DISTRIBUIÇÃO DE TENTATIVAS DE SUICÍDIO NO AMBIENTE DE SUJEITOS QUE TENTARAM SUICÍDIO, POR GRAU DE INTENCIONALIDADE SUICIDA, MEDIDA PELO IIS, CAMPINAS, 1980.

tent.suic.amb.	IIS		0 → 12		13 → 22		TOTAL
			Nº %		Nº %		
Sim			19	59,4	7	38,9	26
Não			13	40,6	11	61,1	24
TOTAL			32	100	18	100	50

dif.: n.s.

TABELA 118 - DISTRIBUIÇÃO DE SUICÍDIOS NO AMBIENTE DE SUJEITOS QUE TENTARAM SUICÍDIO, POR GRAU DE POTENCIALIDADE, MEDIDA PELO IPS, CAMPINAS, 1980.

suic.ambiente	IPS		← 40		41 → 60		61 e mais		TOTAL
			Nº %		Nº %		Nº %		
Sim			5	33,3	5	25,0	7	46,7	17
Não			10	66,7	15	75,0	8	53,3	33
TOTAL			15	100	20	100	15	100	50

dif.: n.s.

TABELA 119 - DISTRIBUIÇÃO DE SUICÍDIOS NO AMBIENTE DE SUJEITOS QUE TENTARAM O SUICÍDIO, POR GRAU DE INTENCIONALIDADE SUICIDA, MEDIDO PELO IIS, CAMPINAS, 1980.

suic. ambiente \ IIS	0 → 12		13 → 22		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	
Sim	9	28,1	8	44,4	17
Não	23	71,9	10	55,6	33
TOTAL	32	100	18	100	50

dif.: n.s.

Quanto a SUICÍDIOS NO AMBIENTE (Tabelas 118 e 119), houve uma incidência pouco maior nos grupos de maior potencialidade e intencionalidade, mas sem significância estatística.

TABELA 120 - DISTRIBUIÇÃO DE LARES DESFEITOS DE SUJEITOS QUE TENTARAM SUICÍDIO, POR GRAU DE POTENCIALIDADE SUICIDA, MEDIDA PELO IPS, CAMPINAS, 1980.

lar desfeito \ IPS	< 40		41 → 60		61 e mais		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Sim	8	53,3	16	80,0	13	86,7	37
Não	7	46,7	4	20,0	2	13,3	13
TOTAL	15	100	20	100	15	100	50

dif.: * 41 e mais / < 40

Quanto a LARES DESFEITOS (Tabelas 120 e 121) houve uma incidência significativamente maior nos casos com potencialidade suicida mais alta. Mas, não houve diferenças significativas relacionadas com a intencionalidade.

TABELA 121 - DISTRIBUIÇÃO DE LARES DESFEITOS EM SUJEITOS QUE TENTARAM SUICÍDIO, POR GRAU DE INTENCIONALIDADE SUICIDA, MEDIDO PELO IIS, CAMPINAS, 1980.

lar desfeito \ IIS	0 — 12		13 — 20		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	
Sim	23	71,9	14	77,8	37
Não	9	28,1	4	22,2	13
TOTAL	32	100	18	100	50

dif.: n.s.

TABELA 122 - DISTRIBUIÇÃO DAS IMPRESSÕES DIAGNÓSTICAS DE SUJEITOS QUE TENTARAM SUICÍDIO, POR GRAU DE POTENCIALIDADE SUICIDA, - MEDIDA PELO IPS, CAMPINAS, 1980.

diagnóstico \ IPS	< 40		41 — 60		61 e mais		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Neuroses	12	20,0	16	20,0	10	33,3	38
Outros	3	80,0	4	80,0	5	66,7	12
TOTAL	15	100	20	100	15	100	50

dif.: n.s.

TABELA 123 - DISTRIBUIÇÃO DAS IMPRESSÕES DIAGNÓSTICAS DE SUJEITOS QUE TENTARAM SUICÍDIO, POR GRAU DE INTENCIONALIDADE SUICIDA MEDIDA PELO IIS, CAMPINAS, 1980.

diagnóstico \ IIS	0 — 12		13 — 22		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	
Neuroses	23	71,9	15	83,3	38
Outros	9	28,1	3	16,7	12
TOTAL	32	100	18	100	50

dif.: n.s.

Quanto a IMPRESSÕES DIAGNÓSTICAS (Tabelas 122 e 123), tampouco se encontrou diferenças significativas, em relação à potencialidade e intencionalidade.

TABELA 124 - TRATAMENTOS ANTERIORES EM SUJEITOS QUE TENTARAM SUICÍDIO POR GRAU DE POTENCIALIDADE SUICIDA, MEDIDA PELO IPS, CAMPINAS, 1980.

IPS trat.anterior	< 40		41 - 60		61 e mais		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
	Sim	4	26,7	12	60,0	8	
Não	11	73,3	8	40,0	7	46,7	26
TOTAL	15	100	20	100	15	100	50

dif.: * 41 e mais / < 40

TABELA 125 - TRATAMENTOS ANTERIORES EM SUJEITOS QUE TENTARAM SUICÍDIO, POR GRAU DE INTENCIONALIDADE SUICIDA, MEDIDA PELO IIS, CAMPINAS, 1980.

IIS trat.anterior	0 - 12		13 - 22		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	
	Sim	15	46,9	9	
Não	17	53,1	9	50,0	26
TOTAL	32	100	18	100	50

dif.: n.s.

Finalmente, em relação a TRATAMENTOS ANTERIORES (Tabelas 124 e 125) houve uma maior frequência desses tratamentos nos indivíduos com maior potencialidade suicida. Não houve relação com a intencionalidade.

12 . CASOS CLÍNICOS

Os casos clínicos se encontram no ANEXO 5. Alguns foram selecionados para discussão e, por isso, achamos mais conveniente sua inclusão no CAPÍTULO V.

Os casos do ANEXO 5, podem ser lidos antes, ou durante a leitura do próximo capítulo, onde comumente serão citados, a título de exemplificação.

Neste capítulo discutiremos: 1) a metodologia empregada para o estudo; 2) o sexo feminino e a tentativa de suicídio; 3) as características demográficas e sociais; 4) os antecedentes mórbitos; 5) a atuação; 6) a atividade sexual; 7) o ambiente "suicida"; 8) as famílias dos jovens que tentam suicídio. A seguir, abordaremos o ato suicida e alguns casos clínicos.

1. A METODOLOGIA

As vantagens dos estudos de casos - controles, residem principalmente na possibilidade de, ao compararmos os casos com os controles, podermos precisar a real importância das características que encontramos naqueles. No entanto, dois tipos de limitações comumente acompanham estes trabalhos: 1) a dificuldade na obtenção de grupos realmente representativos das populações que se deseja estudar; 2) a possibilidade de falhas nas informações fornecidas pelos casos e controles, devido ao fato de estarmos fazendo um estudo retrospectivo.

Na discussão que faremos a seguir, além dos aspectos gerais sobre a metodologia utilizada, abordaremos essas possíveis limitações.

1.1. OS GRUPOS DE CASOS (TS) E CONTROLES (N e P)

1.1.1. OS CRITÉRIOS DE IDADE

Resolvemos estudar adolescentes, por existirem evidências de que se constituem em grupo com características peculiares, em relação a atos suicidas, como vimos no CAPÍTULO II. Os critérios para definição dos LIMITES DE IDADE foram baseados nos seguintes pontos: a) não existe um limite etário preciso, do ponto de vista dinâmico, para o início e o final do processo de adolescência; b) há uma tendência, em nossa sociedade, a fazer com que, ora o indivíduo assuma o papel de adulto em idades cada vez mais tardias (GRUPO PARA O ADIANTAMENTO DA PSIQUIATRIA, 1979), ora assumam responsabilidades muito precocemente (principalmente nas classes baixas); c) em nossa experiência clínica, comumente encontramos indivíduos no final da 2ª década de vida, com características dinâmicas de adolescente. Talvez por esses motivos, existe uma tendência na literatura a se utilizarem mais os termos "jovens" (BROOKE, 1976) ou "adolescentes e jovens" (MAY E COLS., 1971), em vez de simplesmente "adolescentes". Nossos limites etários (12 anos a 27 anos incompletos) foram impostos pela necessidade de se estabelecerem critérios operacionáveis, e levaram os fatos acima em conside

1.1.2. OS PROCEDIMENTOS RELATIVOS AO GRUPO DE CASOS (TS).

A melhor possibilidade de se selecionarem indivíduos para constituírem o grupo TS, era através do registro de atendimento em hospitais, registro esse feito pela polícia.

Esse tipo de fonte utilizada pode ter levado às seguintes falhas na constituição do grupo:

1) Não estão representados os indivíduos que tentaram suicídio e não foram socorridos em hospitais. Estes indivíduos poderiam hipoteticamente apresentar as seguintes características: a) constituírem os casos menos graves, do ponto de vista de perigo à vida; b) pertencerem a classe social mais alta, que procuram médico particular; c) poderem ser indivíduos que viviam num ambiente hostil, que não lhes possibilitasse sequer o socorro; d) tratar-se de indivíduos que utilizassem outros agentes de saúde, tais como farmacêuticos, "comadres", etc.

2) Falhas devidas ao subregistro do evento: este subregistro foi verificado graças ao nosso duplo registro no Hospital Irmãos Penteados. Assim, somente 19 casos desse hospital foram notificados pela polícia, mas outros 27 casos escaparam a esse registro (TABELA 1). Isto é, mais da metade dos casos desse hospital escaparam ao registro policial. Não ficaram claros os motivos desse subregistro, mas existe a possibilidade de alguns indivíduos terem fugido ao contato com o policial.

Outro motivo que contribui para uma subestimação dos casos se deve à conceitualização do que seja tentativa de suicídio. Apesar de nosso conceito ter sido muito amplo, muitos pacientes podem ter feito o médico acreditar que se tratava de "acidente". E, em outras ocasiões o médico pode ter considerado que a intenção não era morrer, dessa forma não notificando o caso como tentativa de suicídio.

Ainda mais, sabemos de algumas situações em que o médico não registrou o caso porque se encontrava assoberbado de trabalho, e outras em que achou o caso "muito banal", acreditando que o autor não se interessaria por ele. Provavelmente alguns casos não foram encaminhados ao policial de plantão, pelos mesmos motivos.

A escolha da entrevista domiciliar como procedimento nos proporcionou a vantagem de encontrarmos um indivíduo consciente, em melhores condições de informar. No entanto, vários sujeitos não puderam ser entrevistados. Os 8 que, de alguma forma, se recusaram a responder, podem ter características tais, que se diferenciem do restante dos indivíduos. Existe a possibilidade de se tratarem de pessoas com maior dificuldade de aceitar ajuda, e/ou com traços de desconfiança acentuados. Mais difícil é a interpretação do grande número de situações (26), em que não se encontrou o endereço; há pelo menos duas possibilidades, não excludentes: que o paciente tivesse dado endereço falso (o que acarretaria características próprias para este subgrupo), ou que o policial ou o médico que fez a anotação do endereço, o tivesse feito descuidadamente. Em duas ocasiões tivemos a oportunidade de verificar esta última situação.

A partir das considerações acima, referentes ao subregistro, podemos, de alguma maneira, fazer uma estimativa do número e distribuição das tentativas de suicídio em Campinas. Assim, durante o ano de 1980, a Polícia Militar constatou 338 casos de tentativa de suicídio. Isso nos daria um coeficiente de 52 por 100.000 habitantes - (considerando-se a população de Campinas, do último Censo: 650.000 habitantes). No entanto, podemos utilizar um fator de correção. Esse fator pode ser obtido da seguinte forma: em nosso duplo registro do Hospital Irmãos Pentecosta, notamos que somente 42,2% dos casos foram notificados à polícia (19/45). Supondo que o mesmo ocorra nos outros hospitais, em vez dos 338 casos notificados, teríamos na realidade 801 casos, incluindo-se os que escaparam à notificação. Se considerarmos que, em nosso consultório particular, durante o ano de 1980, atendemos 7 casos não notificados pela polícia, e que os outros psiquiatras da cidade, também atendam esse mesmo número de casos, em média, teremos entre 900 e 1000 tentativas de suicídio, no ano de 1980, em Campinas. Esses números nos dão o coeficiente de 154 por 100.000 habitantes. Esse valor é superior ao encontrado por SHNEIDMAN & FARBEROW (1965), que a partir de dados hospitalares e de médicos particulares chegaram a um coeficiente de 111,42 por 100.000 habitantes em Los Angeles, EUA; e é inferior aos encontrados por ANDRADE (1977), em Ribeirão Preto, que a partir de dados policiais e hospitalares, encontrou o coeficiente de 191,48 por 100.000 habitantes. Autores de língua inglesa, utilizando todas as fontes de casos possíveis, chegam a taxas que oscilam entre 46 e 730 por 100.000 habitantes. (WEISSMAN, 1974).

Podemos, também, fazer uma estimativa da distribuição das tentativas por idade e sexo. O grupo TS (menores de 27 anos), foi constituído de 8 homens e 42 mulheres. Levando em conta os indivíduos excluídos por idade (TABELA 2) e recusa (1 homem e 7 mulheres, menores de 27 anos), encontramos as seguintes proporções:

a) 24,7% (19 casos) com 27 anos e mais, e 75,3% (58 casos) de menores de 27 anos;

b) no grupo de 27 anos e mais a proporção de mulheres: homens, foi de 2,8 (14:5); no grupo de menores de 27 anos, a proporção foi de 5,4 (49:9).

Estes dados coincidem com os da maioria dos autores (WEISSMAN, 1974), talvez com uma proporção maior de jovens em nossos dados. Isso pode ser devido ao fato de grande parte dos trabalhos provirem de países com distribuições etárias da população com menos jovens, em relação ao nosso meio. ANDRADE (1979), encontrou proporção semelhante à nossa quanto a idade (26,75% menores de 30 anos). Também encontrou uma proporção de mulheres maior no grupo de menores de 30 anos (3,84 mulheres para cada homem), em relação ao grupo de 30 anos e mais (2,05 mulheres para cada homem). Seus dados mostram uma proporção menor de mulheres jovens, em relação a nosso trabalho.

Existem portanto, evidências que as mulheres jovens se constituem num grupo muito mais vulnerável à tentativa de suicídio, fato que discutiremos adiante.

1.1.3. OS PROCEDIMENTOS RELATIVOS AO GRUPO DE CONTROLES N

Acreditamos que os procedimentos que instituímos para a seleção dos controles

do grupo N, praticamente eliminaram as possibilidades de falhas na constituição do grupo, permitindo uma comparação inter-grupos adequada.

Tanto neste grupo, como no grupo P, resolvemos excluir aqueles casos que tivessem antecedentes de idéias suicidas de intensidade moderada e grande. Essa precaução foi tomada pela possibilidade indicada em alguns trabalhos (SCHNEER e cols, 1961; CANTOR, 1976), de que esse subgrupo pudesse ter características semelhantes ao grupo de casos. Mesmo não se constituindo em objetivo deste trabalho, aplicamos nossos instrumentos a esses controles excluídos, confirmando-se que possuem características mais próximas do grupo TS que do grupo N.

A proporção de indivíduos excluídos do grupo N, por idéias suicidas e por tentativa de suicídio foi razoável: 24,2% (16 em 66), sendo que a metade havia tentado suicídio (12,1%). Essa incidência, de 12,1% da população jovem em geral, ter tido tentativa de suicídio anterior, coincide com os dados dos raros trabalhos que a isso se dedicaram. MINTZ (1970) (apud PETZEL & CLINE, 1978), numa amostra casual de indivíduos maiores de 14 anos, em Los Angeles, EUA, encontrou antecedentes de tentativas de suicídio em 3,9% das pessoas. FLINN & LEONARD (1972) (apud PETZEL & CLINE, 1978) encontraram 18% de indivíduos com antecedentes suicidas e impulsos suicidas intensos, num estudo com jovens "normais". STORK (1971), em jovens supostamente normais, encontrou 6% de indivíduos masculinos e 10% femininos, que haviam tentado suicídio. CANTOR (1976), em 199 moças sem patologia, estudantes, encontrou 10% com antecedente de tentativa de suicídio. E, PAYKEL e cols. (1974), entrevistando 720 indivíduos representativos da população geral (todas as idades), encontrou 0,6% com tentativa de suicídio no ano anterior, 1% com planos ou ideação séria e 2,8% que desejavam estar mortos.

Esses números confirmam a imensa importância que as idéias e as tentativas de suicídio têm nas faixas etárias mais jovens.

1.1.4 . OS PROCEDIMENTOS RELATIVOS AO GRUPO DE CONTROLES P

Os controles deste grupo provieram em sua maior parte do Ambulatório de Adolescentes do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da UNICAMP. É um ambulatório razoavelmente conhecido pelos jovens da cidade. Não temos condições de verificar se a população que frequenta esse ambulatório é representativa da população psiquiátrica ambulatorial jovem, em geral. As classes economicamente superiores estão provavelmente sub-representadas. E, talvez, os estudantes universitários possam estar super-representados, desde que o ambulatório é de fácil acesso para os alunos das Universidades da cidade.

A proporção de indivíduos excluídos por terem tido tentativas de suicídio anteriores (21,4%), nos mostra que, neste grupo, a vulnerabilidade ao ato suicídio é maior que na população geral. Esses dados coincidem com os da literatura, em geral (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 1968).

Sendo nosso trabalho retrospectivo, utilizamos informações que não pudemos observar diretamente. Os dados obtidos dependeram não só da memória do informante, mas de sua percepção emocional dos fatos. Tentando, de alguma forma, minimizar alguns aspectos relacionados à memória, optamos por não fazer a entrevista se decorridos mais de 15 dias da tentativa de suicídio.

Por outro lado, o tipo e a qualidade dos dados obtidos dependeram também do entrevistador e da "maneira como se entrevista" (WEKSTEIN, 1979), e uma das maiores dificuldades é fazer com que o entrevistador (e o pesquisador) sejam capazes de obter informações de fatos reais, e não as que ele desejaria ouvir. Em verdade, existem dois tipos de erro: "ver" o que não existiu e deixar de ver o que realmente ocorreu. O mesmo ocorre em relação ao entrevistado, e o tipo de informação que fornecerá está muitas vezes relacionado às suas fantasias em relação ao entrevistador, que podem se manifestar através do desejo de impressioná-lo, do medo de ser reprovado, das expectativas em relação ao que o entrevistador vai fazer com as informações, etc.

De qualquer forma, essas dificuldades são as mesmas que encontramos em nosso trabalho clínico, onde as informações obtidas do paciente dependerão das mesmas variáveis assinaladas acima. E, assim como no trabalho clínico, é provável que nossa atenção seja mais dirigida para os fenômenos que de alguma maneira se adaptam melhor a nossa formação profissional, ou ainda que determinados fenômenos sejam interpretados à luz dessa formação. Mas procura-se fazer isso de forma consciente - o que utilizamos é na verdade um esquema teórico subjacente a cuja luz interpretamos os fatos, e que inevitavelmente nos ilumina na procura desses mesmos fatos. Nossa formação privilegia a importância do inconsciente freudiano na determinação dos conflitos psicológicos e da maioria das doenças mentais, e certamente essa visão permeia muitos aspectos deste trabalho. No entanto, não se trata de um trabalho em que tenha sido usado o método psicanalítico. O nosso método foi epidemiológico, em que usamos alguns procedimentos derivados da clínica psiquiátrica e psicanalítica.

A ENTREVISTA NÃO ESTRUTURADA, assim como na clínica, é a melhor maneira de se conhecer o paciente, e de colocá-lo à vontade. Esse tipo de conduta acarreta maiores possibilidades de informações (BARRACLOUGH e cols, 1974) e ouvindo-se um indivíduo que está utilizando associações mais ou menos livres, temos uma chance maior de não cairmos num dos erros assinalados acima e comuns nas investigações: ouvirmos só o que queremos, pois para perguntas obteremos respostas... e, só respostas... Tere-mos assim a oportunidade de conhecer muitas coisas que não havíamos pensado em perguntar (BALINT, 1961; KNOBEL, 1974 A; PERESTELLO, 1974). Por outro lado, essa técnica nos possibilita enfrentar com mais facilidade as não raras reações contratransferenciais negativas que se apresentam frente a adolescentes (LAMPL DE GROOT, 1960), ao permitir que conheçamos o indivíduo em forma global.

A partir dessa entrevista não estruturada foram obtidas 50 histórias clínicas, cada qual com suas peculiaridades, cujos dados nunca poderiam ser obtidos a partir de questionários, e que se constituem numa rica fonte de informações, capaz de

lançar luzes sobre os processos mais íntimos do evento que estamos estudando.

Mas, o QUESTIONÁRIO SOBRE CARACTERÍSTICAS PESSOAIS E FAMILIARES, com questões mais fechadas, impõe uma disciplina ao pesquisador, que utilizando os mesmos critérios, e de forma rígida, pode obter respostas a questões importantes, tornando possível a comparação e a generalização. ENTREVISTA NÃO ESTRUTURADA e QUESTIONÁRIO são métodos complementares, portanto.

Quanto aos SINTOMAS que precedem e acompanham a tentativa de suicídio, em vez de desenvolver uma lista própria, resolvemos aplicar uma escala já existente. Não tínhamos a intenção de considerá-la como uma escala acabada, nem estávamos procurando uma síndrome pré-suicida, mas apenas descrever os grupos em termos de sintomas.

O mesmo ocorreu em relação à DESCRIÇÃO E QUANTIFICAÇÃO DA TENTATIVA. Já que existiam escalas que poderiam nos ajudar a quantificar algumas características, resolvemos utilizá-las. A seleção das escalas foi difícil, face ao grande número existente. Resolvemos medir o Índice de Intencionalidade Suicida, após uma consulta por carta a NORMAN L. FARBEROW, do Centro de Prevenção ao Suicídio de Los Angeles, que nos sugeriu sua utilização em nossa pesquisa.

2.0 . O SEXO FEMININO E A TENTATIVA DE SUICÍDIO

Nossos dados coincidem com a literatura, que mostra uma incidência maior de tentativas de suicídio no sexo feminino. Vejamos algumas explicações que têm sido dadas para esse fenômeno.

Para alguns autores, haveria menor facilidade para as moças expressarem sua agressão em nossa cultura, em relação aos rapazes (GOULD, 1965), e por isso estariam mais predispostas a voltarem para si mesmas esses impulsos (BAKWIN, 1957): brigar, desobediência aos pais e comportamentos agressivos são melhor tolerados nos homens que nas mulheres - e, uma moça é considerada sexualmente promíscua com muito mais facilidade que um homem. Outro fator parece ser que em nossa cultura os traços histéricos são mais comuns nas mulheres (GOULD, 1965), se bem que em nossos casos isso não tenha sido encontrado, e há quem duvide da importância disso (GOLDNEY, 1981). Acredita-se, ainda, que no homem a tentativa de suicídio será, com mais facilidade, estigmatizada como um ato de fraqueza e covardia, o que vai contra os papéis masculinos esperados (GOULD, 1965). As mulheres que tentam suicídio seriam mais dependentes que os rapazes do sistema social, teriam um desenvolvimento psicossocial inferior e sofreriam de tensões próprias, devido à evolução do papel da mulher na sociedade moderna - por isso teriam mais necessidade de uma estrutura familiar coerente (CAZZULLO, in BROOKE, 1976).

O que se observa é que os homens usam sempre meios mais violentos, são geralmente mais perturbados em termos mentais e têm maior sucesso no ato (GOULD, 1965; OTTO, 1972; BROOKE, 1976). BIRCHNELL & ALARCON (1971) mostraram que os homens pensam mais tempo que as mulheres antes da tentativa, estão mais deprimidos, e quando fazem o ato estão mais determinados. E, as motivações parecem ser diferentes - no ca

so dos homens se localizam mais em fracassos passados e nas mulheres mais em frustrações presentes. A ideação consciente também difere; no trabalho de SCHNEER e cols. (1961), os homens estavam mais preocupados com dúvidas sobre a identidade masculina e dano genital, enquanto as moças tinham preocupações sobre serem violadas (embora muitas fossem sexualmente promíscuas).

Em verdade, pouco se tem estudado sobre as características próprias da moça adolescente. Os trabalhos de DEUTSCH (1967) lançaram alguma luz sobre o problema, e nos permitiram entender melhor algumas características de nossos casos. Como verificamos nas histórias clínicas (ANEXO 5), comumente a moça tenta suicídio após um abandono por namorado ou parceiro sexual, supervalorizado e idealizado. Ou, ainda, por sentir dificuldades de valorizar sua identidade feminina, que depende em grande parte, de sua popularidade entre o sexo oposto, ou de sua capacidade de conseguir ou manter namorado. Verifica-se que, ao contrário dos rapazes, a busca de identidade na moça está muito ligada à sua complementação pelo sexo masculino. ERIKSON (1976) assinala o dilema da moça - manter as possibilidades de ter sua própria identidade aberta - até que ela seja fixada pelo casamento, dependendo do papel que o marido necessite. DEUTSCH mostra que a adolescente "cede" sua identidade feminina ao rapaz e aceita seu comando de modo submisso. A isso atribuí, entre outras coisas, a moda unisex com padrões masculinos.

Na grande maioria dos casos que estudamos, o relacionamento com o parceiro sexual era de modalidade simbiótica, com uma espécie de não diferenciação entre a individualidade de si mesma e do parceiro. Abordaremos esse aspecto adiante, mas tudo indica que esse tipo de modalidade é mais comum na moça que no rapaz. DEUTSCH acredita que na moça a dependência oral com a mãe tem um papel maior que no rapaz (o que ZILBOORG (1937) já assinalara), e entre as várias patologias resultantes desse vínculo está a estrutura de personalidade que chama de "infantilismo". O infantilismo caracteriza-se pela necessidade narcísica de ser amada, intolerância à frustração, tirania do princípio do prazer, atuações (acting-out) frequentes devido à impaciência para sentir prazer, e fantasias sexuais intensas preenchidas por romances selvagens ou românticos. As moças respondem rapidamente à sedução, não pela intensidade de seu apetite sexual, mas sim por fixações orais. São frígidas e necessitam desesperadamente de alguém, que nunca as satisfaz totalmente.

Muitos de nossos casos correspondem a esta descrição. A verdade é que antes do acting-out suicida, encontramos praticamente sempre o acting-out sexual. Temos desde a moça que "acredita" que perdeu a virgindade (caso 12) e dessa forma tenta obrigar o rapaz idealizado, com quem se relaciona simbioticamente, a se casar, até os vários casos de moças que realmente perderam a virgindade, engravidaram, abortaram, e/ou casaram e se separaram em casamentos absurdos do ponto de vista emocional adulto (casos 3, 4, 7, 8, 11, 12, 14, 16, 25, 26, 32, 34, 35, 36, 39, 40, por ex.). A tentativa de suicídio é o ato final, ou às vezes intermediário, dentro dessa "carreira".

A verdade é que, se os adolescentes utilizam o mecanismo da atuação com tremenda facilidade (v. Ítem 5, adiante), no caso das moças, essa atuação será efetuada predominantemente na área do comportamento sexual, e isso é uma característica

diferencial quanto a sexo, em nossa cultura. DEUTSCH acredita que essa "revolução adolescente" que se fixa numa luta por "direitos iguais em relação à liberdade sexual", direitos iguais aos dos rapazes, é efetuada também por uma identificação das adolescentes com aqueles. Vê as moças menos como vitoriosas e mais como vítimas dessa "revolução", porque a jovem raramente está preparada emocionalmente para exercer sua sexualidade de forma adulta. Mas, o que verificamos em nossos casos, é que muitas vezes é a única forma que a moça encontra para "segurar" (por pouco tempo) o objeto idealizado. Às vezes os rapazes também são vítimas desse comportamento, e são eles que praticam a tentativa de suicídio (caso 47).

Outra característica, também assinalada por DEUTSCH, e que encontramos em nossas histórias clínicas (caso 9, por ex.), é o típico triângulo adolescente: duas moças enamoradas do mesmo rapaz, compromisso entre uma homossexualidade latente persistente, e um despertar heterossexual (fenômeno que se manifesta, com maior intensidade, na idolatria a artista do sexo masculino, por milhares de moças).

Muito dessa atividade sexual descrita acima, desses acting-out, estão intimamente ligados às relações com os pais na infância. Esses aspectos serão discutidos no item referente às FAMÍLIAS.

3 . OUTRAS CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E SOCIAIS

Quanto ao NÍVEL SÓCIO-ECONÔMICO, encontramos mais da metade dos casos em famílias cuja renda per capita era inferior a dois salários mínimos (TAB. 8). Mas, a distribuição do evento se faz por todas as classes sociais. Infelizmente não temos dados sobre a distribuição por renda da população de Campinas, para podermos avaliar a real importância dessa variável, em sua relação com tentativa de suicídio. No entanto, conseguimos da Fundação SEADE, do governo estadual, os rendimentos referidos por uma amostra de indivíduos, de todo o Estado de São Paulo, na semana de 24/10 a 30/10/77; esses rendimentos são medidos em salários mínimos individuais. Na TABELA 126, comparamos a proporção de indivíduos que declararam os rendimentos assinalados, com a proporção de indivíduos que tentaram suicídio, por estrato de renda. Estamos cientes que se trata de uma comparação provavelmente falha, pois estamos comparando salários - mínimos individuais, com salários mínimos per capita familiar; mas existe uma possibilidade de que a distribuição das duas variáveis se assemelhe: o mesmo ocorre em relação às épocas e localidades, que diferem.

TABELA 126 - PROPORÇÃO DE TENTATIVAS DE SUICÍDIO POR ESTRATO ECONÔMICO (EM SALÁRIO MÍNIMO PER CAPITA FAMILIAR) (CAMPINAS, 1980), E PROPORÇÃO DE INDIVÍDUOS QUE DECLARARAM OS RENDIMENTOS ASSINALADOS (EM SALÁRIOS MÍNIMOS - ESTADO DE SÃO PAULO, 1977, SEG. FUNDAÇÃO SEADE).

Salários mínimos	TENT.SUIC. (%)	POPUL. E. S. P. (%)
menos de 1	18	18,5
1 - 2	34	33,2
2 - 3	16	17,5
3 - 5	24	15,2
5 ou mais	8	15,5
TOTAL	100	100

Verificamos que a distribuição é muito parecida, exceto nas faixas mais altas. Não cremos que essas diferenças sejam significativas, considerando-se que a determinação da renda nas faixas mais altas nem sempre é fácil, e a existência de maior falta de notificação de tentativas nessas faixas. Essa subrepresentação dos estratos-econômicos mais altos ocorre na maioria dos trabalhos sobre atos suicidas (JACOBZINER, 1975; STENGEL, 1970; WEISSMAN, 1974).

Portanto, há duas possibilidades: 1) a distribuição das tentativas de suicídio se faz com menor intensidade nos estratos econômicos mais altos. Isso, de certa forma, coincidiria com a maioria dos estudos em epidemiologia psiquiátrica, que encontram maior incidência de sinais e sintomas psiquiátricos em populações mais pobres - (FÁVERO, 1972). ANDRADE (1979) teve condições peculiares de calcular coeficientes de tentativa de suicídio por estrato econômico, em Ribeirão Preto, encontrando maiores índices para os estratos inferiores, considerando todas as idades. Outros autores, como BERGSTRAND & OTTO (1962), PERLSTEIN (1966) e BRATFOS (1971), também assinalam uma maior incidência em populações mais pobres, mas não consideram a distribuição da população em geral, por estrato econômico; 2) as tentativas de suicídio se distribuem "democraticamente" entre os estratos econômicos, o que coincide com as proposições de SHNEIDMAN & FARBEROW (1965), HAIM (1969) e SEIDEN (1969). Esta segunda alternativa - nos parece mais provável.

Além disso, SEIDEN (1969) mostrou que os suicídios em adultos aumentam em épocas de depressão econômica, e diminuem em épocas de guerra. Mas quando se estudamos jovens, verifica-se que esses fatores não influem nas taxas. Sugere, então, que os fatores mais importantes, para este grupo são os relacionados a lar, família e escola, os jovens estando de certa forma, mais imunes a problemas econômicos.

Nossos dados mostraram também que a incidência por estrato econômico, de tentativa de suicídio, não diferia da incidência de problemas psiquiátricos em geral. O único autor que fez esta comparação, usando metodologia adequada, foi BRATFOS (1971), se bem que tenha utilizado pacientes internados e não fique claro em seu trabalho se o acesso à hospitalização se fazia de forma casual entre os vários estratos. Esse autor também não encontrou diferença significativa quanto a essa variável entre os indivíduos suicidas e os psiquiátricos.

De qualquer forma, não deixa de ser surpreendente que nossos sujeitos psiquiátricos e suicidas tenham a mesma distribuição por estrato social, se considerarmos que a incidência de lares desfeitos é maior no grupo suicida. E, lar desfeito, de certa forma, poderia estar ligado a menor capacidade para o suprimento econômico. O que podemos supor é que, em alguns casos, existe uma compensação dos membros remanescentes do lar desfeito, para manter o nível de vida adequado. Eventualmente, isso pode acarretar situações de esforço e tensão prejudiciais à saúde.

De qualquer forma, um fator provavelmente associado a problemas econômicos pode ser a desagregação familiar, sendo difícil determinar se esse fator será consequência ou causa desse tipo de problema. A partir da análise de nossas histórias clínicas (por ex. casos 9, 10, 13), é sugestivo que muitas vezes apareça de forma evidente a separação ou morte dos pais como causa de problema financeiro. OTTO (1972), num estudo de seguimento de casos com tentativa de suicídio encontrou que anos após, o grupo suicida apresentava pior nível sócio-econômico que um grupo controle normal. Nesse trabalho fica evidente que tentativa de suicídio e pior estrato social estavam ligados a fatores comuns, talvez de ordem familiar ou de personalidade. Em nossos casos, de forma geral, os problemas econômicos não foram considerados de importância relevante, pela grande maioria dos entrevistados.

Uma forma indireta de se avaliar a classe social é através da OCUPAÇÃO. As taxas de suicídio variam muito, conforme os países, em relação a essa variável. Em alguns países notam-se grupos mais vulneráveis, como os médicos, dentistas e advogados (ORG. MUNDIAL DE LA SALUD, 1968). Isso não é tão evidente em relação a tentativas de suicídio. Em nosso meio, LIPPI (1976) encontrou maior incidência em empregadas domésticas, HESKETH & CASTRO (1978) em funções auxiliares, não qualificadas e ANDRADE (1979) nas profissões manuais e braçais simples. Em todos esses trabalhos falta saber-se a distribuição dessas ocupações na população geral, para poderem ser tiradas conclusões mais firmes.

POLDINGER (1969) não encontrou diferenças significativas, em 440 tentativas de suicídio, quanto à incidência nas várias profissões, em relação à distribuição dessas profissões na população geral. E, a comparação com pacientes psiquiátricos mostrou a mesma distribuição entre grupos ocupacionais (BRATFOS, 1971).

Os nossos dados (TAB. 15) não mostraram uma diferença significativa quanto ao nível ocupacional entre os três grupos, a despeito de haver uma pequena diferença em favor do grupo suicida, nas ocupações não qualificadas. A proporção de donas de casa foi maior no grupo N, sugerindo que suicidas (e também pacientes psiquiátricos), ou constituem família própria em menor proporção, ou as mulheres trabalham

fora em maior número. Analisando-se o estado civil (TAB. 11), verificamos que a proporção de indivíduos com companheiro é maior no grupo suicida, mas provavelmente a maioria dessas mulheres trabalha fora. No grupo "normal", as 12 mulheres com companheiro são as mesmas que se declararam donas de casa. Em resumo, as mulheres casadas do grupo "normal" não trabalham fora. As mulheres do grupo suicida estão mais sujeitas à dupla jornada de trabalho, e todo o stress que isso representa. O mesmo parece ocorrer no grupo psiquiátrico, em que apenas uma mulher se declara dona de casa.

Na realidade, o que mais diferencia o grupo suicida dos outros dois, em relação ao trabalho, é a alta percentagem de DESEMPREGO (36% contra 14% no P e 4% no N) (TAB. 16). Os nossos dados são semelhantes aos de BRUHN (1963), que encontrou 34% de desemprego no grupo suicida, 20% no grupo controle psiquiátrico, e 3,8% na população geral. Mas, BUCHER e cols. (1978) só encontraram 9% de desempregados na sua ca suística de Pronto-Socorro, em Brasília.

Novamente nos deparamos com o dilema de sabermos se a variável estudada (desemprego) é um fator associado de ordem causal, ou está ligado a outros fatores, que, em conjunto se relacionam com o ato suicida. Preferimos acreditar mais na segunda hipótese, principalmente se levarmos em conta os dados da TABELA 45, que demonstram que os indivíduos do grupo suicida têm, de maneira altamente significativa, mais problemas no trabalho, do que os indivíduos dos grupos N e P. Em outras palavras, normalmente os suicidas estão mais desempregados, porque têm maiores dificuldades de relacionamento e/ou de se fixarem a uma atividade e não são suicidas por estarem desempregados. Verificamos isso também em nossas histórias (caso 1, por ex.). Certamente haverá exceções. WEISSMAN e cols. (1973) também encontraram maior número de problemas no trabalho em indivíduos que tentaram suicídio, em relação a pacientes deprimidos. No relato de nossos pacientes, mesmo desempregados, este fator tinha importância limitada.

Quanto à OCUPAÇÃO DO ARRIMO (TAB. 18), encontramos também prevalência maior de ocupações não qualificadas, sendo predominante no grupo P. É difícil avaliar a influência desse fator, entre outros motivos, porque nos grupos TS e N existe maior número de indivíduos com suas famílias próprias, enquanto que no P predominam os solteiros, dependentes talvez de seus pais. É provável que, em geral, os pais exerçam profissões menos qualificadas do que a geração subsequente.

Quanto à ZONA DA CIDADE em que morava o sujeito (TAB. 10), a comparação entre os grupos não pode ser feita, face ao pareamento. Da mesma forma que em relação aos estratos econômicos, houve uma predominância da periferia, que é a região da cidade mais pobre e onde se concentra a maior parte da população.

Alguns trabalhos indicam que a incidência de suicídio e tentativa é maior em zonas onde os índices de desorganização social são altos, com maior promiscuidade, geralmente pensões e hotéis baratos, e onde há maiores taxas de alcoolismo, toxicomania, delinquência e grande mobilidade populacional (WALTON, 1958; ORG. MUNDIAL DE LA SALUD, 1968). SEIDEN (1969) acha que a incidência não é necessariamente maior nas áreas mais pobres, mas sim nas áreas de transição, que geralmente são pobres.

Os nossos casos não mostram isso, de uma forma geral, com exceção dos indivíduos em que o componente psicopático foi mais intenso. Quatro desses casos foram

encontrados em pensões e um em zona de prostituição. Isso nos sugere que esses locais são, de certa forma, procurados por indivíduos com problemas de personalidade peculiares, e que o local de moradia é mais um fator associado do que causal, em relação ao ato suicida.

Dentro dessa mesma linha de raciocínio, há evidências de que indivíduos moradores nessas áreas estão mais sujeitos ao ISOLAMENTO SOCIAL. Esta variável, isolamento social, parece ser o único fator que, para alguns autores (SEIDEN, 1969; STENGEL, 1970), diferencia o grupo suicida do grupo que apenas tenta matar-se. SEIDEN afirma que os indivíduos que tentam geralmente têm relacionamento mais íntimo com alguém, ao contrário dos suicidas completos. A definição do que seja isolamento social, por vezes não semelhante, dificulta algumas comparações. GREER & GUNN (1966) compararam o isolamento social (no caso, viver sozinho) em pacientes com tentativa de suicídio, psiquiátricos e clínicos de todas as idades. Encontram uma diferença entre o grupo suicida e o clínico, e atribuem a maior incidência no primeiro a uma maior proporção de divórcios e separações. WALTON (1958), estudando pacientes deprimidos que tentaram e não tentaram suicídio, encontrou a mesma proporção vivendo sós. ROHN e cols. (1977) chamaram de isolamento social ao fato de estar só ou isolado na época da tentativa, encontrando essa característica em 50% de seus adolescentes (até 19 anos), e com maior incidência em homens, pois a maioria das mulheres (64%) mantinha uma relação remanescente com namorado.

Já CAZZULLO (in BROOKE, 1976) amplia o conceito de isolamento social e supõe que exista um maior número de tentativas de suicídio em blocos periféricos de Miami, por estes estarem muito longe do centro, e também por o número de moradores ser muito alto. Verificamos, desse modo, de maneira clara, como a diferente conceituação do que seja isolamento social, torna a análise contraditória. E, VANSAN (1981), estudando suicidas mostrou tratarem-se de pessoas desconfiadas e isoladas, com dificuldade de relacionamento, mas morando com outras pessoas.

Supomos que viver só seja mais característico de pessoas idosas, que de jovens, em nosso meio. Nos nossos dados (TAB. 26), quase não encontramos indivíduos vivendo sós, sem diferenças entre os três grupos. Mesmo o morar com estranhos ou outros parentes não indicou diferença significativa, sugerindo que a maioria dos conflitos ocorrem dentro da família. Mas, as características dessas famílias diferem nos grupos, como veremos adiante.

Quanto ao NÚMERO DE MORADORES (TAB. 27), parece não ser um fator de importância, em termos epidemiológicos, pois a proporção é similar nos três grupos. Existe apenas uma tendência a não se apresentarem famílias extremamente grandes (7 ou mais pessoas), no grupo TS, o que contraria os dados de CAZZULLO analisados acima. A possibilidade de que famílias grandes ofereçam maiores chances de apoio, pode-se contraditar que são também as que proporcionam maior número de atritos.

A MOBILIDADE FAMILIAR ou INDIVIDUAL se reflete de várias maneiras nas condições de vida dos indivíduos. Há evidências que grupos migrantes têm maior predisposição a perturbações mentais em geral (FÁVERO, 1972). Quanto ao suicídio, há vários estudos que mostram maiores taxas em imigrantes e em refugiados (ORG. MUNDIAL DE LA SA

LUD, 1968). WEISSMAN (1974) mostra que essas taxas são maiores nos imigrantes em piores condições econômicas, sugerindo que a motivação não é a migração em si, mas as desvantagens econômicas e sociais conseqüentes. BURKE (1979) estudou tentativas de suicídio em moças, comparando as que migraram para a Inglaterra com as que permaneceram em seus países de origem, mostrando três vezes maior incidência no primeiro grupo. Desse trabalho conclui que os fatores sócio-culturais são mais importantes que os étnicos. BERGSTRAND & OTTO (1962), em 1727 crianças e adolescentes que tentaram suicídio, acharam 5% de refugiados da 2a. guerra. E SEIDEN (1966), analisando estudantes universitários encontrou grande incidência em estrangeiros.

Parece haver um aumento das taxas de suicídio em locais em que vai se produzindo a industrialização; esta e a migração comumente chegam juntas, e o principal efeito passa a ser não só o deslocamento como a dissolução provisória do meio familiar. Isso porque comumente o homem vai na frente, e nem sempre tem condições rápidas de reunir a família (BROOKE, 1976). Verificamos isso com freqüência em nosso meio.

As mudanças no meio cultural são também muito importantes - há necessidade de adaptação a novas situações e obrigações. Parece que, entre os migrantes, o grupo mais exposto é o das pessoas que foram obrigadas a partir. Os que partem por sua vontade tendem mais a preservar sua cultura. No novo meio os mais velhos rejeitam a civilização nova e os mais jovens rejeitam a tradição dos pais. Talvez, por isso, é duvidoso que as migrações exerçam uma influência muito grande sobre os atos suicidas em jovens, em comparação com os adultos (BROOKE, 1976). Acreditamos que isso possa ocorrer, no entanto, graças à influência global que essas migrações causam na dinâmica familiar, provocando muitas vezes um alheamento emocional dos pais, como veremos no item referente à família.

Em nosso estudo (TAB. 23), encontramos uma incidência significativamente maior de migrações no grupo suicida em relação aos dois grupos controles, quando consideramos duas ou mais migrações. No entanto, da análise de nossas histórias clínicas, podemos chegar a duas hipóteses: as migrações realmente funcionaram como fatores causais de perturbações familiares, ou as migrações foram o resultado das perturbações familiares e/ou individuais. Acreditamos que as duas possibilidades existem, conforme o caso. Nos pacientes com comportamento atuador intenso, a segunda alternativa é facilmente comprovável (por ex. no caso 40).

A distribuição por LOCAL DE NASCIMENTO (TAB. 21) mostra a grande proporção de indivíduos de outras cidades do Estado de São Paulo. Tudo indica que a procura de uma cidade maior, industrializada, e com maiores possibilidades de trabalho, ou de estudo, é o motivo subjacente. No entanto, essa variável, assim como o TEMPO DE RESIDÊNCIA em Campinas (TAB. 22), não indicou diferenças significativas entre os grupos, mostrando que se têm valor em casos individuais, não possuem valor epidemiológico.

Quanto a ZONA RURAL ou URBANA, excluímos de nossa amostra os moradores em zona rural. No caso de Campinas, trata-se de região que abriga apenas 5% da população. FÁVERO (1972) sugere que há uma queda nos status sociais de indivíduos que foram obrigados a desfazer-se de suas terras, e encontrou uma maior incidência de sinais e sintomas psiquiátricos em pessoas que migraram para a cidade perto dos 10 anos.

D'INCAO E MELLO (1978) mostra que o êxodo rural é muito mais uma expulsão para a cidade do que uma atração desta; o indivíduo se vê obrigado a vender suas terras aos grandes proprietários e, além da perda dos meios de subsistência, encontrará na cidade um meio hostil, competitivo, ao qual não consegue adaptar-se, o que é sugestivo de fator etiológico de conflitos variados, no indivíduo e no ambiente familiar. O "bóia-fria" é o indivíduo que perdeu suas terras e não conseguiu trabalho ou adaptação à cidade, vivendo como marginalizado.

Parece que a influência desses fatores é maior no extremo oeste do Estado, chegando próximo a Campinas, nas grandes plantações de Piracicaba e região. Nos nossos dados não encontramos diferença significativa entre a PROCEDÊNCIA URBANA OU RURAL (TAB. 24), ou quanto à INFÂNCIA passada em MEIO URBANO OU RURAL (TAB. 25), entre os três grupos, sugerindo que esses fatores têm pouca importância na história natural do ato suicida, em nossos casos.

Quanto ao ESTADO CIVIL, esperar-se-ia um excesso de solteiros com tentativas de suicídio, desde que a população que tenta é predominantemente jovem, o que não ocorre. Os estudos epidemiológicos referem constantemente que o suicídio é menos frequente em casados, com uma exceção: os jovens (SEIDEN, 1969). Já DURKHEIM (1973) assinalava que o casamento precoce estava relacionado ao suicídio.

Em nossos dados, encontramos também uma incidência menor de solteiros no grupo TS, em relação aos dois grupos controle (TAB. 11). Digna de nota é a quantidade de ligações "irregulares", isto é, indivíduos vivendo conjuntamente, mas não casados, e a maior proporção de separados. O excesso de pessoas separadas ou divorciadas é citado por outros autores (ORG. MUNDIAL DE LA SALUD, 1968; POLDINGER, 1969; BRATFOS, 1971; WEISSMAN, 1974), mas não encontramos estudos que separem o estado civil equivalente a "solteiro com parceiro".

A maior proporção de indivíduos com companheiro no grupo suicida, pode ser devida ao fato de que o casamento precoce introduz tensões no meio familiar, ou porque os jovens se casam para escapar de um lar insatisfatório. SEIDEN (1969) acha que faltam estudos para comprovar qual das duas alternativas é mais provável. A partir de nossos dados, acreditamos que a segunda é mais significativa. Nas histórias de casos vemos comumente situações em que os sujeitos, provenientes de lares carentes emocionalmente, procuram desesperadamente alguma ligação externa, numa relação que chamamos de "simbiótica". Como resultado dessa ligação podem ocorrer casamentos ou uniões "irregulares". Mas, muitas vezes a união é forçada por uma gravidez "não desejada" - esse motivo, e a imaturidade emocional dos cônjuges leva a atritos, não raro em consequência da desidealização do parceiro, o que causa separações e atos suicidas (por ex. caso 3).

Dentro desse esquema explicamos também o fato de que a maior parte dos pacientes do grupo TS alteraram seu estado civil nos últimos 2 anos (TAB. 12), o que mostra a maior instabilidade desse grupo em relação aos outros dois. O mesmo explica porque o RELACIONAMENTO CONJUGAL neste grupo é o pior de todos (TAB. 73), o que também é citado por outros autores (BRUHN, 1963).

Quanto ao GRAU DE INSTRUÇÃO (TAB. 13), existe uma pequena tendência a meno

res graus para o grupo suicida em relação ao grupo "normal". O grupo psiquiátrico apresenta maior proporção de pessoas fazendo curso superior, mas isso talvez se deva a fatores relativos à seleção da amostra, como já assinalamos. Também BRATFOS (1971), comparando indivíduos com tentativa de suicídio e doentes psiquiátricos não encontrou diferenças quanto ao grau de instrução.

Um outro fator ligado à vida escolar, citado por vários autores (ORG. MUNDIAL DE LA SALUD, 1968; PERLSTEIN, 1966), é sua influência no desencadeamento do ato suicida. É clássica a discussão de 1910 na Sociedade Psicanalítica de Viena (SEIDEN, 1969), tentando entender a relação entre o sistema prussiano de ensino e o suicídio em jovens. Um outro grupo mais vulnerável ao suicídio, é o dos estudantes universitários, sendo mais comum nas universidades tradicionais (ORG. MUNDIAL DE LA SALUD, 1968; SEIDEN, 1966 e 1969). Discute-se se o stress acadêmico é a causa dos atos ou se os critérios muito elevados de seleção levam com maior facilidade à entrada de pessoas com problemas emocionais (SEIDEN, 1966). A perda de pai foi encontrada com mais frequência no grupo de estudantes suicidas, em relação aos não suicidas, sugerindo que os fatores não podem ser simplificados e relacionados apenas com a escola (ORG. MUNDIAL DE LA SALUD, 1968).

OTTO (1972) encontrou a escola como causa aparente da tentativa de suicídio em 23% de seus casos. Sugere que um tipo especial de conflito pode surgir quando há exigências grandes, com as quais a criança não sabe lidar, e com pais desapontados, que esperam mais. BRANZEI e cols. (1972) encontraram em casos com dificuldades escolares maior prevalência de déficit intelectual.

Os problemas na escola, de vários tipos, são comumente encontrados em maior proporção em indivíduos que tentam suicídio. ABREU (1980) mostra, em seus casos, que muitos abandonam os estudos, estão desinteressados, sofrem reprovações ou estão estudando por exigência dos pais. ROHN e cols. (1977) encontraram em 75% dos adolescentes que tentaram suicídio, mau rendimento escolar. Desses, 35% abandonaram a escola ou quase não a frequentavam e 35% tinham problemas de comportamento ou disciplina.

Esses dados coincidem com os nossos. Na TABELA 14, encontramos maior índice de repetência no grupo suicida, e na TABELA 44, maior número de problemas na escola, que se referem principalmente a relacionamento com colegas e professores.

Em verdade, tudo indica que as características prévias de personalidade e seus conflitos se manifestam na escola, assim como em outras áreas, e que a escola apenas reflete esses problemas. Mesmo assim, encontramos casos em que o paciente atribui a dificuldades escolares parte de seus conflitos (por ex. caso 1), mas, em nenhum caso de forma exclusiva (TAB. 82).

Quanto à COR existem estudos que mostram uma maior incidência de atos suicidas em negros (SEIDEN, 1969; WEISSMAN, 1974) e portorriquenhos (GOULD, 1965; JACOBZINER, 1965), nos EUA, mas os autores, em geral, acreditam que isso se deva mais a fatores de desorganização social e ao fato que usam mais as salas de emergência que os brancos (cujos atos passam despercebidos). GOULD acredita que os grupos minoritários podem ter menor autoestima, e pelo fato de serem discriminados, um maior ódio reprimido.

No nosso estudo não encontramos diferença significativa de incidência de tentativa de suicídio quanto a cor (TAB. 9), em relação aos outros dois grupos. No entanto, nos estudos clínicos dos casos, verificamos um fenômeno interessante: com frequência relativamente alta, havia uma sensibilidade maior de nossos sujeitos mais escuros (mesmo de cor branca) a rejeições atribuídas à cor, aparecendo situações em que acreditavam ser ilegítimos por serem mais escuros que irmãos, ou pior tratados por isso. A impressão que nos ficou é que a importância da cor da pele é muito maior do que parece, em nossas populações, e que se dá um status maior à cor mais clara, inclusive procurando-se parceiro sexual com essas condições (v. casos 7, 8, 15, 29, 35, 40 e 41). Talvez, este problema se manifeste mais na adolescência, face aos conflitos resultantes de mudanças corporais e da busca de uma identidade adulta.

Quanto à RELIGIÃO, são clássicos os estudos que mostram uma maior incidência de suicídios em protestantes em relação a católicos (DURKHEIM, 1973); e a mortalidade por suicídio é maior nos países católicos que protestantes. Quanto a tentativas de suicídio, os dados são mais escassos e controversos. Encontram-se maiores taxas de tentativas de suicídio em moças adolescentes americanas católicas do que em protestantes e atribui-se isso à menor aceitação da gravidez em católicas (WEISSMAN, 1974). Outros estudos mostram não haver diferença em relação à população geral (POLDINGER, 1969; CORDER e cols., 1974; WEISSMAN, 1974). GOULD (1965) mostra a maior incidência em portorriquenhas católicas, indicando a importância de outros fatores, além da religião. Em nosso meio, FÁVERO (1972) não encontrou diferenças significativas entre sinais e sintomas psiquiátricos em grupos religiosos.

No nosso estudo encontramos uma proporção maior de indivíduos que não têm religião (TAB. 19 e 20) no grupo suicida, e também uma maior proporção de não praticantes. Quanto às várias religiões, não houve diferença com o grupo "normal". Isto nos sugere que a religiosidade, e não a religião, é um fator associado aos atos suicidas. De qualquer forma, acreditamos, com SCHNEIDMAN (apud WEKSTEIN, 1979), que o estudo de relações unitárias é muitas vezes um exercício de futilidade, e que no caso de religião interessa mais sabermos quais são as crenças do paciente, sua relação com a divindade, suas idéias sobre a eficácia da prece, sobre sua vida pós-morte, etc. É provável que os indivíduos religiosos encontrem mais esperanças e apoio na religião, e estejam mais imunes ao ato suicida. Mas, pode também ocorrer que a falta de religiosidade esteja associada aos mesmos fatores que levam à tentativa de suicídio.

Quanto à VISUALIZAÇÃO DA MORTE, por parte de indivíduos que tentaram matar-se (TAB. 101), verificamos que apenas 20% acreditam em vida após a morte, em reunião, se bem que a alta proporção de pessoas que não sabe informar torna a análise imperfeita. As fantasias de reunião após a morte são comuns em pacientes suicidas, e, talvez não estejam ligadas necessariamente a crenças religiosas.

Outro fator, que eventualmente pode ter importância, é que as religiões, de forma geral, consideram o suicídio como um ato pecaminoso, e o desencorajam. Há probabilidade que isso ocorra porque a promessa de uma vida pós-morte se articula facilmente com a de suicídio, em indivíduos predispostos.

4 . ANTECEDENTES MÓRBIDOS

Quanto a estas características, não encontramos diferenças (TAB. 33), exceto no referente às chamadas "doenças psicossomáticas", se bem que não significante estatisticamente (TAB. 34), e a problemas mentais (TAB. 38 e 39).

A doença física tem sido abordada às vezes como um fator causal, no desencadeamento do ato suicida. A desesperança de pacientes crônicos ou terminais parece ser um fator importante - e tem-se encontrado em torno de 30% de suicidas com doença física grave (PETZEL & CLINE, 1978). No entanto, esse tipo de problema ocorre com maior frequência em pessoas idosas.

WEINBERG (1970) acha que os rapazes adolescentes têm maior dificuldade de tolerar o papel de doente, principalmente quando a doença é experimentada como obstáculo para a fixação de sua identidade masculina; as moças toleram melhor a doença quando induz apoio e cuidados dos outros, mas não quando ameaça esse apoio.

GREER e cols. (1966) encontraram 12% de indivíduos de todas as idades, que tentaram suicídio, com doença física no ano anterior, e TEICHER (1970), em jovens, a encontrou em 32%, nos cinco anos anteriores. JACOBS (1971) (apud PETZEL & CLINE, 1978), encontrou 42% de indivíduos com doença física séria anterior, em grupo de tentativa de suicídio, comparado com 16% em grupo de adolescentes normais, não havendo diferenças quanto a sexo. Nossos dados demonstraram proporções semelhantes, mas, no caso de doenças psicossomáticas (42% e 26%, respectivamente), com uma incidência intermediária (34%) no grupo psiquiátrico.

Valorizamos mais a doença física, ou a psicossomática, não como um fator causal do ato suicida, mas como mais um dos eventos que se associam às características do sujeito suicida, e que, num sentido mais amplo fazem parte do processo suicida. Realmente, sabemos que a somatização é uma maneira do indivíduo lidar com seus conflitos inconscientes e, para alguns autores, já se constitui em equivalente suicida (MENNINGER, 1970). O processo de somatização foi discutido por KNOBEL (1974 B), em termos gerais e, especificamente para o adolescente, mostrando a maior vulnerabilidade do indivíduo a esse tipo de transtorno. BLEGER (1979) mostra como a doença psicossomática é uma imobilização do que ele chama de "núcleo aglutinado" no corpo, núcleo esse que é mobilizado em particular, na adolescência.

De qualquer forma, como veremos adiante, os problemas do adolescente suicida não se iniciam na adolescência, e por isso não estranhemos que a somatização seja um processo que já venha se arrastando desde a infância precoce. Exemplos de somatização podem ser vistos nos casos: 8, 10, 11, 16, 22, 24, 33, 47, 49 e 50.

O mesmo raciocínio pode ser aplicado para os ACIDENTES e USO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS. Para MENNINGER (1970), a "propensão a acidentes" se deve ao preço que os indivíduos devem pagar para continuar a sobreviver, "controlando" a agressividade, que é dirigida para dentro de si mesmos. De qualquer forma, o equilíbrio instável, faz com que muitas vezes o resultado seja a morte.

Assim, o acidente é comumente encontrado como um comportamento pré-suicida

(SCHECHTER & STERNLOF, 1970; PETZEL & CLINE, 1978), quando não se constitui ele mesmo no ato suicida. JACOBZINER (1965), em 597 tentativas de suicídio encontrou 10% com acidente prévio, e em 7% em outro membro da família. Isto sugere um ambiente "acidental" ou "suicida" também na família, que veremos melhor adiante. Há também estudos que mostram como os acidentes em crianças estão relacionados às características maternas (SHAFFER, 1974), o que também é válido para os atos suicidas.

Em nossos sujeitos que tentaram suicídio, não encontramos uma incidência maior de acidentes (TAB. 36), do que nos grupos controle, significativa. Mas no estudo individual dos casos, verificamos comumente uma associação dinâmica, como ocorre nos casos: 8, 17, 24 e 33.

Quanto às CIRURGIAS, encontramos uma proporção pouco maior no grupo suicida, mas não significativa (TAB. 35), o que coincide com os dados dos poucos trabalhos que se dedicaram a esse aspecto (WEINBERG, 1970; PETZEL & CLINE, 1978).

Já quanto a INTERNAÇÕES EM HOSPITAL GERAL (TAB. 37), o grupo suicida supera significativamente os demais. Isso nos sugere que, se as doenças em geral não mostram uma diferença significativa, pelo menos elas são mais graves, exigindo maior atenção médica. Isso confirma nossas hipóteses de que o processo de somatização no grupo suicida, se faz com maior intensidade. Devemos, no entanto, considerar que algumas dessas internações podem ser devidas a tentativas de suicídio anteriores, que incidem muito mais no grupo TS (TAB. 76).

O uso imoderado de BEBIDAS ALCOÓLICAS pode ser interpretado tanto do ponto de vista de auto-destruição como de acting-out. Como auto-destruição o raciocínio é o mesmo que usamos para doenças psicossomáticas. E, encontramos uma incidência maior de suicídio entre alcoólatras, variando entre 12 e 21%, conforme o autor. Já a porcentagem de alcoolismo entre pessoas que tentaram suicídio gira em torno de 20% (variando entre 0,5 e 39%) (ORG. MUNDIAL DE LA SALUD, 1968). A comparabilidade desses dados é restrita, face aos vários critérios usados para a definição de alcoolismo, e as diferentes populações de estudo usadas. STENGEL (1970) considera o alcoolismo como um suicídio crônico e mostra que há uma correlação entre a quantidade de álcool consumido numa comunidade e suas taxas suicidas. JAMES e cols. (1963), estudando uma amostra não selecionada de pessoas que tentaram suicídio, encontraram, à dosagem alcoólica, 64% com níveis críticos - e, só 14% admitiram estar intoxicados. Em sua amostra apenas 14% tinham história de alcoolismo. BUCHER e cols. (1972), em Brasília, encontraram 10% de alcoólatras em seus casos.

Em nossos sujeitos encontramos uma incidência maior de alcoolismo no grupo suicida (TAB. 40), mas não significativa. Dois desses indivíduos receberam o diagnóstico principal de alcoolismo. Nossos dados coincidem com os de BRATFOS (1971), que encontrou uma incidência pouco maior de alcoolismo em seu grupo suicida, comparado com o psiquiátrico. Mas, medindo o consumo de álcool (e sem considerar o diagnóstico), o grupo suicida mostrou uma prevalência em dobro de hábito.

Muitos autores chamam a atenção para o uso de álcool durante o ato suicida, o que aumenta o risco (JAMES e cols., 1963; SEIDEN, 1969; STENGEL, 1970). Medimos essa variável na TABELA 98, que aparece em 24% dos sujeitos suicidas: a metade referia ser para potencializar o método e a outra metade estava alcoolizada quando

do ato.

O uso de drogas, ou tóxicos e sua associação com tentativa de suicídio não está clara. Há relatos anedóticos, e talvez tanto drogas como tentativa de suicídio sejam meios de escapar de uma situação intolerável (SEIDEN, 1969). A maioria dos jovens nega sua utilização (ROHN e cols., 1977), mas WEISSMAN e cols. (1973) encontraram maior uso de drogas em suicidas que em depressivos.

No nosso estudo, o número de sujeitos do grupo TS que referiram uso de drogas (TAB. 41), foi maior que no grupo N. O grupo P encontrou-se em situação intermediária.

Quanto aos ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS, encontramos tanto no grupo TS como no P, a mesma incidência de internações em hospital psiquiátrico (TAB. 39). O mesmo ocorre em relação aos TRATAMENTOS ANTERIORES (TAB. 38). É interessante como esses tratamentos não evitaram o ato suicida, assim como é sugestivo que mais da metade dos indivíduos suicidas nunca tenha procurado ajuda psicológica ou psiquiátrica. Acreditamos que isso se deva, não só às características dos indivíduos, mas também à dificuldade de acesso a tais tratamentos.

5 . A ATUAÇÃO NOS INDIVÍDUOS QUE TENTAM SUICÍDIO

Nas TABELAS 42 a 46 encontramos a incidência de uma série de comportamentos que de certa forma trazem problemas ao indivíduo e a outras pessoas, e têm forte componente impulsivo. Brigas, problemas com a polícia, problemas na escola e no trabalho, aparecem de forma muito significativa, em maior proporção no grupo suicida que nos controles. Esses fatos se somam a uma maior intensidade de problemas de relacionamento (TAB. 47) e de atividade sexual, como aparece nas TABELAS 31 (namorados), 48 (problemas sexuais), 49 (antecedentes de gravidez em solteiro), além de um maior número de tentativas de suicídio anteriores (TAB. 76).

De uma forma geral, podemos supor que esses atos constituam atuações (acting-out), ou "expressões não verbais de um conflito inconsciente" (LITMAN, 1967). JOSSELYN (1967) afirma que a adolescência é a época da atuação e que se constitui, nessa etapa, numa fase psicológica tão normal como o é a sucção na infância. Define uma síndrome de atuação, caracterizada por: ação como substituta do pensamento simbólico, como alternativa para a recordação, e em particular, como meio de manejar os conflitos infantis através de um padrão repetitivo de conduta que é egossintônico, e graças ao que o ego evita as tarefas de avaliar a realidade e integrar os impulsos conflitantes e as exigências do superego. BLOS considera que a atuação nos adolescentes serve a uma síntese egóica, típica dessa fase, onde a ação "assume a qualidade de um gesto mágico: conjura o mal, nega os desejos passivos e afirma um controle delirante sobre a realidade" (apud BELLAK, 1967). Não é surpreendente, portanto, que um indivíduo que está elaborando uma série de lutos, com os conflitos daí decorrentes, utilize mecanismos desse tipo com certa frequência. Trata-se de uma ação fugaz e transitória, e é essa fugacidade e transitoriedade que diferencia

os mecanismos normais da adolescência, dos comportamentos psicopáticos doentios. ABERASTURY e cols. (1976) estudaram esses mecanismos em função da elaboração dos lutos básicos da adolescência.

Outros fatores que facilitam a atuação do adolescente, são as suas dificuldades de comunicação com o ambiente, que quando não responde a seu linguajar simbólico, o obriga a utilizar a ação como meio de expressão (ABERASTURY e cols., 1976). Junta-se a isso um brusco aumento energético, próprio da fase, e uma dificuldade com o esquema corporal, que leva o jovem a confusões na percepção do meio ambiente - deve reaprender as distâncias, os volumes, re-situar seu corpo no espaço (HAIM, 1969). E, mais ainda, existem as perturbações na noção do tempo, em que não são raros estados caóticos, semelhantes ao processo primário, em que não se distingue presente, passado e futuro, e em que as urgências, por vezes, são enormes (KNOBEL 1976 A e 1980).

Em resumo, podemos supor que, se a atuação é normal no processo adolescente, ela será mais utilizada, e tenderá a se fixar nos casos em que haja maior dificuldade para elaborar a adolescência, dificuldade essa decorrente dos conflitos infantis não resolvidos. É o que ocorre provavelmente nos nossos pacientes suicidas. Voltaremos a isto na discussão dos aspectos familiares. De qualquer forma, as características do indivíduo que atua, descritas por BROWN (1978), se assemelham em muito às de nossos adolescentes suicidas:

- 1) baixa tolerância à frustração, narcisismo elevado e oralidade aumentada (ligada a traumas infantis por super ou sub-indulgência);
- 2) distorção na relação ação-verbalização, geralmente relacionada a dificuldades no processo de autonomia-separação do 2º ano de vida;
- 3) geralmente existe elevada erotização visual (exibição);
- 4) crença na ação mágica para resolver seus problemas de gratificação.

Enfim, a tendência a agir no adolescente, facilita a execução do ato suicida. Provavelmente serão utilizados os meios mais à mão, sem um planejamento anterior, e talvez isso explique o grande número de tentativas não bem sucedidas. Por outro lado, essa mesma impulsividade pode frustrar um plano preconcebido (HAIM, 1969). A tentativa de suicídio deve ser considerada como uma atuação grave.

Exemplos de comportamentos atuadores podem ser encontrados nos casos: 8, 19, 24, 26, 32, 37, 39, 40, entre outros.

6 . ATIVIDADE SEXUAL E MENSTRUÇÃO

Quanto a características ligadas à ATIVIDADE SEXUAL, verificamos não só uma prevalência maior de namorados no grupo suicida (TAB. 31), como razoável proporção de problemas de ordem sexual. A fidedignidade das informações em relação a estas questões deixa muito a desejar - por outro lado a comparação com o grupo N é impossível, pois neste grupo encontramos a maior proporção de indivíduos sem vida sexual ainda. O que fica evidente, destes dados e também da TABELA 11 (estado civil)

é que a vida sexual nos jovens do grupo suicida se inicia mais precocemente.

No entanto, a análise das histórias clínicas (casos 1, 11, 12, 18, 23, 40, 48, por ex.), mostra que não se trata de vida sexual no sentido adulto, mas sim de uma procura regressiva de objetos substitutos, "simbióticos". Trata-se mais de uma atuação sexual, do que de um relacionamento sexual adequado. É por isso, também, que encontramos mais separações e maior incidência de gravidez em solteira. Este evento, gravidez em solteira (TAB. 47), assume proporções extremamente preocupantes (32%), não só pelo fato em si, mas pelas repercussões posteriores que acarretará no psiquismo, tanto da jovem, como da criança, se tiver a sorte (ou azar, conforme o caso) de ter nascido. Como vemos em nossas histórias clínicas, após a gravidez segue-se uma "carreira" de abortos, casamentos frustrados ou infelizes e filhos abandonados, entremeados de tentativas de suicídio.

A literatura sobre a relação entre gravidez e tentativas de suicídio é muito rica. Já HELLER, em 1900, encontrava 10% de mulheres grávidas em 70 autópsias de mulheres suicidas (apud OTTO, 1972). JACOBZINER (1965) encontrou gravidez ilegítima em 4,8% de seus 597 casos, e TEICHER (1970) em 22%, mostrando que a gravidez alienava as moças da sociedade, com rejeição por parte do namorado, família e grupo. OTTO (1972) encontrou a proporção de 6,1% em 1226 moças, mas acredita que os dados estão subestimados, porque muitas jovens não informam ou não sabem de sua gravidez. Analisando o grupo grávido, em comparação com o restante, encontrou que os membros daquele haviam deixado a escola para trabalhar em maior proporção, e 17,3% tinham tentativas de suicídio anteriores (quando não grávidas); 44% atribuíram a tentativa à gravidez, e o restante a conflitos com a família e namorado. A maior incidência da tentativa era no 2º ou 3º mês e no 7º mês da gestação.

PETZEL & CLINE (1978) revêem vários trabalhos e em alguns encontram indicações de que as taxas de gravidez encontradas em moças que tentam suicídio não diferem da população normal. Mas citam JACOBS (1971), que em seu estudo com controles normais, encontra uma incidência de 27% de gravidez nas moças suicidas, contra nenhum caso no grupo controle.

GABRIELSON e cols. (1970), estudando 105 moças grávidas até 17 anos, encontraram 14 com tentativas ou ameaças sérias num período de 8-9 anos após o parto. O número mediano de meses entre o parto e a tentativa foi de 20 meses. Acreditam que a taxa de tentativa nesse grupo (grávido) é dez vezes superior ao da população dessa faixa etária.

Na verdade, os nossos dados sugerem que deve existir um comportamento endêmico em relação à tentativa de suicídio, em moças que engravidaram solteiras. Falta estudar a incidência, partindo-se de moças grávidas. Salienta-se também, que o ato suicida geralmente ocorre tempos após a gravidez, conforme vemos em nossos casos (por ex. caso 3).

Há evidências também que a gravidez em moças e meninas ocorre cada vez mais precocemente. PINTO E SILVA e cols. (1980) mostraram que 57,7% das moças grávidas atendidas no Hospital de Clínicas da UNICAMP tiveram sua primeira relação sexual antes dos 15 anos, e que 22,6% dos partos ali realizados, em 1979, eram de menores de

20 anos. 45,9% dos filhos eram indesejados. A grande maioria das vezes a relação sexual se ligava mais a uma necessidade de carinho e apoio, que a sexo em si e muitas moças se achavam imunes à gravidez, sem motivo lógico, negando sua possibilidade.

O que acontece com o produto da gestação pode ser visto na TABELA 50. É difícil acreditar na fidedignidade da informação, face a se considerar o aborto provocado como crime. De qualquer forma, aborto aparece com maior incidência no grupo TS, e cremos que esses dados estão subestimados. Interessante é que em dois casos (casos 7 e 34), a paciente suicida se encontrava grávida, e a despeito de não citar esse motivo como fator para a tentativa, há indicações que havia algum desejo de abortar ligado ao ato. BERGSTRAND & OTTO (1962) chamam a atenção para esse fato, e se perguntam se muitas tentativas de suicídio em grávidas, não seriam realmente tentativas de aborto.

A importância da gravidez no desencadear da tentativa de suicídio não pode ser desprezada, mas acreditamos que gravidez e tentativa de suicídio são conseqüência do mesmo processo: necessidade de carinho e de conseguir algum tipo de relacionamento. Acreditamos que a gestação é procurada consciente ou inconscientemente como maneira de ligar-se a um homem, de conseguir um filho como companhia, como punição pela atividade sexual sentida como culposa, como uma forma de punir os pais, mostrando sua "independência" e que já é "mulher adulta", ou ainda, obedecendo a um desejo instintivo ligado à maternidade. A autopunição e a punição dos pais é mostrada claramente nos casos 3 e 4. Em casos que chamaríamos mais "benignos", a própria vida sexual tem essa finalidade, não se chegando (ainda) à gravidez, como mostra o caso 11.

Quanto à MENSTRUACÃO, existem evidências de que ocorre uma piora no estado emocional, em períodos para-menstruais. HELLER, em 1900, já encontrara 35,9% das 70 mulheres suicidas que autopsiara, menstruadas (apud OTTO, 1972). HIPÓCRATES já citara maior incidência de perturbações mentais em relação a distúrbios menstruais (apud ROSEN, 1975). Há demonstrações claras da relação entre crimes violentos (D'ORBAN & DALTON, 1980), admissões de crianças em salas de emergência (DALTON, 1970), e maior procura de ajuda psicológica, e esse período (SURREY e cols., 1975). Parece que 50% da população normal mostra perturbações emocionais pré-menstruais, se bem que a depressão aparece com maior proporção nas tentativas de suicídio que na população geral (BIRTCHNELL & FLOYD, 1975). WETZEL & MCCLURE JR. (1972) revisaram 23 estudos sobre esse tema, de 1900 a 1971, encontrando resultados inconsistentes e contraditórios.

Em nossos sujeitos encontramos uma incidência de 50% de tentativas em período pré-menstrual ou menstrual (TAB. 102). Somente 24 pacientes foram investigadas quanto a este aspecto, que nos chamou a atenção apenas no meio da investigação, a partir do relato clínico. Nos casos 10, 17 e 26 verifica-se a ligação espontânea que as pacientes fizeram entre seu estado emocional pré-menstrual e a tentativa de suicídio.

Existe também uma possibilidade de que muitos casos de tentativas ocorridas no período pré-menstrual estejam ligados a atrasos menstruais e medo de gravi

dez, como ocorre no caso 7. Esse aspecto merece ser melhor investigado.

7 . O "AMBIENTE SUICIDA"

Encontramos em nossos sujeitos do grupo TS um "ambiente suicida", em que o comportamento suicida parece fazer parte do dia a dia. Grande proporção desses indivíduos têm histórias de tentativas anteriores, muitos com 3 ou mais (TAB. 76), mostrando que o ato suicida já se incorporou ao tipo de relação com o ambiente. Todos os autores concordam, em que é muito grande a repetição do comportamento. Encontramo-la em 8 a 63% dos casos, conforme o autor (SCHMIDT e cols. 1954; BERGSTRAND & OTTO, 1962; LAWLER e cols., 1963; JACOBZINER, 1965; DUCHÉ, 1968; SEIDEN, 1969; TEICHER, 1970; BRATFOS, 1971; DAVIDSON e cols., 1972; FRIEDMAN e cols., 1972; WEISSMAN e cols., 1973; BASTOS, 1974; PAYKEL e cols., 1974; BARRACLOUGH, 1974; ROHN e cols., 1977; BUCHER e cols., 1978; MARKS, 1979). FRIEDMAN (1978) mostra que o grupo com tentativas menos sérias tinha menos tentativas anteriores. BRATFOS (1971) acha que os jovens que repetem têm características diferentes dos restantes, sendo geralmente moças mais imaturas, que agem impulsivamente de forma menos grave. Mas, chama a atenção para alguns casos em que o instinto de morte é particularmente tenaz.

Em nossa casuística encontramos 48% dos casos com mais de uma tentativa anterior. Tivemos também a oportunidade de acompanhar uma "epidemia" de suicídio em um bairro, em que em duas semanas encontramos três tentativas. As três moças (com idade em torno de 14 anos) se conheciam entre si, e todas fizeram o ato por problemas com namorado ou parceiro. Dois desses casos se encontram neste trabalho (casos 12 e 14) - o terceiro foi perdido porque a informação só nos chegou posteriormente, através de familiares de um dos casos anteriores, tendo escapado do registro policial. Não sabemos se nossas visitas não podem ter contribuído para o ato, pois o pedido de visita ao terceiro caso veio por intermédio dos outros dois.

KREITMAN (1970) e KREITMAN e cols. (1970) chamam a atenção para o fato de que muitas vezes, em determinados ambientes, a tentativa de suicídio é reconhecida culturalmente como uma forma de comunicação, de pedido de ajuda - e a imitação é de certa forma estimulada, ainda mais se os resultados são vantajosos para o indivíduo.

Quanto a suicídios e tentativas no ambiente familiar e próximo, a literatura também mostra uma concordância, quanto a uma maior incidência. Encontramos dados que variam desde 2% até 43%, em várias amostras, não comparáveis (SCHMIDT e cols., 1954; BATCHELOR, 1954; MOSS & HAMILTON, 1956; DUCHÉ, 1968; RIVAILLE, 1970; PETZEL & CLINE, 1978; CRUMLEY, 1979). Encontrou-se 2% de história familiar de suicídio em suicídios completos, mas analisando-se a faixa etária de 10 a 20 anos, a proporção subiu para 10%. Há indicações de que quanto mais sério o comportamento suicida, maior o relato de experiências suicidas em parentes (PETZEL & CLINE, 1978).

RESNIK (apud LEVY, 1979), faz blague em torno da "contagiosidade" do comportamento suicida, hipotesizando a "existência" de um "Suicidococcus contagiosus" que deveria ser estudado e combatido pelos especialistas em Saúde Pública.

Em verdade, o efeito da sugestão e da imitação dos comportamentos suicidas é muito grande. Temos que lembrar, também, que muitas vezes essa identificação patogena se inicia na infância, e percorre todas as vicissitudes decorrentes dos conflitos relativos ao objeto perdido. Dessa forma, encontraremos identificações com o morto, com a maneira de morrer, com a idade ou época da morte (e aqui temos as reações de aniversário). Outras vezes, durante a busca de identidade, na adolescência, o jovem pode escolher uma "identidade negativa" (ERIKSON, 1976) e, se ser um suicida é uma das poucas identidades à sua disposição, ela poderá ser a escolhida.

Em nossos casos encontramos uma incidência muito maior de comportamentos suicidas no ambiente de nosso grupo TS, em relação aos outros dois (TAB. 77, 78, 79, 80), tanto para tentativas como para suicídios completos. Nas histórias clínicas verificamos, de forma clara, a influência desses aspectos, que assinalamos no rodapé de cada relato.

Outro fator, que se encontra com maior frequência no grupo TS, são MORTES em geral, no ambiente. Na TABELA 81 verificamos um maior número de mortes de pessoas queridas no último ano, em relação a ambos os controles, mas significativa somente em relação ao P. Não conseguimos determinar a importância desses lutos, mas podemos supor que de alguma forma se somam aos problemas que estão sendo enfrentados na adolescência. Em algumas histórias clínicas, isso aparece de forma evidente (por ex. no caso 4).

8 . AS FAMÍLIAS DOS JOVENS QUE TENTAM O SUICÍDIO

A psiquiatria contemporânea valoriza cada vez mais as constelações familiares na predisposição à eclosão de doenças. Existe uma dinâmica de relações de objeto em que, através de processos de projeção e introjeção se constrói toda uma realidade interna, nela assumindo particular importância a figura dos pais. E, a influência dos fatores familiares remonta à mais precoce infância: objetos bons, adequados e gratificantes resultarão em um mundo interno mais tranquilo, menos conflitivo, enquanto que uma realidade externa má, agressiva e frustrante tende a criar um mundo interno cheio de objetos maus, perseguidores, destruidores e destruídos (KLEIN, 1934 e 1969; UCHOA, 1981). Por isso, a importância de figuras parentais equilibradas psicologicamente é ímpar, no sentido de criar condições para uma vida mental satisfatória.

Em nossos casos encontramos uma diferença significativa entre as características das famílias de origem de nossos pacientes suicidas, em relação aos dois grupos controles. São famílias com maior incidência de separações dos pais, de doenças, de alcoolismo, em que o relacionamento entre os membros da família é pior, e com maior envolvimento com a polícia e a justiça. O grupo de pacientes psiquiátricos, de uma forma geral, se encontra em relação a algumas dessas características, num ponto intermediário entre o grupo "normal" e o grupo suicida.

O conceito de "lar desfeito" é de grande ajuda metodológica para a análise conjunta dessas características. Infelizmente, a divergência de critérios quanto ao que seja "lar desfeito", restringe as comparações. Já citamos no CAPÍTULO II, a incidência de lares desfeitos nos trabalhos por nós revisados. Infelizmente, os problemas metodológicos e, principalmente a ausência de grupos controle, limitam muito a sua interpretação. Apenas 11 autores utilizam grupos controle, sendo que somente dois apresentam informações de populações mais próximas do normal. Na TABELA 127, comparamos os dados desses trabalhos, com os nossos.

TABELA 127 : PROPORÇÃO DE LARES DESFEITOS, EM TRABALHOS SOBRE TENTATIVA DE SUICÍDIO QUE UTILIZAM GRUPOS CONTROLE (EM %)

AUTOR E ANO	GRUPO TS	GRUPO N	GRUPO P
WALTON (1958)	76,6	--	53,3
BRUHN (1962 e 1963)	42	--	25
OHARA (1964) (apud FAIGEL, 1966)	2 x p	--	TS/2
GREER (1964)	64,5	--	37
GREER e cols. (1966)	49	28	28
JACOBS & TEICHER (1967) (apud SEIDEN, 1969)	72	53	--
BIRCHNELL (1970)	46,5	--	32,8
STANLEY & BARTER (1970)	94	--	56
KOSKI (1971)	66	--	33
BRATFOS (1971)	26,8	--	17,6
WEISSMAN e cols. (1973)	40	--	40
nossos dados: (CASSORLA, 1981)			
crit. 1	22	8	0
crit. 2	44	28	22
crit. 3	74	42	40

Observações: 1) Os autores utilizam em suas amostras todas as idades, com exceção de JACOBS & TEICHER (adolescentes), KOSKI (10-15 anos), STANLEY & BARTER (10 a 21 anos) e CASSORLA (12 a 26 anos).

2) WALTON estudou pacientes deprimidos hospitalizados, nos dois grupos; BRUHN estudou pacientes ambulatoriais; OHARA pacientes ambulatoriais com e sem antecedentes suicidas; GREER (1964) estudou neuróticos e sociopatas, com e sem antecedentes suicidas, ambulatoriais; GREER e cols. estudaram pacientes internados, sendo o controle "normal" constituído de pacientes de clínica médica, cirúrgica

gica e obstétrica; JACOBS & TEICHER utilizaram adolescentes "normais" no controle; BIRTCHNELL estudou pacientes internados deprimidos, comparando os que tentaram sui cídio e os que não tentaram; STANLEY & BARTER, KOSKI e BRATFOS estudaram pacientes internados; WEISSMAN estudou suicidas atendidos em emergência clínica e deprimidos ambulatoriais.

3) Os autores que utilizaram pareamento entre o grupo de estudo e o controle foram: BRUHN (sexo, idade e ocupação), GREER e cols. (idade, origem, classe social e diagnóstico psiquiátrico), JACOBS & TEICHER e BIRTCHNELL (idade e sexo), STANLEY & BARTER (idade e sexo), KOSKI (idade), BRATFOS (idade, sexo e diagnóstico), WEISSMAN (idade, sexo, classe social, raça e estado civil) e CASSORLA (idade, sexo e nível sócio-econômico - esta variável só para os grupos TS e N).

4) Os critérios utilizados para "lar desfeito" foram os seguintes: WALTON: perda de figura parental antes dos 14 anos, brigas freqüentes e separações prolongadas dos pais; BRUHN: ausência ou perda de figura parental por 6 meses ou mais, antes dos 15 anos; OHARA: ausência de figura parental ou ambiente perturbado; GREER e GREER e cols.: perda de figura parental por 12 meses ou mais, antes dos 15 anos; JACOBS & TEICHER: ausência de figura parental; BIRTCHNELL: perda de figura parental antes dos 19 anos, e ilegitimidade; STANLEY & BARTER: perda de figura parental antes dos 12 anos; KOSKI: não viver com ambos os pais; BRATFOS: privação de figura parental antes dos 16 anos, por morte, divórcio ou ilegitimidade; WEISSMAN: perda de figura parental "desde a infância". Os três critérios nossos estão assinalados no item de Características Familiares, no CAPÍTULO IV (RESULTADOS).

As observações numerosas, ao rodapé da tabela, demonstram como é praticamente impossível fazer-se uma comparação entre os dados dos vários autores. Além disso, muitos estavam mais interessados em estudar a doença mental e o eventual comportamento suicida em doentes mentais, do que propriamente o ato suicida em si. Os critérios de seleção dos pacientes e controles e os critérios de comparação, também são muitas vezes criticáveis. E, em geral, as amostras eram muito pequenas.

Possivelmente nosso trabalho foi o único que se preocupou com a seleção de adolescentes "normais", através de visitas domiciliares, diminuindo bastante a possibilidade de fatores mórbidos intervenientes, e, estudando também outras variáveis.

Nossos dados mostram, portanto, qualquer que seja o critério para definir lar desfeito, que estes se apresentam em maior proporção no grupo suicida, sendo mais significativo o critério 3. Cremos também que é o mais lógico, pois doenças crônicas e alcoolismo impedem que a função parental se processe adequadamente.

Desde que supomos que as influências parentais se fazem sentir com maior intensidade quanto mais jovem é a criança, esperávamos encontrar maior índice de perda parental precoce no grupo suicida em relação ao grupo "normal". É realmente o que ocorre (TAB. 53 e 54). O mesmo é encontrado por OHARA (1964) (apud FAIGEL, 1966); GREER e cols. (1966) e BRATFOS (1971), sendo que este último autor só encontrou diferença estatisticamente significativa para as perdas antes dos 5 anos de idade.

Uma das hipóteses que formulamos durante o nosso trabalho é que, se a im

portância dos lares desfeitos é razoável para a história natural do ato suicida, em jovens, provavelmente os casos que não apresentam lar desfeito teriam famílias que se comportariam de forma tal, que se assemelhassem a um lar desfeito. Em outras palavras, existiriam "lares desfeitos" do ponto de vista psicológico, mesmo nos casos em que não existissem "lares desfeitos" do ponto de vista objetivo. Se isso fosse verdade, a comparação entre pessoas que tentaram suicídio com e sem lares desfeitos, provavelmente não mostraria características diferentes. Dessa forma, fizemos essas comparações com uma série de variáveis, selecionadas em função de sua importância dentro do grupo suicida, importância essa bem superior à existente nos outros dois grupos. Selecionamos doenças e acidentes (TAB. 84), tentativas de suicídio anteriores (TAB. 85), tentativas e suicídios no ambiente (TAB. 86 e 87), problemas com polícia e justiça (TAB. 88), problemas em geral (TAB. 89), migrações (TAB. 90), gravidez em solteiras (TAB. 91), impressão diagnóstica (TAB. 92) e mortes no ano anterior (TAB. 93).

Conforme o esperado, as diferenças encontradas não foram estatisticamente significativas, exceto para o caso de envolvimento com a polícia e a justiça, mas esse dado perde o valor quando nos lembramos que um dos critérios para a inclusão no grupo lar desfeito era a prisão de um dos pais. De qualquer forma, na maioria das comparações, a incidência das variáveis era um pouco maior no grupo com lar desfeito. Isso nos sugere, que se o grupo sem lar desfeito se aproxima de seu funcionamento do grupo com lar desfeito, pode haver uma tendência deste a ter características próprias.

É evidente que as conclusões dos parágrafos anteriores são hipotéticas e somente estudos posteriores as confirmarão ou não.

Na verdade, dos autores citados acima, a maioria não dá ao lar desfeito, por si só, uma importância cabal. BRUHN (1962 e 1963) acha que fatores de desorganização social, tais como mobilidade residencial, desemprego, desarmonia conjugal e perda de pessoas da família por ausência ou morte, no ano anterior, são também de importância, pois incidem em maior proporção no grupo suicida que no controle. Infelizmente, esse autor só comparou duas dessas variáveis, entre os grupos com e sem lar desfeito: quando à desarmonia conjugal não encontrou diferenças significativas nos dois grupos, mas quanto a perdas de familiares no último ano, o grupo com lar desfeito teve uma incidência significativamente maior, que no grupo sem lar desfeito. Supõe desses dados que a repetição das perdas reativa sentimentos de perdas passadas. O mesmo é sugerido por GREER e cols. (1966), mas analisando a quebra de relações interpessoais, em relação à perda de pais na infância: o grupo sem pais parecia ser mais vulnerável à perda de pessoas amadas, mais tarde. Nos nossos casos, não encontramos diferenças significativas em relação a mortes de pessoas próximas no último ano, em pacientes com e sem lar desfeito (TAB. 93); quanto à quebra de relações interpessoais, a análise mostra essa quebra em praticamente todos os casos, com e sem lar desfeito (TAB. 82). GREER e cols. (1966) fizeram outras comparações entre tentativas de suicídio com e sem lares desfeitos. A incidência de psicopatia foi maior nos lares desfeitos. Nos nossos casos não houve diferença significativa,

quanto a essa variável, se bem que o número de casos com esse diagnóstico foi pequeno. GREER e cols. não encontraram, tampouco, diferenças entre os dois grupos quanto a sexo, estado marital, classe social, tentativas anteriores e isolamento social, dados esses que sugerem, assim como em nosso trabalho, que a diferença entre os dois grupos não é apreciável, de forma geral.

Dois trabalhos destoam um pouco dos outros: STANLEY & BARTER (1970) encontraram diferença significativa quanto a perda parental antes dos 12 anos, comparando o grupo suicida com grupo psiquiátrico, mas não houve diferenças quanto à natureza da perda (morte, separação, etc.), quanto a alcoolismo e quanto a discussões entre os pais. Mas, a incidência de ameaças de separação era maior no grupo suicida. Estes dados divergem dos nossos, em que encontramos significativamente maior número de separações (e não de mortes) nos pais, e mais alcoolismo e mau relacionamento entre os pais no grupo suicida. É provável que as diferenças sejam devidas a se tratarem de amostras selecionadas com critérios diferentes.

JACOBS & TEICHER (1967) (apud SEIDEN, 1969) tampouco acreditam que a diferença quanto a lar desfeito seja significativa, nos seus grupos de suicidas e adolescentes normais. A maior diferença encontrada entre os dois grupos foi que o grupo controle apresentou uma experiência de vida familiar mais estável nos 5 anos precedentes à tentativa. Isso ocorre também em nossos casos, em relação a ambos os grupos controles, que apresentam de uma forma geral um menor número de problemas (TAB. 82). Esses autores valorizam menos a perda do objeto de amor e mais a perda do próprio amor. Nossas hipóteses sobre os lares não desfeitos funcionarem como se fossem lares desfeitos seguem a mesma linha.

Analisaremos agora, em particular, alcoolismo e doenças nos pais, características essas que fazem parte do nosso critério para lares desfeitos.

Quanto ao alcoolismo nos pais, encontramos relatos que variam desde 2% (JACOBZINER, 1965), até 31% (ROHN e cols., 1977), mas a maioria dos autores acredita que a incidência é significativa (BATCHELOR, 1954; BERGSTRAND & OTTO, 1962; LAWLER e cols., 1963; SEIDEN, 1969; POROT, 1969; GARFINKEL & GOLOMBEK, 1974), a despeito de não existirem grupos controles. STANLEY & BARTER (1970) são os únicos que estudam essa variável no seu grupo controle psiquiátrico, encontrando a mesma proporção que no grupo suicida (29%). Nossos dados indicam 30% de alcoolismo nos pais e 5% nas mães do grupo TS, contra 6 e 1 no N e 11 e 1 no P (TAB. 55 e 56). A comparação com os outros trabalhos é dificultada não só pelos diferentes critérios usados para a definição do que seja alcoolismo, como também pelas variações culturais importantes em relação a esse hábito.

A incidência de doença mental nos pais é também às vezes citada (BATCHELOR, 1954; BERGSTRAND & OTTO, 1965; LAWLER e cols., 1963; OTTO, 1972), variando entre 15% (WINN & HALLA, 1966) e 33% (DAVIDSON e cols., 1972). Nenhum trabalho utiliza grupos controles. Nos nossos pacientes a proporção foi mais ou menos semelhante nos três grupos (TAB. 55 e 56). A comparação com outros autores é difícil pela diferença de critérios diagnósticos (alguns trabalhos incluindo alcoolismo) e de grupos estudados.

Não encontramos trabalhos preocupados com doença física crônica incapacit

tante nos pais, fato esse que parece ocorrer um pouco mais em nossos casos, em relação aos controles (TAB. 55 e 56).

De qualquer forma, acreditamos que essas variáveis, mesmo quando surgem isoladamente, fazem com que as figuras parentais tenham seu papel prejudicado, com as consequências que veremos a seguir. Antes, porém, discutiremos a ORDEM NA IRMANDADE.

Quanto a essa variável, a literatura é controversa. Há quem ache que os primeiros filhos têm maior probabilidade de cometer ato suicida (TOOLAN, 1962 e 1975; DUCHÉ, 1968), talvez por reflexo da maior vulnerabilidade decorrente da perda de amor por nascimento de irmão. E, contraditoriamente, há quem postule que filhos únicos e primogênitos têm menor incidência, pois "a capacidade afetiva dos pais parece ser suficiente para compensar qualquer outra dificuldade" (CAZZULLO, in BROOKE, 1976). HALDANE & HAIDER (1967) e SHAFFER (1974) encontraram incidência maior nos primeiros filhos e nos caçulas, e LAWLER e cols. (1963) encontraram maior proporção de tentativas de suicídio em "posições especiais" na irmandade (filhos únicos, caçulas e primogênitos). Acreditamos que um pouco da contradição entre os autores se deve ao fato de não trabalharem com grupos controle, e de suas populações de estudo serem diferentes.

Quanto à influência de fatores genéticos, o estudo clássico de KALLMANN e cols. (1949) mostrou que não existe concordância em relação a suicídio em gêmeos univitelinos, excluindo assim esses fatores como importantes. Tampouco foi encontrada a maior incidência de suicídio em filhos únicos, em relação ao esperado.

Nos nossos casos não encontramos diferenças entre a ordem na irmandade e a distribuição dessa variável no grupo "normal" e no grupo psiquiátrico (TAB. 29). Portanto, em termos epidemiológicos, a ordem na irmandade tem pouco valor. Já, em termos clínicos, e associado a outras variáveis, esse fator pode ser importante. O mesmo ocorre em relação a indivíduos que são de sexo oposto ao dos seus irmãos - não há diferença entre os três grupos (TAB. 30), mas no estudo clínico encontramos problemas peculiares (v. por ex. casos 18 e 47). UCHOA (1981) assinala como um menino entre irmãs tende a se identificar com a figura feminina, e vice-versa, e mostra que as posições na irmandade têm importância na dinâmica familiar.

Em alguns casos (v. por ex. casos 17 e 47), surge também a rivalidade entre irmãos, como um fator contribuinte para o ato suicida. O mesmo foi citado por PERLSTEIN (1966), KOHLER & CHAMBARD (1967) e SEIDEN (1969).

Voltaremos agora ao estudo da dinâmica familiar como um todo. O estudo dessa dinâmica é mais produtivo a partir da análise das histórias clínicas dos casos.

A procura de um lar e a necessidade de sua reconstituição, aparece claramente no caso 44, em que o indivíduo se desfaz de tudo para "retornar" ao lar idealizado. E seu fracasso o leva à tentativa de suicídio. As vicissitudes da procura de um lar e de pais substitutos, de uma maneira desenfreada, é encontrada na maioria dos casos, levando a comportamentos por vezes psicopáticos e a ligações desesperadas, de natureza simbiótica (ou diríamos melhor, "parasitárias"), com objetos substitutos. É dentro dessa procura que se entendem as "carreiras" de muitos de nossos sujeitos que podem incluir: namoro, atuação sexual, gravidez, abortos, nascimento

de filhos, casamento sem amor, fracasso no casamento, etc. Ou, em outros casos, apa-rece já a psicopatia franca.

Mesmo nos casos em que não há lar desfeito objetivo, encontramos problemas no relacionamento do casal parental, ou características complementares que são pre-judiciais ao desenvolvimento dos filhos. Mães super-protetoras e sedutoras (casos 21 e 47 por ex.), mães doentes, deprimidas, com dificuldades de assumir seu papel feminino (caso 17 por ex.), mães repressoras com inveja da sexualidade das filhas (caso 11 por ex.). Pais geralmente sentidos como ausentes, fracos ou então autori-tários, mas incapazes de carinho, são alguns exemplos (casos 4, 11, 15, 24, 36).

As características dos pais dos adolescentes com atos suicidas foram estu-dadas por vários autores, muitas vezes a partir de material de psicoterapia. De uma forma geral, existe consenso quanto à significância de uma ou mais das seguintes perturbações no ambiente familiar: ausência de pai e/ou mãe, desavenças familiares entre os pais e/ou entre os pais e os jovens, ilegitimidade, crueldade, rejeição ou abandono por parte dos pais, alcoolismo nos pais, conflitos entre os irmãos, etc. (BERGSTRAND & OTTO, 1962; GOULD, 1965; FAIGEL, 1966; DUCHÉ, 1968; HAIM, 1969; SEI-DEN, 1969; TEICHER, 1970; SCHECHTER & STERNLOF, 1970; DAVIDSON e cols., 1972; SAM-PAIO, 1973; GARFINKEL & GOLOMBEK, 1974; HART & KEYDEL, 1979; ABREU, 1980).

Quanto à percepção emocional que os sujeitos têm do papel principal exerci-do por seus pais (TAB. 60 a 66), estamos conscientes que a metodologia utilizada pa-ra sua obtenção não é a melhor. O ideal seria um conhecimento melhor dos sentimen-tos do paciente através da psicoterapia, mas, mesmo assim, cremos que nossos dados indicam uma tendência.

Chama a atenção a alta proporção de pais fracos no grupo TS, em relação aos outros dois. E, naquele grupo há uma maior proporção de mães autoritárias, em relação ao grupo N.

Nossos dados coincidem com os dos outros autores, se bem que a maioria se guiou mais pelo estudo de aspectos clínicos e de material de psicoterapia (LAWLER e cols., 1963; GLASER, 1965; HALDANE & HAIDER, 1967; RIVAILLE, 1970; CUK e cols., 1971; TOOLAN, 1972; CORDER e cols., 1974; BROOKE, 1976). A passividade dos pais faz com que muitas vezes a mãe preencha o vácuo, assumindo o papel de disciplinadora (BROOKE, 1976), tornando-se controladora e dominante (GLASER, 1965) e frustrando o jovem no seu desejo de tornar-se independente. Isso é observado com frequência em nossos casos, em que a ligação materna com o filho assume características edípicas e com a filha, de rivalidade e controle exagerados. GLASER (1965) acredita que a ausência do pai (real ou emocional) deixa um vácuo no balanceamento familiar, não dando chance à luta da criança contra a mãe dominante: a luta do jovem é para expe-rimentar seus próprios recursos, e a rebeldia contra a mãe é mais para tentar man-ter sua independência. Acrescentaríamos nós, que a libertação dessa mãe dominante se fará com mais dificuldade, face à ambivalência em relação ao desejo de experimen-tar sua identidade adulta e ao desejo de continuar sendo a "criança da mamãe", o que levará a uma maior dificuldade na elaboração dos lutos da adolescência (CASSOR-LA, 1979). Devemos também levar em consideração os contra-lutos dos pais (PERESTREL

LO, 1981), que deverão lidar com a perda da criança; evidentemente isso será mais difícil, se a mãe tiver usado o filho para suprir sua carência pela ausência real ou sentida do marido.

Há possibilidade que essa ausência de figura paterna seja mais prejudicial para as moças (SEIDEN, 1969; BROOKE, 1976), e talvez esse seja um fator de certa importância para explicar a maior tendência de tentativa de suicídio nesse sexo. Em verdade, é muito grande a importância do pai, como o terceiro, aquele que de certa forma possibilita a discriminação inicial do ser humano ao permitir a integração da situação edípica mais precoce. A integração triangular é que vai facilitar o desenvolvimento ulterior do indivíduo, evitando uma fixação à figura materna, ou no dizer de BLEGER, permanecendo numa situação "simbiótica", em que a discriminação, o sincretismo, dominam o quadro estrutural, tanto da criança como da família (BLEGER, 1967; HAIM, 1969; KNOBEL, 1976 B). Isso explica a alta incidência de relacionamentos simbióticos, indiscriminados, em nossos pacientes. Essa mesma ausência do pai, tornará mais perigosos os impulsos edípicos na adolescência - não só pela ausência real do terceiro, mas também pela idealização que se faz do pai ausente. NEUBAUER (1960) mostra que essa figura idealizada terá tanto o poder de gratificar como de punir, e a agressão frente a ela será reprimida.

A grande prevalência de pais fracos ou ausentes, tanto no grupo psiquiátrico como em maior proporção no grupo suicida, nos lembra as hipóteses de ERIKSON (1976) sobre as influências da escravidão na definição do papel dos pais, nos EUA. Para ele, o escravo homem não tinha praticamente papel por não ser ele o provedor do lar, e a educação e responsabilidade dos filhos era dividida somente entre as mulheres. Daí também a grande incidência de adoções ou a facilidade com que eram criados filhos de outras pessoas, ou ainda, a pouca importância dada a quem era realmente o pai das crianças. Acrescentaríamos nós se isso não seria também devido à frequência de gestações provocadas pelos brancos nas escravas. De qualquer forma, nossa hipótese é que talvez restos desse tipo de comportamento possam existir entre nossas classes mais humildes, reforçados pelas dificuldades sociais, que fazem com que muitas vezes o homem não consiga sustentar seu lar, e por isso acabe perdendo seu papel. É uma hipótese, que só poderá ser comprovada através de estudos antropológicos, mas que pode nos ajudar a entender também a razoável proporção de ilegitimidade provável e de problemas referentes a cor em nossos sujeitos.

As combinações de papéis sentidos emocionalmente em relação aos pais, mostram uma incidência grande, no grupo TS, de pais fracos ou equilibrados, sendo com pensados por mães autoritárias. Já no grupo N e P os pais autoritários se encontram nos primeiros lugares, sugerindo que a percepção de autoritarismo ou autoridade no pai se aproxima mais do normal, se bem que aqui ainda predominem os pais (de ambos os sexos) sentidos como equilibrados.

Em verdade, o tipo de complementaridade de papéis pode eventualmente ser mais ou menos desvantajoso. Mas, tudo indica que o pai fraco, qualquer que seja o papel complementar da mãe, é o mais prejudicial, pelo menos em nossos casos.

Um pai autoritário, violento, destrutivo, desperta excessiva angústia nos

filhos, que se sentem desprotegidos, ameaçados e obrigados a utilizar defesas, reprimindo, dissociando e escotomizando a figura masculina. Isso trará dificuldades de identificação sexual para o menino, e em relação à imagem do sexo oposto para a menina. Uma mãe autoritária fornecerá imagens negativas de feminilidade para a filha e problemas no relacionamento do filho com a figura feminina (UCHOA, 1981). Já pais fracos proporcionarão também carência afetiva e transtornos na identificação sexual.

Muitas vezes, os problemas dos pais provocam uma rejeição da criança, desde a infância. Não são desejadas na gravidez (MARGOLIN & TEICHER, 1968; SCHRUT, 1968; SABBATH, 1971) e comumente são abandonadas, como se verifica no grande número de nossos casos, em que os pacientes nem têm notícias de sua família de origem. Em outros casos, a rejeição da criança pelos pais é manifestada de alguma forma e percebida pela criança, às vezes até como desejo de morte (as crianças sentindo-se como uma carga) (PERLSTEIN, 1966; ROSENBAUM & RICHMAN, 1970; TEICHER, 1970). A extinção emocional desses indivíduos foi descrita por HENDIN (1975), em material de psicoterapia. São indivíduos que se "suicidam" emocionalmente, captando o desejo de seus pais. Mas, com o advento da adolescência, e a intensificação da sexualidade e agressividade, surge a possibilidade de libertação desses pais, libertação essa muito perigosa, por seus componentes culpogênicos. Por outro lado, cremos que será na adolescência que os sentimentos de rejeição dos pais se exarcebarão pela maior dificuldade de que terão em lidar com a própria agressividade, sexualidade e sentimentos invejosos em relação aos filhos.

De qualquer forma, não podemos nos esquecer que todos esses problemas, que se manifestam na adolescência, em relação aos vínculos familiares, tiveram início na infância precoce. BOWLBY (1961 e 1965) é o autor dos trabalhos clássicos sobre a influência da separação materna no desenvolvimento da criança: para ele, os processos de luto da criança, pela perda da mãe, diferem do processo adulto pela persistência residual, muitas vezes intensa, de um forte desejo pelo objeto perdido, associado a uma grande hostilidade em relação a ele. Suas características se assemelham mais às do luto patológico. Acaba ocorrendo uma fixação no objeto perdido, perdendo-se a capacidade de amar: procura-se a mãe e ao mesmo tempo se a reprova, mas os dois sentimentos ambivalentes se encontram sob repressão. BOWLBY acredita, ainda, que a rejeição, a perda do amor e a alienação dos pais, um em relação ao outro, podem ter efeito semelhante.

Os trabalhos de BOWLBY chamaram a atenção para a influência desses fatores na predisposição a doenças mentais e vários tipos de comportamento (WALTON, 1958; GREGORY, 1958; BOWLBY, 1965).

Evidentemente, esses mesmos processos influirão sobremaneira na forma como o indivíduo resolverá a sua adolescência. A visão de BOWLBY se aproxima dos conceitos kleinianos, que pressupõem que os modos de resposta do indivíduo adulto dependerão da maneira como são superadas as posições depressivas. BOWLBY também valoriza as dificuldades de identificação com a figura perdida, que levará entre outras anormalidades, às reações de aniversário. Em outro trabalho (CASSORLA, 1981), definimos reações de aniversário como uma resposta psicológica, específica no tempo, que

surge no aniversário de uma experiência psicologicamente significativa, ocorrida no passado do indivíduo, e que não foi efetivamente elaborada na época de sua ocorrência. Nesse trabalho, propusemos uma classificação para as reações de aniversário, e, nos casos encontramos as situações em que a reação ocorre na mesma data (ou próxima) à morte de alguém querido (caso 40), ou quando se atinge a mesma idade em que essa morte ocorreu (caso 3). Esse tipo de patologia foi estudada por vários autores, em relação a doenças físicas e mentais e também em comportamentos suicidas (BUNCH & BARRACLOUGH, 1971; BARRACLOUGH & SHEPHERD, 1976). Em alguns trabalhos encontramos reações de aniversário, mas que não são reconhecidas como tais, pelos autores (LITMAN, 1967; FRIEDMAN e cols., 1978).

Ainda quanto à influência da privação parental na infância, como fator de perturbação no desenvolvimento da adolescência, NEUBAUER (1960) cita as dificuldades de identificação sexual e defeitos na formação do super ego (desde muito severos, até deficientes, permitindo inclusive acting-out incestuosos); LAMPL-DE-GROOT (1960), assim como ANNA FREUD (1958) e KNOBEL (1976 A), valorizam a elaboração dos lutos - e essa elaboração depende principalmente do "quantum" de agressão dirigida aos objetos perdidos, "quantum" esse que depende da hostilidade arcaica, das primeiras relações infantis. LAUFER (1968) demonstra como a falta de capacidade de encorajar a adaptação no período pré-edípico, por parte da mãe, leva a problemas na adolescência. O mesmo coloca ERIKSON (1976), no estudo de suas fases evolutivas. WINNICOTT (apud LAUFER, 1968) afirma que a adolescência repete uma fase essencial da infância, em que o indivíduo se torna separado da mãe - mas, é importante que tenha tido uma mãe satisfatória, que tenha se adaptado ativamente às necessidades da criança, adaptação essa que gradualmente possibilite à criança sua independência. GELEERD (1956) descreve três casos psicanalisados em que a perturbação na relação precoce mãe-criança leva a atos auto-destrutivos, com agressão contra o mau objeto internalizado. E, BLOS (apud LAUFER, 1968), mostra que a adolescência é o segundo processo de individuação.

Essas teorias, de uma forma geral, nos explicam porque em nossos casos encontramos a ânsia desenfreada por uma ligação substituta, e cujos percalços acabam levando à tentativa de suicídio. ANNA FREUD (1958) assinala que nos casos de falta de amor da mãe, a adolescência é precedida de uma busca frenética pela imagem materna, e acredita que só a posse interna dessa imagem possibilita o desligamento libidinal e seu investimento em novos objetos, como um parceiro sexual.

Creemos que os conceitos sobre "simbiose" e as teorias de MAHLER (1958) e BLEGER (1967, 1971, 1973 e 1979), explicam de uma maneira produtiva o que talvez ocorra nesse processo. O termo "simbiose" foi originalmente utilizado por WALLON para o período de desenvolvimento ontogenético caracterizado por uma dependência e indiferenciação básica e quase absoluta da criança em relação a sua mãe, com não discriminação entre ambas e falta de autonomia (PAZ, 1980). MAHLER descreve uma fase autista, pré-simbiótica, que vai até os 3 meses, e uma fase simbiótica, em que a dupla mãe-filho funciona como se constituíssem um sistema onipotente, dentro de limites comuns (como uma "membrana simbiótica"). A esta fase, que cessa em torno dos 3

anos, segue-se a fase de separação-individuação, que num desenvolvimento normal de ve ocorrer com as duas porções da díada.

Para BLEGER, o desenvolvimento da personalidade se inicia com uma indife renciação ou sincretismo; à medida que a mãe se comporta como boa depositária, per mite que uma parte desse mundo indiferenciado (o núcleo aglutinado) sofra uma dis criminação gradual, estabelecendo-se uma dis criminação eu-não eu e a instalação de um mundo interno. Isso é possível graças à clivagem entre a organização mais primi tiva (parte psicótica da personalidade) e os novos níveis de maturação. BLEGER cha ma de "simbiose" à persistência no adulto de níveis psicológicos muito primitivos da personalidade, cuja característica fundamental é a carência na diferenciação e que constitui uma etapa de indiferenciação ou sincretismo. Nessa etapa não existe di ferenciação entre eu-não eu. A simbiose tende a manter controlada e imobilizada, num depositário do mundo externo, a essa parte mais primitiva da personalidade.

Essa primitiva organização constitui uma etapa do desenvolvimento, funcio nando como uma "posição" no sentido kleiniano, e sendo mais primitiva que a esquizo paranóide e a depressiva. Foi chamada de posição gliscroc árica.

Dentro da patologia do processo simbiótico encontramos a possibilidade de que o depositário não seja firme e estável, configurando-se no desenvolvimento de uma imaturidade e carência afetiva.

Supomos que, em nossos adolescentes suicidas, tenha ocorrido uma dificul dade na elaboração da fase separação-individuação de MAHLER, ou na superação dos vínculos simbióticos, segundo BLEGER, com reativação dessas fases. Isso já ocorre normalmente no processo da adolescência, em que a necessidade de elaboração dos lu tos não deixa de ser um processo de dessimbiotização (PAZ, 1980) - recria-se regres sivamente a relação simbiótica mediante a adesão (às vezes "adição") a substitutos, que, nos nossos casos, quase sempre são os namorados. Em verdade, a relação simbió tica somente se processará, se formos rígidos na terminologia, caso o parceiro tam bém esteja envolvido simbioticamente: isso ocorre em alguns casos (caso 11 por ex.), mas a impressão é que na maioria das vezes se aproxima mais de um "parasitismo". A ruptura da relação idealizada, da simbiose (ou do parasitismo), faz o indivíduo sen tir-se desamparado, perdendo uma parte de si próprio, numa ferida narcísica inten sa, que é verbalizada em expressões como: "ele não podia fazer isso"; "ele tinha que me levar"; "ele não pode me deixar", etc. em que o objeto é tratado tiranicamente, e não passa pela cabeça do indivíduo que esse objeto é "um outro", que pode fazer o que quiser e não necessariamente o que o sujeito deseja. Acreditamos que o ato suicida tem o objetivo de agressão, vingança e envolve a fantasia de reconstituição simbiótica original, pós-morte, na maioria dos nossos casos. Outras fantasias podem estar associadas, conforme o caso.

Mas, além dessas perturbações precoces no desenvolvimento, ou somadas a eles, todos os fatores que impedem que o grupo familiar esteja bem organizado, "onde o sistema de autoridade seja claro e aceitável, a rede de comunicações aberta e os papéis de seus membros interagando em complementaridade" (KNOBEL, 1976 B), terá efeitos patogênicos. Em verdade, parece que as características "filicidas" (RASCOVS

KY, 1973) de nossa sociedade se manifestam com muita intensidade dentro das famílias, que de alguma forma sacrificam seus filhos.

Os distúrbios de comunicação intra-familiar são bem evidentes em nossos dados sobre relacionamento entre os membros da família. O relacionamento entre os pais (TAB. 66) é significativamente pior no grupo suicida em relação aos controles; o relacionamento dos filhos com pai (TAB. 67) e com mãe (TAB. 68), o relacionamento entre os irmãos (TAB. 71) e entre os cônjuges (TAB. 73) mostram o mesmo padrão. É evidente que essas características da comunicação dentro da família, tanto são causa como consequência das perturbações mais precoces, e sua influência no desenvolvimento da adolescência implicará não só em dificultar de alguma forma a elaboração dos lutos, como em impedir a consecução de uma identidade adulta sadia.

Ainda outros autores estudaram as características da dinâmica familiar em jovens que tentaram suicídio. HAIM (1969) e POROT (1969), além de KOHLER & CHAMBARD (1967), descrevem uma "síndrome de carência de autoridade familiar": os adolescentes são conhecidos uma caricatura de autoridade - o hiper-autoritarismo de um adulto fraco, carente (comumente a mãe), que castiga para se auto-afirmar. Em muitas vezes, a perda do pai implica também na remoção do amor e do apoio da mãe; no caso de morte ou separação, o problema econômico e a necessidade da mãe trabalhar dificulta o apoio; outras vezes a mãe se torna depressiva e exigente com a criança (MOSS & HAMILTON, 1956), ou ainda negligente, desinteressada, ou vítima de doenças psicossomáticas intermitentes (SCHNEER e cols. 1961). Talvez, portanto, a incidência maior de doenças e alcoolismo em pais de nossos sujeitos suicidas não seja somente um fator causal, mas também uma consequência das perturbações intrafamiliares. Por outro lado, o adolescente apresenta uma vulnerabilidade especial para assimilar os aspectos projetivos dos pais, irmãos, amigos (e de toda a sociedade). Constitui-se num campo propício para tornar-se encarregado dos conflitos dos demais, e assumir os aspectos mais doentios do meio em que vive (KNOBEL, 1976 B).

CANTOR (1976) mostra que existe uma incapacidade das moças suicidas de pedirem ajuda e apoio aos pais, devido ao grau de conflito existente na família. Nos nossos casos (TAB. 99), 36% dos indivíduos não pediram ajuda, nem à família nem a amigos, proporção que nos parece alta. E BRUNO (1967), encontrou que poucos pais tinham a capacidade de compreender os problemas emocionais de seus filhos.

CAZZULLO (in BROOKE, 1976) valoriza mais o transtorno de relações afetivas na família, que o fato da família ser natural, adotiva, viver junta ou separada, e, assim como ocorreu em nossa casuística, achou mais importante a separação ou divórcio dos pais, do que a perda por morte. Nos seus casos encontrou que os rapazes estavam mais em conflito com a mãe enquanto que as moças com os pais. Nos nossos casos, essa relação é mais complexa, talvez porque a metodologia foi diferente. Encontramos, na realidade, uma grande proporção de atritos mãe-filha, muitas vezes com deslocamento para a mãe de ressentimentos contra um pai sentido como autoritário, mas que deve ser poupado, por ser um objeto amado e idealizado (por ex. casos 24 e 37), ou então por dificuldades da mãe lidar com a adolescência das filhas, levando a situações de rivalidade (por ex. casos 6, 11, 12, 13, 17, 18, 33, 35, 41).

Como vimos, os pais são geralmente ausentes, e quando o problema é entre filha e pai, às vezes pode ser interpretado como uma hostilidade defensiva que protege contra fantasias edípicas (por ex. caso 15).

Encontramos apenas um caso típico, em que as defesas anti-edípicas foram tão fracas, que a fantasia provavelmente se apresentou à consciência de forma idêntica à lenda e, cremos, por isso se manifestando de forma muito mais grave (caso 21).

SCHRUT (1968), estudando 14 moças adolescentes que tentaram suicídio, em psicoterapia, encontrou famílias caóticas, excessivamente móveis e com mínima comunicação entre seus membros. A moça se isola progressivamente, sem comunicação com os pais, e às vezes recebe mensagens expressas de que não foi e não é desejada por eles. A mãe freqüentemente acusa a filha de promiscuidade sexual, mesmo antes de qualquer atividade desse tipo, revelando desejos e proibições próprias. Não raramente estimula as filhas inconscientemente a esses atos. As moças terminam envolvendo-se sexualmente com homens, muitas vezes apenas para retê-los, numa tentativa de relacionamento com alguém. Para esse autor as fantasias subjacentes ao ato suicida são: tentativa simbólica de anular a promiscuidade através da auto-punição, tentativa de punir o superego, forçar a reaceitação e cuidados, desejo ambivalente de morrer e provar sua bondade e limpeza, reunião com objetos amados e visão erotizada da morte como amante todopoderosa. Os dados de SCHRUT coincidem com os nossos, e o fato de sua metodologia ser psicanalítica, reforça nossas conclusões.

MARGOLIN & TEICHER (1968), estudando 13 adolescentes masculinos, encontraram de forma significativa perturbações na relação precoce mãe-filho: caracteristicamente essas relações não revelaram privação precoce, mas ameaça de separação e perda cronicamente repetida. Comumente faltava figura masculina e a ambivalência em relação à mãe levava a distúrbios na resolução edípica. Parecia haver "splitting" dos objetos primários, com projeção do objeto bom para manter um mundo externo benevolente, e introjeção do mau objeto, na forma de uma mãe frustrante: o propósito era evitar sentimentos de desamparo - a criança preferia ser mãe e ser cuidada por uma mãe "boa", em vez do inverso. Na adolescência os conflitos relacionados à separação se intensificavam e se utilizavam vários mecanismos para não sentir-se desamparado, desde as atuações até uma pseudo-independência que levava a situações perigosas. Comumente a mãe se tornava deprimida e suicida e o adolescente se sentia como uma carga. Sua culpa o levava a tentar destruir sua parte "mã", para que a mãe "boa" pudesse viver. Internamente ocorria uma regressão com "splitting" em que a parte dissociada, mã, era rejeitada e perseguida pelas partes boas, identificadas com a mãe suicida rejeitante.

Essas teorizações nos ajudam a compreender porque em muitos de nossos casos (por ex. casos 2, 11, 26 e 39), a doença nos pais serve como fator contribuinte para a tentativa de suicídio. Acreditamos também que, muitas vezes, a doença da mãe faz com que a jovem sinta que sua agressividade e desejos inconscientes de morte da rival edípica, podem tornar-se reais, acarretando um sentimento de culpa muito grande. E talvez seja por isso que muitas vezes as mães reagem com doenças, para tentar controlar a adolescência dos filhos, captando a agressividade inconsciente e a

possibilidade de mobilizar culpa.

TOOLAN (1962) também acredita que as crianças que perderam ou são ameaçadas de perder objetos de amor, preferem reprimir sua hostilidade, e imaginar que eles são maus, absolvendo os pais, que precisam ser mantidos idealizados. Com a adolescência vai ficando mais difícil negar a realidade, e a hostilidade contra os pais poderá ser dirigida contra introjetos internos, com depressão e atos suicidas. Outros autores seguem aproximadamente a mesma linha (GOULD, 1965; HOLYOAK, 1973; BOLLEA & WAYER, 1968). Cremos que esta introjeção de aspectos maus vai dificultar também o relacionamento com pessoas do ambiente extra-familiar, tornando o adolescente inseguro, desvalorizado, e por isso mesmo mais propenso a rejeições.

Quanto à influência de fatores sócio-culturais nas famílias e na adolescência dos jovens suicidas, alguns estudos têm sido feitos. CORDER e cols. (1974) supõem que as características das famílias dos jovens suicidas é a mesma das famílias de áreas urbanas deterioradas, e se propõem a compará-las. E concluem que há diferenças significantes em relação à ausência de figura parental, história de suicídio na família e conflito parental ativo, com atitudes negativas em relação aos filhos, e com maior incidência no grupo suicida. Os nossos dados, em que foi utilizado um grupo controle pareado por condições sócio-econômicas, mostra, assim como os de CORDER, que as características do grupo suicida são peculiares a ele.

SCHNEER (1975) comparou duas gerações de adolescentes com comportamentos suicidas e verificou que a segunda geração tendia a ser mais perturbada emocionalmente, tendo maior uso de drogas, maior falta à escola e mais repetição de atos suicidas que a anterior. Mas não encontrou diferença significativa em relação à ausência de pais, nas duas gerações.

WEISSMAN (1974) tece considerações sobre as implicações da cultura jovem. Para ele, cada vez mais, o jovem não conta com sólidas relações familiares, nem com a religião, fatores que serviam para integrar o indivíduo no grupo. As migrações frequentes levam à anomia e à alienação, pela quebra de laços. As alterações nos papéis femininos são também cada vez mais intensos. Isso e outros fatores levariam a um aumento da violência (em reações tipo frustração - impulsividade), com mais problemas de identidade, isolamento social e quebras familiares. A delinqüência, o crime, a drogadição e as tentativas de suicídio estariam influenciados por esses fatores.

Concluindo, é impossível analisar todas as possibilidades de interação familiar que podem influenciar o comportamento suicida. Os nossos dados, e o dos trabalhos revisados, nos lançam luzes sobre os conflitos mais comuns. Seria interessante aprofundar esses estudos, analisando-se a família a partir do estudo particular de todos seus membros, e das percepções que cada um tem dos outros.

9 . O ATO SUICIDA

Nesta seção discutiremos as características das tentativas de suicídio estudadas.

Quanto ao DIA DA SEMANA (TAB. 94) encontramos uma maior incidência no sába

do (26 %). No caso de suicídios, na mesma faixa etária, encontramos em trabalho anterior, maior incidência no domingo e na segunda-feira (26% em cada) (CASSORLA & MIOTTO, 1977). SHNEIDMAN & FARBEROW (1965) não encontraram diferença significativa quanto ao dia, em relação a suicídio e tentativas. MELLO JORGE (1979), em São Paulo, também encontrou predominância de suicídios na segunda-feira (17,4%), seguida de sexta-feira e sábado (15,3%). VANSAN (1978), em Ribeirão Preto, encontrou maior incidência na quarta-feira (17%), seguida do sábado e segunda-feira (16%) para suicídios completos. ANDRADE (1979), em relação à tentativa, encontrou maior incidência no sábado (18,5%) e domingo (17,2%), também em Ribeirão Preto.

Analisando-se os dados acima, parece que os suicídios ocorrem mais no início da semana e as tentativas no fim de semana. É difícil formular hipóteses, mas seria interessante verificar se os conflitos dos suicidas, provavelmente mais graves, não fazem com que o indivíduo não se sinta em condições de enfrentar uma nova semana. Ao contrário, as tentativas ocorreriam mais num contexto impulsivo, decorrente de problemas de comunicação com outras pessoas, mais acessíveis em fins de semana.

Quanto ao HORÁRIO da tentativa (TAB. 95) encontramos uma maior incidência entre fim de tarde e início de madrugada (46%), e um outro pico em torno da hora do almoço (28%). Parece serem os horários em que não existem outras atividades obrigatórias. Num estudo sobre suicídio completo na mesma faixa etária, encontramos 58% dos casos entre fim de tarde e início da madrugada, também com um pico na hora do almoço (22%), mostrando que os comportamentos se assemelham quanto a horário (CASSORLA & MIOTTO, 1977).

MELLO JORGE (1979) e VANSAN (1978) utilizam outra distribuição em faixas horárias, que impede a comparação com nossos dados, mas a incidência é menor que a nossa no período de fim de dia (23% e 12% respectivamente, no período 18-24 horas). ANDRADE (1979), em tentativas de suicídio, também encontrou números inferiores aos nossos, com 17% no período 18-24 horas.

Outros autores (BATCHELOR, 1954; TUCKMAN & CONNON, 1962; BERGSTRAND & OTTO, 1962) encontraram dados semelhantes aos nossos, com maior incidência das tentativas no período compreendido entre fim de tarde e início da madrugada.

Se considerarmos que a maioria dos atos são impulsivos, podemos supor que esses horários preferenciais se devam a serem justamente os propícios a atritos, abandonos e relacionamento com outras pessoas do ambiente, isto é, horários geralmente dedicados ao lazer.

Quanto aos MÉTODOS USADOS (TAB. 97), houve predominância da ingestão de substâncias, principalmente medicamentos. Todos os autores modernos apresentam o mesmo (LAWLER e cols., 1963; PERLSTEIN, 1966; SEIDEN, 1969; POLDINGER, 1969; BRATFOS, 1971; OTTO, 1972; BASTOS, 1974; WEISSMAN, 1974; ROHN e cols., 1977; MARKS, 1979; ANDRADE, 1979). No caso de suicídios parece que o padrão muda para ingestão nas moças e a arma de fogo nos rapazes (FAIGEL, 1966; PERLSTEIN, 1966; SEIDEN, 1969; CASSORLA & MIOTTO, 1977), mas havendo uma tendência à ingestão também nos rapazes (VANSAN, 1978).

WEISSMAN (1974) mostra que a maior possibilidade de acesso às drogas nos

últimos 15 anos, coincide com um aumento na incidência da tentativa de suicídio, e comenta o problema de que os pacientes que mais precisam de drogas, serem os que correm maior risco. Em nossos casos, verificamos que comumente a droga, ou drogas eram tomadas pelo indivíduo ou parentes e em algumas situações foram compradas especificamente para a execução do ato.

Os homens utilizam meios mais violentos, e isso também é um fator para sua maior mortalidade. SEIDEN (1969) se pergunta se as moças não usam meios menos letais, também com o fito de evitar desfiguramento.

Sobre o valor simbólico dos métodos utilizados, FURST & OSTOW (1965) fazem uma análise interessante e mostram que a escolha do método está, muitas vezes, ligada à fantasia subjacente ao ato suicida. O paciente geralmente escolhe um método de morrer que representa uma variante extrema ou o oposto do crime fantasiado pelo qual se pune. A ingestão de substâncias químicas, é do ponto de vista psicanalítico, um envenenamento e há poucas dúvidas que na maioria dos casos tem o efeito de sentirem-se envenenados pela mãe, que não os alimentou com objetos gratificantes.

Quanto aos MOTIVOS para o ato suicida, é "absurdo querer procurar causa ou causas" (WEKSTEIN, 1979). Pode-se no entanto, procurar determinar a natureza dos conflitos internos e a evidência externa. Para HAIM (1969), os "motivos" ou "causas" são racionalizações secundárias para camuflar causas verdadeiras, ou defesas. E, para GOULD (1965), o precipitante consciente pode não ter relação com fatores dinâmicos inconscientes subjacentes.

Portanto, de uma forma geral, a importância que se deve dar aos motivos declarados pelos pacientes é relativo. Em nossos casos, encontramos em quase todos uma longa história de eventos, que tentamos discriminar em outras partes deste trabalho, e os fatores desencadeantes comumente se interpenetravam. Na TABELA 96 destacamos os motivos que nos pareceram predominantes, e quase todos giravam em torno de problemas com família ou parceiro sexual. Como verificamos nas histórias clínicas, é comum que a disrupção de um relacionamento com características "simbióticas" seja o desencadeante último.

A grande maioria dos autores revisados refere esse tipo de problemas, isto é, com família e parceiro sexual, nos jovens com atos suicidas. São citados também maltrato, vergonha (FAIGEL, 1966), descoberta de ato proibido, gravidez (GOULD, 1965), culpa por atividade sexual (WINN & HALLA, 1966), descoberta de ser adotado, expulsão de casa ou da escola (SCHNEER e cols., 1961), dificuldades escolares (JACOBZINER, 1965; HAIM, 1969), etc.

Para TUCKMAN & CONNON (1962), os motivos não são diferentes dos problemas que normalmente se encontram em lares de adolescentes - e os adultos entrevistados pouco sabiam sobre os problemas de seus filhos. Os autores, em geral, concordam que quase sempre os fatores desencadeantes são banais.

PAYKEL e cols. (1975) estudaram eventos recentes ocorridos na vida de indivíduos que tentaram suicídio e em controles normais e depressivos. Verificaram que o número total de eventos era 4 vezes maior no grupo suicida, que no normal. E, no psiquiátrico, era 1,5 vezes maior que no normal. Os 5 eventos significativamente mais diferenciais entre o grupo suicida e o normal foram: problema sério com cônjuge, no

va pessoa em casa, doença séria em membro da família, doença física séria pessoal e problemas legais. Esses dados não são comparáveis com nosso estudo porque se referem a indivíduos de todas as idades. Na TABELA 104 encontramos a distribuição de problemas sérios no ano anterior, nos nossos três grupos. Verificamos que todos os indivíduos do grupo TS referiram problemas, a maioria numa combinação de 3 ou mais. No grupo normal, apenas 40% referiram problemas, ocorrendo o mesmo em 60% dos sujeitos psiquiátricos, o que nos dá uma proporção de 2,5 vezes mais no grupo TS e 1,5 vezes mais no grupo P, em relação ao grupo "normal". Mais ainda, o número de problemas por indivíduo é muito maior no grupo TS.

Estes dados apenas confirmam o que já vimos em outras seções: que de forma geral o grupo TS conta com maiores dificuldades de "funcionamento" em relação aos outros dois.

Quanto à REAÇÃO AO ATO, encontramos na TABELA 100 38% dos indivíduos arrependidos pelo ato, e 26% desejando ainda morrer. A fidedignidade dessas informações é discutível, mas há indícios de que muitos dos indivíduos repetirão a tentativa, se não ocorrerem mudanças pessoais ou ambientais.

Quanto ao ENCAMINHAMENTO APÓS A ENTREVISTA (TAB. 102), ficamos preocupados com o estado da grande maioria dos entrevistados, e com o fato de que praticamente nenhum deles havia sido encaminhado para consulta psiquiátrica. Poucos casos nos pareceram com possibilidade de recuperação sem uma ajuda psicológica imediata. Somente um estudo prospectivo nos possibilitaria verificar a realidade dessa afirmação. No entanto, estudos de seguimento, como os de OTTO (1972), mostraram que, de forma geral, os indivíduos que tentaram suicídio tinham mais problema subsequentes, em suas vidas. Cremos ser importante conscientizar os clínicos que as pessoas que são socorridas por tentativa de suicídio devem, sem exceção, ser encaminhadas para avaliação psiquiátrica.

Os dados da escala que mede o ÍNDICE DE INTENCIONALIDADE SUICIDA (v. ANEXO 3) mostram uma maior incidência do evento em locais familiares, com alguém próximo, que eventualmente poderá intervir, não havendo grandes precauções contra a descoberta, com um mínimo planejamento do ato, que é geralmente impulsivo e em que o indivíduo tinha dúvidas sobre sua morte. A maioria dos sujeitos foi socorrida logo e recebeu ou cuidados de pronto socorro, ou internação por menos de 72 horas.

A confiança nesses dados é relativa, pois as respostas dependerão muito das características do indivíduo e das suas expectativas em relação ao entrevistador. De qualquer forma, percebe-se que na grande maioria dos casos, a intenção suicida não era grande. Isso coincide com o trabalho de BIRCHNELL & ALARCON (1971), que também encontraram tentativas impulsivas, e em que quase a metade afirmava que queriam morrer no momento da tentativa (em nossos casos isso ocorreu em 32%).

Quanto à COMUNICAÇÃO em relação aos problemas que precederam o ato, encontramos (TAB. 99) um pedido de ajuda em 60% dos casos, principalmente a parentes e amigos. A comunicação em relação ao ato (questão 147 do II S) não foi efetuada na maioria dos casos, o que decorre da impulsividade, mas cremos que em muitos casos essa comunicação ocorreu, mas não foi relatada pelo entrevistado, que talvez nem tenha

percebido que a efetuou.

A maioria dos autores mostra que comumente o indivíduo que se suicida ou tenta suicídio comunica de alguma forma esse fato no ambiente. O tipo de comunicação varia desde frases como "seria melhor se eu morresse", que "a família sentir-se-ia melhor se estivesse morto", até a afirmação de que vai matar-se ou a referência a algum método (STEVENSON, 1972; VANSAN, 1981). De uma forma geral, parece que de 1/3 a 1/2 dos indivíduos que tentam suicídio exprimem sua intenção suicida, e o mesmo ocorre em 2/3 dos suicídios completos (ROBINS e cols., 1965; SEIDEN, 1966 e 1969; STENGEL, 1970; TEICHER, 1970; BARRACLOUGH e cols., 1974; MURPHY, 1975 A e 1975 B; BROOKE, 1976; GUSTAFSON, 1977; WEKSTEIN, 1979). MOSS & HAMILTON (1966) chamam a atenção para o fato de que comumente o médico subestima a seriedade do sofrimento do paciente: o desespero experimentado pelo paciente que fracassa na sua comunicação de aspectos importantes de seu estado autodestrutivo, pode funcionar como precipitante do ato. E, HAVENS (1969) demonstra que não se justifica o receio de perguntar a um paciente sobre idéias suicidas, com medo de "sugerir" o ato. A possibilidade de verbalizar seus conflitos supera em muito a improvável possibilidade de fazer com que o indivíduo "tenha a idéia" do ato por sugestão médica.

Muitos trabalhos mostram que grande parte dos pacientes consultou um médico pouco antes da tentativa (GLASER, 1965; SEIDEN, 1969; TEICHER, 1970). Isto ocorreu em poucos de nossos sujeitos (questão 110 do IPS), talvez porque em jovens os atos são mais impulsivos, e os sintomas se manifestam mais em atuações que em outras áreas. E, tudo indica que poucas vezes o médico indagou sobre idéias suicidas, perdendo assim a oportunidade de agir (MURPHY, 1975 A e 1975 B).

KOVACS e cols. (1976) acham que a comunicação verbal prévia da intenção ou ideação suicida pouco tem a ver com a extensão do desejo de morrer, e que "falar" ou "não falar" sobre os planos suicidas parece ser mais uma manifestação de estilo pessoal do que de desespero. Usou o Índice de Intencionalidade Suicida comparando comunicadores e não comunicadores, e não encontrando diferenças. Ficamos em dúvida quanto às conclusões desse trabalho porque achamos que o instrumento usado (o IIS) também depende da capacidade do paciente comunicar seus atos e pensamentos. BECK e LESTER (1976) aplicaram o IIS a suicidas e indivíduos que tentaram suicídio, e encontraram que os que tentam comunicam mais do que os que efetuam suicídio completo.

Consideramos, portanto, a nossa Escala de Intencionalidade Suicida como um instrumento discutível, principalmente se usamos apenas informações do paciente. De qualquer forma, as suas questões particulares lançaram luz sobre muitos aspectos do ato suicida, em nossos sujeitos. Os escores nos permitiram classificar os indivíduos em dois grupos, de maior e menor intencionalidade, que foram cruzados com algumas variáveis, que discutiremos adiante. Cremos que há necessidade de se estudar melhor essa escala, para o nosso meio, tentando objetivar melhor as questões. De qualquer forma, não estamos em condições de negar o seu valor relativo, principalmente no sentido de uniformizar alguns conceitos.

Quanto à LETALIDADE do ato suicida, medido pelo ÍNDICE DE LETALIDADE, acreditamos que a escala utilizada tem muitas limitações, decorrentes também do grau de

confiança que podemos ter nas respostas a suas questões. Se a observação fosse direta, talvez sua aplicação fosse mais confiável. Por outro lado, o cálculo dos escores é relativamente complicado, e cremos que pode ser simplificado.

De qualquer forma, a distribuição dos escores não mostrou qualquer correlação significativa com as outras escalas, exceto com a que mede o IIS. Tudo indica, portanto, que não existe relação entre o perigo médico à vida (letalidade) e a intensidade dos sintomas que precedem a tentativa. Isto significa que as circunstâncias que tornam uma tentativa mais ou menos perigosa dependem de outros fatores, não necessariamente ligados à intensidade dos conflitos e dos sintomas do indivíduo. Há também algumas indicações de que pode existir maior correlação entre intencionalidade e letalidade em indivíduos que têm noção correta do perigo de seu ato autodestrutivo (BECK e cols., 1975).

A medição dos SINTOMAS pré-suicidas foi discutida no CAPÍTULO II. Verificamos que a escala de POTENCIALIDADE SUICIDA, que nos dá o IPS, separa de maneira altamente significativa os grupos TS de ambos os grupos controle. O mesmo ocorre com a maioria das subescalas. Portanto, de forma geral, os pacientes suicidas se encontram mais deprimidos, mais ansiosos, com maiores alterações do estado emocional que os dois outros grupos. E, o grupo P, também se diferencia do N, em relação a essas características.

Acreditamos, portanto, que este índice possui um valor razoável para indicar uma pista sobre risco suicida, principalmente para leigos, que lidam em Centros de Prevenção de Suicídio, com finalidades de pesquisa, ou para clínicos gerais. O maior problema para sua aplicação prática é o grande índice de falsos positivos que deve fornecer, conforme já discutimos no CAPÍTULO II. Não acreditamos que substitua uma boa entrevista clínica. Além disso, devemos considerar que aplicamos a escala após o ato suicida, e não sabemos que tipo de informações teríamos obtido se a aplicássemos antes.

10 . OS GRUPOS DE POTENCIALIDADE E INTENCIONALIDADE

Quanto à POTENCIALIDADE, separamos três grupos de diferentes índices, que poderíamos chamar de "baixa", "média" e "alta" potencialidade. As variáveis analisadas em cada subgrupo foram: migrações, doenças e acidentes, problemas em geral, gravidez em solteiro/a, tentativas anteriores, tentativas de suicídio no ambiente, suicídios no ambiente, lares desfeitos, impressões diagnósticas e tratamentos anteriores. As diferenças significativas foram encontradas em relação a TENTATIVAS ANTERIORES, que ocorreram em maior proporção no grupo de maior potencialidade. O mesmo aconteceu em relação a LARES DESFEITOS e TRATAMENTOS ANTERIORES. Existem, portanto, indicações que essas três variáveis estão associadas com maior intensidade de sintomas, o que não é surpreendente. Nos capítulos anteriores já discutimos a provável influência dessas variáveis na tentativa de suicídio. Esperaríamos que ocorresse o

mesmo com as outras variáveis, que talvez não sejam tão importantes, em relação a sintomas. Mas, não podemos nos esquecer que o próprio Índice de Potencialidade é su jeito a críticas.

Portanto, não nos arriscamos a fazer outras hipóteses, a partir destes da dos, que merecem um estudo mais aprofundado.

O mesmo ocorre quanto às comparações que fizemos a partir da constituição de dois subgrupos de INTENCIONALIDADE SUICIDA. A única variável associada a maiores índices de intencionalidade foi GRAVIDEZ EM SOLTEIRO/A.

11 . DISCUSSÃO DE CASOS

Antes de iniciarmos esta seção, faremos um breve resumo de aspectos teóricos, referentes à adolescência, que, em conjunto com os elementos discutidos anteriormente nos servirão de base para a interpretação dos elementos encontrados nas histórias clínicas.

Após a descrição inicial de FREUD (1905), de alguns aspectos da fase adolescente, ocorreu um razoável hiato de tempo, em que os estudos psicanalíticos específicos dessa fase praticamente não existiram. A tal ponto, que ANNA FREUD (1958) chamou a adolescência de gata borralheira da psicanálise. E é a partir de seus trabalhos que se verifica que a adolescência é um processo turbulento, em que seria anormal que existisse um equilíbrio estável. Por isso mesmo, descrever a adolescência é extremamente difícil - é impossível traduzir em termos comunicáveis as contradições, as ambivalências e paradoxos, onde cada manifestação é carregada de manifestações múltiplas, onde não podemos distinguir entre forças pulsionais e defesas, pois o que representa uma pode representar a outra, onde a mesma conduta pode ser ao mesmo tempo progressiva e regressiva, onde o que parece ser um empobrecimento pode ter um efeito estruturante (HAIM, 1969).

A partir de A. FREUD, valorizou-se o papel do trabalho de luto, como componente essencial da elaboração da adolescência. KNOBEL (1976 A) descreve os lutos fundamentais: do corpo infantil perdido, em que um novo corpo se impõe, muitas vezes como algo exterior, a que o jovem assiste como um espectador assustado e impotente; do papel e da identidade infantis, com necessidade de renunciar à dependência parental e tendo que aceitar novas responsabilidades, por vezes desconhecidas; pelos pais da infância, que deixam de ser figuras idealizadas; pela bissexualidade infantil, necessitando-se da complementação do indivíduo do sexo oposto.

Esses lutos vão acompanhados de todo o complexo psicodinâmico do luto normal e por vezes do luto patológico. Os processos de luto obrigam a que se utilizem defesas as mais variadas, com características fóbicas, maníacas, esquizoparanóides, etc., mas o que parece mais caracterizar a adolescência é a grande utilização de mecanismos de atuação psicopática (ABERASTURI e cols., 1976). Podemos ser tentados até a reduzir o adolescente a essas defesas, rotulando-o de psicopata, delinquente, paranóide, etc., mas devemos lembrar-nos que estamos, quase sempre, lidando com in

divíduos normais, com uma "patologia normal". A partir dessas constatações e do estudo dos tipos mais comuns de comportamento adolescente, KNOBEL (1976 A) descreveu a "síndrome da adolescência normal", que corresponde à situação do adolescente diante de seu processo evolutivo, baseado nas relações interpessoais de sua infância, que deverá abandonar. Em verdade, a adolescência não pode ser separada de todo o processo evolutivo do indivíduo e o reflexo das influências precoces infantis, se torna muito manifesto nessa fase.

Como cenário de fundo encontramos a retomada da evolução genital com a revivescência da situação edípica e da angústia da castração; no entanto, esta situação é agora muito mais perigosa, pois pode ser realizada fisicamente, face à maturação genital. Os sistemas defensivos usados para permitir a elaboração dessa revivescência, explicam muitas das características da adolescência normal e patológica.

Uma outra abordagem, concomitante, repousa nas vicissitudes que o adolescente passa, ao tentar adquirir a sua identidade de adulto, levando a problemas específicos (ERIKSON, 1976; BLEGER, 1973).

Passaremos agora à discussão de algumas histórias clínicas, tomadas como exemplo. As demais se encontram no ANEXO 5. Evidentemente, muitas das conclusões a que chegaremos são hipotéticas, e baseadas também em nossa experiência clínica. Soamente um estudo aprofundado de cada caso, ou um trabalho psicoterápico, nos proporcionariam condições de verificar a sua veracidade.

CASO 3

Feminino, branca, 19 anos, separada, nível de ocupação: não trabalha; nível econômico: 1-2 Salários Mínimos; instrução: secundário completo.

Família bem constituída, com pai "forte", carinhoso, exigente (premia as filhas, ciumento) e muito trabalhador (e sentido como algo ausente por isso). Vida normal, estudando, mas fechada, com dificuldade de fazer amigos e alguma auto-desvalorização ("nunca sei se o que vou falar num grupo interessa aos outros"). Com 15 anos inicia namoro com um jogador de futebol, de quem gosta muito mas que viaja demais. Talvez por isso, sentindo-se só, passa a namorar outro rapaz, e após 2 meses engravida. Ambos não querem casar-se, mas pensando em dar um lar ao filho, acaba insistindo e se casam, imaginando que com o tempo gostará dele. Abandona então os estudos. Os pais a apoiam, mas sente que o pai ficou muito sentido. Este faleceu logo após (indagada, demonstra muita dificuldade em lembrar a data da morte e percebemos que deve ter tido acidente vascular cerebral alguns dias após o casamento, tendo ficado mais 2 a 3 meses hospitalizado, antes de morrer). Insiste em que o pai morreu "porque trabalhava muito e tinha problemas de pressão".

O casamento é um fracasso - "eram dois estranhos", sempre brigando e discutindo. Várias vezes pensou em matar-se após uma briga, mas "faltava coragem". E sempre vinha o ex-namorado à cabeça. Começa a propor separação e numa discussão sobre

isso, relativa à guarda da filha, é agredida pelo marido e é chamada a polícia. Na semana seguinte inicia o desquite, que foi homologado há 15 dias. Vem morar com a mãe. Passa chorando grande parte do tempo e retoma contatos com o ex-namorado. Quer trabalhar para ajudar a mãe, mas não se sente em condições. Na véspera da tentativa, o ex-marido veio buscar a criança e há nova discussão - este a xinga, lhe diz que não presta e que não sabe cuidar da filha, que é incapaz, etc. Passa a noite em claro, chorando e pensando que deveria se matar. Na manhã seguinte vai em farmácia e consegue Diazepan. Toma todos os comprimidos e vai deitar-se, certa que iria morrer - enquanto espera, chora pensando na filha e desejando vê-la. Sô dá por si no hospital e quando acorda fica triste de não estar morta. A irmã (casada) a socorreu. pois veio visitá-la, por acaso, e foi ao seu quarto, onde a encontrou desacordada.

Tentativas de Suicídio	Tentativa de Suicídio	Lar desfeito
Anteriores (TS ant) : não	no ambiente (TS amb): não	(L desf): não

Suicídio ambiente (Suic amb):	Potencialidade Suicida	Intencionalidade Suicida	
prima tomou remédio por causa de namorado, há 6 anos. "Ela tinha a mesma idade que eu agora".	(Pot suic): 46	(Int suic) : 19	
			Letalidade (Let) : 43

Este caso tem, excepcionalmente, uma família aparentemente "bem constituída". Mas, logo percebemos a existência de um pai, ao mesmo tempo "forte" e ausente, "que trabalha demais" e que acabará "morrendo de tanto trabalhar".

O sujeito, com dificuldades de relacionamento, e, talvez sentindo-se abandonada pelo pai (ou pelos pais - quem sabe, também em decorrência do processo de adulescência), sente-se novamente abandonada, agora pelo namorado, que "viaja demais" (isto é, também "trabalha demais"). Provavelmente numa reação a essa (e outras perdas), efetua "atuação" sexual e acaba engravidando de outro rapaz.

Inicia então uma "carreira", que verificamos também em outras moças suicidas: casamento de conveniência, sentido talvez como uma maneira de conseguir suporte afetivo ("com o tempo achava que gostaria dele"). Mas a situação é complicada pela morte do pai. Não temos elementos para avaliar precisamente sua influência, mas o fato da doença do pai ocorrer poucos dias após o casamento da filha, a dificuldade de desta lembrar-se de datas relacionadas a esse evento e a insistência em atribuir a morte a "excesso de trabalho", nos sugere que o sujeito se sente culpado, e deverá elaborar um luto difícil. A "morte por excesso de trabalho" também poderá ser interpretada como a "morte" sentida pelo sujeito na infância, com um pai sempre trabalhando, "morto" para a família.

Há vários motivos para que surjam as idéias de morte, logo após as brigas com o marido. São novas rejeições, fracassos e culpas. A lembrança do ex-namorado, idealizado, pode estar substituindo figuras parentais perdidas no passado recente e antigo. A culpa pela atividade sexual é exacerbada pelas acusações do marido, de

que "ela não presta". Vem o desquite e a volta à casa paterna, com o fracasso de sua tentativa de conseguir um lar substituto. Não se sente em condições de crescer, que também se manifesta no "não ter condições de ajudar a mãe". Há nova procura do par idealizado, que provavelmente fracassa. A tentativa de suicídio pode servir como punição, agressão ao ambiente "rejeitante", e talvez reunião com o pai. Existe também uma identificação com prima, que se matou, também por causa de namorado, numa sugestiva reação de aniversário.

CASO 4

Fem, amar, 22 a, solt, nível médio; 4-5 SM, sup. incompl.

De lar em que o pai "queria ser o que não era" e bebia demais - nesses momentos dava dinheiro a todos para aparentar riqueza. Relacionamento péssimo com ele. Mãe calma, sentida como fraca, mas carinhosa.

Há 4 anos veio estudar em Campinas - sentindo-se mais liberta, procura desesperadamente novas ligações, mas com dificuldades de envolvimento profundo e alta sensibilidade a rejeições. Às vezes sentindo-se culpada por ter saído de casa. Aqui também é mais difícil o relacionamento com as pessoas, em relação à sua cidade - sente que não pode contar com ninguém. Teve muitos namorados e vida sexual bastante ativa. "Pratica" dois abortos, sem saber se estava realmente grávida, por atraso menstrual. A pessoa que mais amava, sua avô, morreu pouco depois dela se mudar para cá. Entra em crises de depressão a cada impressão ou rejeição real, e então se embebeda e se torna agressiva. A culpa pela atividade sexual, pelas viagens, pelo uso de tóxicos, etc., aumentou ultimamente, depois que o pai parou de beber, há uns 2 anos. Quer integrar-se melhor com as pessoas, mas tem medo de prender-se.

A mãe sempre falava que era melhor morrer, e provavelmente tentou. Uma irmã tentou suicídio, quando engravidou solteira, e uma amiga deu um tiro na cabeça por problema de namorado, mas não morreu. A avô lhe contava que quando o avô morreu, este dizia que ia para um mundo lindo, sem brigas nem competição. Ela também acha a morte bonita, o outro mundo. Tem uma tentativa anterior, com gás (mas "acabou o bujão") e em outra ocasião foi comprar comprimidos, mas não lhe venderam.

Vinha com depressão intensa, dormindo muito, sentindo-se fracassada, pensando em sair de Campinas, e muito culpada por tudo o de errado que fizera na vida, inclusive o curso que não gosta, o namorado "encucado" que tem problemas, etc. Vinha faltando ao trabalho, não ia à casa dos pais e irritava-se facilmente. No dia da tentativa sente-se extremamente rejeitada porque fora programada uma viagem e ela não pode ir, por não haver lugar no carro dos amigos. Chora muito e telefona para "mil" pessoas, esperando algum apoio. Consegue então ser convidada a uma festa, onde bebe muito e chora com as músicas tristes. Fora de si, não sabe como, dá um murro em alguém, que "lhe encheu o saco". Levam-na para casa e pede desesperadamente que não a deixem sozinha, mas acabam deixando-a. Está só em casa - deixa um bilhete

verdadeiros, os mataria. Aos 11 anos bateu nessa moça. Na escola "dava até na professora". Descreve-se como uma pessoa que "se vê briga e não puder entrar, desmaia", e quando briga tem uma força fora do comum. Conta vários episódios de sua vida em que atacou pessoas com garrafadas, estiletes, socos, etc., dizendo que fica quase fora de si, geralmente por motivos não muito sérios. Aos 12 anos fugiu com um rapaz para São Paulo: vida dura, dormindo no chão, humilhações, etc. Com 14 anos tem o 1º filho. Nessa época o parceiro é baleado num tiroteio com a polícia, por assalto. Ambos apanham da polícia, quando ela o leva ao hospital. A partir dessa agressão tem desmaiado quando fica revoltada, mas sem perda total da consciência - fica com o corpo duro e não se machuca ao cair. Tira o parceiro da cadeia após 1 ano. Nova carreira de roubos, assaltos, marginalidade, constantes mudanças de cidade, ele preso e solto, etc. Sempre se dando bem com o parceiro. Mas a família dele "enche" muito querendo se meter na vida das crianças (tem outro filho há 5 anos). Em fins de 78, ela também é presa e condenada a 4 anos, por terem achado mercadoria roubada em sua casa - o parceiro foi condenado a 32 anos. Fica algum tempo presa e está com sursis. Há 1,5 anos, cansada de ter que comparecer sempre à delegacia, foge para Mato Grosso, onde vai ser gerente de cabaré. Lá, faz uma tentativa de suicídio, cortando os pulsos porque seu amante prefere outra mulher. Volta para Campinas, após 1 ano, sabendo-se procurada pela polícia e vai ser cobradora de ônibus. Por essa época, chorava muito e se preocupava com a polícia e com a família do marido, que cuidava das crianças e "a estava perturbando". Faz outra tentativa com Diazepan, que um médico lhe dera para o nervosismo. Há 3 semanas é novamente presa (o relato é confuso, mas parece que se liga a ter mentido na Cia. de ônibus sobre seus antecedentes), mas um advogado a libera. Aguardando ser despedida e complicações com a justiça. Há 1 mês está vivendo com parceiro alcoólatra e toxicômano, que vive de herança, mais para ser sustentada. Mas está "cheia" dele.

Relata um atropelamento e um acidente de automóvel nas últimas semanas, por imprudência. Tem um câncer uterino, pois está em tratamento num serviço de Oncologia há 2 anos. Os médicos insistem em operá-la, mas ela se recusa.

Tem vários amigos e dois irmãos mortos pela polícia. Procurou muito por sua família original e acabou encontrando-a há 6 anos: o pai é "ruim da cabeça", a maioria dos irmãos é marginal, e a mãe está vivendo com outro homem e "não quer saber dos filhos".

Há ainda nos antecedentes um episódio em que após "batida" policial escondeu revólver do irmão na privada e fugiu para o Rio. Lá passa a "ver" sangue nas privadas e em todos os lugares - volta para Campinas e a crise passa.

O desencadeante da tentativa atual foi ter sabido que a cunhada dera um de seus filhos para outra pessoa criar. Já estava também cansada do parceiro, preocupada com a polícia e com o desemprego. Já tinha avisado uma irmã, dias antes, que "deste ano não passo". Trancou-se no banheiro e tomou uma caixa de Sedandromaco, com bebida alcoólica. O parceiro arromba a porta para socorrê-la. Nesse mesmo dia tivera discussão com o parceiro por motivos que não lembra bem.

(Após a entrevista, o parceiro nos procura e diz ser cocainômano, alcoóla

tra, ter úlcera gástrica e estar envolvido com cheques sem fundo. Pede-nos orientação para tratar-se).

(Obs.: Às vezes quer procurar a mãe adotiva, mas acha que os outros filhos vão maltratá-la, porque ela era a preferida - acha que essa preferência se devia a ser mais clara que os outros irmãos adotivos).

TS ant : 3 TS amb: irmão tentou enforçar-se por problemas relativos a esmolos. Suic amb: não

L desf : sim Pot suic : 79 Intenc suic : 13 Let : 33

Neste caso já temos uma psicopatia estruturada. O início é típico - lar desfeito e abandono. A elaboração desse abandono nunca será efetuada, e o conflito fica bem evidenciado na agressividade aos pais originais (que "mataria se os encontrasse") e na sua busca obsessiva (até que os encontra). Há necessidade de idealizar a mãe adotiva, "que foi boa, a mandou à escola" - e aqui temos um exemplo da influência da cor: a mãe adotiva é "de cor", e ela é a filha preferida porque "é mais clara". cremos que em vários casos a cor é usada para deslocarem-se conflitos ligados a aceitação e rejeição, provavelmente por influências culturais.

O comportamento impulsivo, psicopático, lembra em algumas ocasiões a epilepsia, que talvez esteja superajuntada. As ligações simbióticas aparecem comumente, inclusive com outras tentativas de suicídio, seguindo-se a abandonos reais ou imaginários.

O masoquismo é intenso, e evidenciado não só pelas atuações psicopáticas, mas também pelo câncer, que não quer tratar, além da imprudência no trabalho e no trânsito. A procura da morte, como punição e talvez como reencontro, é evidente, e logo será bem sucedida.

CASO 12

Fem, bca, 14 a, solt, ã qualif, 1 SM, lário compl.

Descreve-se como uma menina que ora está alegre, ora triste, mas nesses momentos sente que não tem ninguém, que ninguém gosta dela. Sente-se sem apoio, principalmente desde a separação dos pais, há 4 anos. Condena a mãe que deixou a família e mora com outro homem. A mãe já lhe disse que não gosta dela - é muito nervosa e "estoura" tanto que acha que ela é doente. Tem muita raiva dela, mas trabalha como sua ajudante, num bar.

Mora com o pai, que é "muito alegre" e com quem se dá bem, mas anda preocupada com ele, porque se relaciona com mulher casada vizinha. Acha isso perigoso, ainda mais porque o marido dela desconfia do pai; ela já alertou o pai, este disse que iria procurar outra mulher, mas nada fez até agora. Tem dois irmãos que estão ligados a moças da idade dela, solteiros. Em seu ambiente perder a virgindade ou engra

vidar implica em casamento ou prostituição - a mãe sempre diz que deve casar-se com o rapaz que a desvirgine, mesmo que não goste dele...

Está namorando há 2 anos, antes superficialmente e não gostando dele, até que este a troca por outra moça. Desespera-se então e tenta reconquistá-lo. Diz então que ele a "enrolou" e manteve duas relações sexuais com ela, prometendo casar-se. Não o estava namorando nas ocasiões. Passa então a cobrar, que ele se case. Ele diz que não gosta dela e não vai casar-se. Não se conforma e passa a chorar, deprimir-se, achar que ninguém gosta dela, que ia ficar uma moça perdida. Dias após o procura de novo e sofre nova rejeição - passa então a ter certeza que terá que sair de casa "como uma perdida". Sai para trabalhar e compra uma caixa de Novalgina. Toma todos os comprimidos no ônibus e ao chegar ao seu trabalho está vomitando - volta para casa e o pai lhe faz chá. Uma amiga que desconfia acaba contando para o pai, que a leva ao hospital - a mesma colega explica o problema para a mãe e resolvem fazer queixa na polícia contra o rapaz. Está aguardando exame pericial - o rapaz nega tudo. (OBS: soubemos posteriormente que o exame foi negativo, isto é, a moça continuava virgem; a mãe também nos afirmou que deixou o marido porque este tinha outras mulheres).

TS ant : não	TS amb : não	Suic amb: não
L desf : sim	Pot suic : 52	Intenc. suic : 10
		Let : 33

Neste caso temos novamente um lar desfeito e existe a possibilidade de conflitos edípicos com o pai. Os fatores culturais servem de pano de fundo: neste ambiente a perda da virgindade leva ao casamento ou à perdição - não há meio termo. Isso é aproveitado psicopaticamente pela moça, que mantém relação simbiótica com o rapaz, e que se deixa "enrolar". Mas o perigo do estigma social é real.

CASO 13

Fem, bca, 19 a, solt, nível inferior, 3-4 SM, 2^oário compl.

Vida aparentemente normal até que aos 13 anos os pais separam-se - era muito ligada ao pai e chorou muito quando lhe disse que ia fazer uma longa viagem. Logo após, soube que estava com outra mulher. A mãe proíbe que se fale no pai e o transforma num monstro. Ela sofre muito com isso, e várias vezes a mãe lhe diz que vá morar com o pai. Este faz maus negócios e perde tudo: ultimamente tem-no encontrado com frequência e sente muita pena dele, "está acabado" - e fica muito triste e angustiada quando fala com ele. A mãe agora é muito boa - mas a detesta pelo que ela falava do pai. Há alguns meses, após briga com ela, pensou em sair de casa e uma irmã com quem não se dá insinuou que seria para ter atividade sexual - isso a deprimiu muito.

Está fazendo cursinho, mas a mãe lhe disse que não poderia pagá-lo. Por isso arrumou emprego em firma, cujo dono é pai de umas colegas. Está lá há 5 meses.

Há duas semanas um dos chefes veio procurá-la e lhe disse que o patrão estava interessado nela, e que lhe daria dinheiro, carro, etc. se dormisse com ele. Ficou muito assustada e revoltada, "ainda mais porque sempre se deu ao respeito" e por ser colega das filhas dele. Conta para uma parente mais velha do chefe, que afirma que iria tomar providências, e que isso não iria mais se repetir. Não conta para a família, e tem medo de contar para o namorado, que é muito violento. A própria mãe do namorado aconselha a que não conte. Na véspera da tentativa recebe nova proposta, e o mensageiro chega ao "cúmulo de perguntar-lhe se é virgem". Fica desesperada e volta chorando para casa e muito confusa - sabe que tem que deixar o emprego, e não sabe como pagar o cursinho. Nesse dia encontra o namorado e tem uma discussão com ele, que é um "cara rígido". Sente-se muito só. Ainda nesse dia, ao chegar em casa discute com a irmã, que novamente insinua algo sobre sua vida sexual: isso é a gota d'água - vai chorando para o quarto onde toma 20 novalgins - a irmã saiu e está só em casa. Chega uma amiga para visitá-la e ela já arrependida do que fizera lhe conta, mas acaba desmaiando. Fica também chateada de fazer a mãe sofrer com isso, ainda mais agora que está doente, com um problema de coluna, o que também reduziu sua renda.

TS ant : não

TS amb : não

Suic amb: pri

mo matou-se há um ano, vizinho;
não sabe a causa.

L desf : sim

Pot suic : 56

Intenc suic : 11

Let : 43

Neste caso novamente encontramos um lar desfeito. Somando-se aos lutos normais da adolescência temos luto pela perda física do pai e pela mãe, que se torna uma "megera". A problemática sexual é evidenciada pela alta sensibilidade do sujeito a insinuações (reais ou imaginárias) da mãe e da irmã sobre sua atividade sexual (que, na realidade não existe). O pai é muito amado e sente necessidade de "cuidá-lo", talvez como a mãe não fez.

O desencadeamento do ato é a proposta de intercuro sexual com ganho de presentes, por parte do chefe, pai de suas amigas. A possibilidade de realização edípica, com um deslocamento mínimo, se manifesta. O medo dessa possibilidade e a indignação com o chefe e consigo mesma (achava que sempre "se dava ao respeito") tornam a situação insuportável. Junta-se a isso a necessidade financeira (na verdade, prova de sua independência, frente à competição provável com a mãe) e a certeza de mais uma perda. O elo final ocorre quando é "criticada" por suposta atividade sexual, o que talvez conforme o seu medo de ter sido ela a sedutora.

Somam-se a todo o quadro a doença da mãe, que talvez seja sentida como resultante de desejos agressivos do sujeito em relação a ela. Temos também ato suicida no ambiente.

Neste caso pudemos verificar até que ponto a tentativa de suicídio tem uma utilidade reestruturadora do ambiente: com ela se "calou a boca da irmã", outro irmão passou a pagar o cursinho, o namorado e a mãe passam a apoiá-la, e o pai passa a interessar-se mais por ela.

CASO 15

Fem, bca, 17 a, solt, ã qualif, 1-2 SM, 2ãrio incompl.

Descreve seu lar como frio ("aquí em casa nunca ninguém se deu com ninguém"). Desconfia que não é filha do pai porque é mais escura que seus irmãos, e alguém lhe disse isso há anos. O pai é claro e a mãe mais morena. Diz que o pai é um "besta, muito esganado, crente, e por isso prende muito - que diz que sofre do coração e com isso abusa de todos" (o pai realmente está aposentado por invalidez há vários anos, por problema cardíaco). Briga muito com ele, porque nunca chega antes das 22 horas, como ele manda. Ao mesmo tempo, sente muito ciúme, porque o pai dá mais atenção para a "loirinha", a irmã acima dela (que, essa sim, seria filha do pai). Há uma semana teve discussão com o pai, e pela primeira vez lhe disse que não podia mandar nela porque não era seu pai. Esperava que ele lhe dissesse que não era verdade, mas em vez disso ele se deita no sofá e não diz nada. Sente-se muito mal com isso e passa a ficar mais triste.

Quanto à mãe, resiste em falar. Diz que é boa, mas não adianta falar de seus problemas com ela, porque o papo sempre é que "no meu tempo, etc." - sente a mãe distante, e "aquí em casa a gente nunca encontra os outros".

Admira a irmã mais velha, que "se encheu do pai" e foi morar com uma patroa. Acha que essa é sua irmã legítima, também não filha do pai.

Dias após a discussão com o pai tem decepção com o namorado, que tem há 6 meses. Este propõe que "dê para ele" - ela se ofende com a proposta. Ele mostra que determinada colega tem relações com ele e que então vai ficar com a outra. Tenta passar a mão nela - ela lhe dá um tapa, chorando. Gosta dele ainda e desabafa num diário. Sonha que tem um filho dele, João Marcos (o namorado se chama Marcos, e ela gosta do nome João) - ela vai embora para Minas porque ele não quer o filho. Três anos após ele a procura querendo o filho - agora é ela que não quer voltar. No dia seguinte, no trabalho, onde se sentia muito querida pelo patrão, este a repreende. Este patrão gostava muito dela, e conta com orgulho como tomava conta da firma quando o patrão viajava. Aí pensa em se matar, "o trabalho era a única coisa que faltava dar errado". Na hora do almoço vai em farmácia e compra caixa de calmantes - toma todos no banheiro - passa mal à tarde, zozza, mas o patrão não percebe. Dorme no ônibus ao voltar para casa e é acordada no ponto final. Ainda assim passa pela escola para ver o namorado, que já estava com a outra. Passa a noite insone, escrevendo coisas para o namorado. No dia seguinte compra outra caixa de calmantes: toma alguns à tarde. À noite, toma uns 8 no pátio da escola, na frente dos colegas, e lhes diz que são balas. Tem outra noite de insônia e escreve que está se matando, culpando o pai, o namorado e o patrão. No dia seguinte o patrão percebe que está mal e a leva a Pronto Socorro. Lá acaba contando o que fizera. Apresenta-se muito mal na entrevista e afirma que vai matar-se, desta vez com êxito. Resiste a ir procurar-nos, "porque não quer ouvir sermão" e não confia em ninguém. (Vimos que se comunica com o pai com muito cuidado, suavemente, indicando carinho - e contrastando com relato).

Há uma tentativa de suicídio anterior há dois anos. Namorava um rapaz, "mais para poder sair de casa" e saiu em turma com outro "de quem realmente gostava". Não chegou em casa na hora e o irmão foi atrás. Chegou às 23 horas "cheirando cerveja", e o irmão lhe bateu. Diz: "dei certa razão a ele" - "eu não devia ter saído com esse rapaz". Nessa noite toma 1 litro de Martini para morrer. Diz que nestes 3 anos vem sempre pensando em se matar.

Quanto às cunhadas se dá bem com as 2 e com a namorada do irmão, se bem que esta última "usa suas roupas, às vezes". Tem um namorado há 7 meses que tem 20 anos "como o irmão", e ela "cismou" que o irmão não gosta dele. Indagada porque, não sabe responder e diz que acha que a mãe e irmão não o tratam bem. Vem discutindo com mãe e irmão por vários motivos, principalmente horários e sugeriu ao namorado que noivasse, "para poder sair de casa" - este pede que tenha mais paciência e quer mais tempo. Insiste muito sobre isso e vem se deprimindo cada vez mais com as "rejeições". A gota d'água é uma viagem a Santos em que o namorado vai com a família e ela não quer que ele vá. "É sua obrigação ficar comigo." Na véspera da viagem há uma discussão, e para tentar segurá-lo ela não lhe devolve os documentos do carro - estava muito nervosa, sentindo-se mal, e a própria mãe sugere que o rapaz venha buscar os documentos no dia seguinte. Nessa noite não dorme e pensa em ir atrás dele se ele viajasse, e ao mesmo tempo fica em dúvida. Surge então a idéia de matar-se; aliás uma semana antes não o fizera porque não achara calmantes em casa. No dia seguinte ele telefona a seu serviço avisando que vai buscar os documentos e ela briga até que ele diz que não vai mais viajar - mesmo assim toma mais 10. Depois ficou tonta e falou "besteiras" que não lembra. Chamam o irmão e a levam a hospital. Revoltada porque o namorado vai visitá-la no hospital e depois viaja, mas mesmo assim "ele é bom, o único que a apoia."

Contou também que o irmão é nervoso porque "não pode casar, por problemas financeiros e então descarrega na gente", e que também trata mal a noiva. No entanto, a mãe nos afirma que a filha não aceita o casamento do irmão, põe defeitos na futura cunhada, principalmente o fato dela não ser filha legítima de seus pais.

Há também episódio, de semanas atrás, em que brigou com colega de serviço, que é "mandona, se acha a dona da loja e tem mania de grandeza". O último luto é de um tio, há 4 anos. Não há relato de acidentes.

Antes da tentativa, podia contar (um pouco) com amiga e namorado. Acha que as pessoas não costumam pensar em suicídio, e as que pensam se matam "às vezes". À pergunta: o que ocorre após a morte, diz que não sabe. Está triste e magoada por ainda estar viva. A tentativa foi feita em período pré-menstrual, quando se irrita mais, e "a menstruação adiantou 2 dias por causa da tentativa". Após o ato, a família se reuniu e os 3 irmãos lhe deram razão (não ficou claro em que), mas a mãe não lhe dá, e "joga irmão contra irmão". Rediscutem o horário, que permanece 22,30 hs.

TS ant : 1

TS amb : não

Suic amb: não

L desf : sim

Pot suic : 64

Intenc suic : 14

Let : 29

Neste caso temos uma menina em relação simbiótica com o namorado, em que a indiferenciação entre ele e ela se manifesta no comportamento e em frases como: "é sua obrigação ficar comigo". O início dos problemas, como em quase todos os casos, se torna manifesto com o advento da adolescência. Tudo indica que a figura paterna é transferida para o irmão mais novo. O ciúme da mãe aparece quando insiste em que ela dá a razão a ele. A aparente competição com o irmão pode ser melhor compreendida se a interpretarmos como uma defesa contra conflitos edípicos. Na verdade, o irmão é desafiado (e, depois se lhe dá razão), praticamente para obrigá-lo a que ele a procure. O medo de sua sexualidade, e a possibilidade de sua identificação pela mãe e irmão, fazem-na acreditar que estes não gostam de seu namorado, que, por sua vez é também usado para provocar ciúmes. A possibilidade da perda do irmão, e o ciúme da futura cunhada, fazem com que ela, na iminência da perda da figura superinvestida, exija um substituto - e quer obrigar o namorado a se casar. Digna de nota é a identificação com a cunhada, não merecedora do irmão por ser filha ilegítima. Mas, ela também se considera filha ilegítima...

Neste caso aparece o período pré-menstrual como fator associado.

A competição com a mãe permanece após o ato, a despeito da "conquista" parcial dos irmãos.

CASO 19

Fem, bca, 16 a, solt, ã qualif, 1-2 SM, 2ário incompl.

Conta que seus problemas se iniciaram quando tinha 9 anos. Sua avô estava inválida e hospitalizada e o avô tomou, "sem saber", leite com BHC. Lembra-se que após o ato ela gritava dizendo "que o avô sô tinha tomado chocolate". Nessa época estava muito ligada ao avô. "Desde então comecei a mudar: não gostava de ninguém, não gostava de mim mesma, sô queria o avô." A avô morreu logo depois. Aos 10 anos teve episódio em que ficou fora de si e a encontraram no tûmulo do avô, tendo sido levada ao médico, mas não lhe deram qualquer tratamento. Dos 11 aos 13 anos hã vãrios episódios em que fazia coisas que não se lembra: uma vez saiu correndo de casa e foi encontrada, horas após, querendo jogar-se sob um caminhão. Outra vez uma menina perguntou-lhe se estava bem - agarrou-a pelo pescoço e lhe bateu - a seguir, correu em direção ao rio e jogou-se da ponte - o irmão a salvou, mas diz que não chegou a engolir água. Um médico diz que é nervoso e recomenda que não a deixem sozinha. Aos 12 anos, os pais a levaram a curandeiro, ela contrariada - chorou, xingou, disse que ele era ruim e se pudesse o matava, e quebrou tudo na casa dele. Em outra ocasião atirou-se do carro em movimento, quando a levaram a outro curandeiro, mas "já caiu e saiu andando". Outro episódio: andando a cavalo com prima, um rapaz disse que não seguissem adiante, porque era perigoso. Ela insiste e quer apostar corrida com a prima - toma um atalho e o cavalo a jogou dentro de um poço artificial. Tampouco se machucou.

Aos 13 anos, quis matar-se conscientemente. Sabia que tinha que morrer, "que

tinha que ir", mas não se lembra porque - corta-se com faca do lado do pescoço. Como os tratamentos não davam resultado, nessa ocasião os pais a mandaram para Campinas, onde veio trabalhar como doméstica, com uma família.

Acha seus pais "maravilhosos", os adora, e se preocupam muito com ela. Aqui em Campinas melhorou bastante, tendo tido só dois episódios estranhos. Há poucos meses o patrão saiu e ficou só na casa - sentiu medo, ouviu gente andando e falando no corredor - "venha comigo" - trancou-se no quarto e foi encontrada desmaiada pelos patrões. Nega ter tomado qualquer coisa nessa ocasião. Passou a tratar-se bimensalmente com psicóloga - não toma remédios.

Sobre esta tentativa: Há uma semana estava com problemas com uma das melhores amigas - achava que falava mal de colegas para as outras. Discutiu com ela. Por vários dias não teve vontade de viver e pensava em morrer - chegou a pensar que ninguém gostava dela, tinha "vontade de sumir" e sentia ódio de qualquer pessoa. Na noite da tentativa, foi convidada para jogar baralho com as amigas - não queria ir, mas acabou indo - lá toma 3 copos de batida, fica zonza e não se lembra de mais nada. As amigas dizem que bateu em uma menina (que não conhecia), que lhe fez uma brincadeira (não sabe de que tipo). Seguram-na, mas em um momento escapa e sai correndo em direção à janela (2º andar) e estava atirando-se quando a interceptaram. (A despeito de dizer que não se lembra, afirma "se tivesse corrido um pouco mais rápido, não me alcançariam"). É levada ao hospital - teve hematoma no braço conseqüente a auto-mordida, durante a briga. Sente-se arrependida pelo que fez, e culpa a bebida que "desta vez fez um efeito diferente".

Está no emprego sem a patroa, que na véspera da tentativa viajou para o exterior. E, neste mês teve que parar de estudar, porque a irmã que é viúva e tem um filho, virá para Campinas, e ela deve ajudá-la.

Diz que podia contar muito com alguém (a irmã) se tivesse problemas. Acha que as pessoas não costumam pensar em suicídio, e as que pensam não sabem se se matam.

Não tinha intenção de se matar. Está agora envergonhada até de sair de casa.

TS ant : 1 consciente

TS amb : não

Suic amb: amigo com quem cresceu matou o pai e se matou, há 2 anos, porque o pai não gostava de sua namorada.

L desf : não

Pot suic : 9

Intenc suic : 1

Let : 44

Neste caso temos uma "carreira" suicida digna de nota. As atuações, quase todas elas dirigidas contra si mesma, provavelmente estão ligadas à má elaboração de um luto pelo avô (e talvez a identificação com ele). Não fica claro se a hostilidade inconsciente ao avô querido (numa situação ambivalente) faz com que seu relato nos dê a impressão de que ela envenenou o avô, pelo menos por omissão, ou se realmente fez isso conscientemente. De qualquer forma, a culpa e a necessidade de punição são evidentes. Interessante é a melhora com sua vinda a Campinas, onde parece

que se sente mais querida. Os únicos episódios em que se sente mal são quando provavelmente se sente abandonada pelos patrões, que devem estar servindo adequadamente de pais substitutos. O relacionamento com a amiga e a rejeição sentidas em relação a ela, se soma à sentida em relação aos patrões. No ambiente, além do suicídio do avô, temos homicídio e suicídio de pessoa muito próxima, criando ambiente altamente "suicida".

CASO 21

Masc, bco, 13 a, solt, ã trabalha, 2-3 SM, 2ário incompl.

Conta que de umas semanas para cá tem pensado muito nas coisas erradas que vem fazendo, e sentindo-se muito culpado. Tem dificuldade em explicar que coisas erradas são essas, mas acaba dando como exemplo: derrubou o relógio de cima da geladeira, fez coisas mal feitas, bate nos irmãos e xinga os pais. Diz que o pai é calmo, é legal, mas quando fica nervoso lhe diz: "seu burro, sã faz coisa errada". É quietão. Já a mãe é bem mais brava e sempre "fica falando" - sofre do coração, "mas também é legal". É o mais velho de 3 irmãos e se dá pior com o 2º.

Vem pensando em se matar, "por causa de coisas erradas" e há um mês tomou vários comprimidos da mãe para isso. Esta desconfiou da falta dos comprimidos e descobriu uma carta que ia mandar a uma colega (a mãe diz posteriormente que na carta ele afirma que não queria viajar com os pais, mas ela estava rasgada e não conseguiu ler mais que isso).

O paciente informa com muita resistêcia, e quando perguntamos sobre os sintomas pré-tentativa, afirma que se sente inútil, não pode contar com ninguém, muito culpado e com necessidade de punição. Quando lhe perguntamos se cometeu alguma imprudência, diz que merece castigo e dá a entender que com certa freqüência se auto-flagela, "se bate, como castigo", mas dissimula mais detalhes. Sobre atividade sexual, afirma algo bravo: não tenho! e diz que não sabe o que é masturbação (perguntado no linguajar popular, de várias formas). Quanto a ereção, diz que às vezes ocorre, mas que é "coisa ruim e não gosta".

A mãe nos afirma que ele sempre foi muito mimado por ela, porque com 4 anos foi atropelado e fraturou o crânio. Sempre foi quietão, de não sair, "não gosta da rua". Aos 10 anos passou uma fase de se trancar no quarto. Fez EEG, normal. De lá para cá, surgiu mais nitidamente ciúme em relação aos irmãos e principalmente em relação à mãe - não admite que esta cuide sequer dos animais da casa e implica quando ela dá atenção ao pai. Está sempre encontrando defeitos no pai, e ultimamente não mais o acompanha a seu trabalho, como gostava de fazer antes. (A mãe conta do ciúme do filho em relação a ela com ar divertido, como quem gosta). Quanto a namorada, diz que às vezes ele fala em meninas da escola.

Quanto à tentativa, já vinha pensando nela fazia semanas. Devido a ter encontrado ladrão em casa, o pai trouxe um revólver e ele começou a pensar em usá-lo. Num domingo esperou para ficar sã em casa - recusou-se a ir num aniversário com a mãe e

argou a família: " não foi por minha causa, ele já vivia mal com a esposa" - mas sente-se algo responsável. Ele é mais maduro e ela se sente protegida. Engravidou há 3 meses (achava que nunca iria engravidar, pois tinha "insuficiência hormonal") e praticou aborto. "Viu certas coisas na clínica" e continua sonhando com elas. "Mas, foi melhor, não teria como criar, e não queria que meu pai soubesse". Sonha muito agora com crianças e em ter filhos. Nessa época morou durante um mês com o namorado, mas se separaram porque havia muitas brigas, principalmente porque ele achava vulgar o seu jeito expansivo e brincalhão. Ele também tinha ciúmes porque ela tivera relações com namorado anterior. Ela vacilou em manter relacionamento sexual com este namorado, mas teve medo de perdê-lo e de que procurasse outra. Na realidade, sempre achou difícil que alguém se prendesse a ela - e não entende porque ele deixou a esposa por ela.

Além disso tudo, há 10 meses o pai está com câncer. Desde então tem se sentido cada vez mais nervosa, tensa. Sente-se só, "era a única pessoa que tinha". Mais recentemente sabe que o câncer é incurável. A madrasta tomou conta dos negócios do pai e cortou a mesada da paciente há duas semanas - ela já decidiu não mais levar o marido aos EUA para tratar-se. A paciente fica revoltada com as decisões da madrasta, "aí a gente se vê só, a gente não é nada". A madrasta já conseguiu procuração para controlar os negócios do pai. Sabe de tudo isso numa visita que fez ao pai, junto com o namorado. Na volta, acaba também discutindo com o namorado, que a condena por compras que ela havia feito. Já pensara em suicídio, muitas vezes, desde menina: chegando em casa toma 1 vidro de Haldol (que um psiquiatra lhe receitara há um ano) e 1 de Periatin. Adormece, mas o namorado havia esquecido algo e volta - bate a porta e ela não consegue chegar até ela e abrir - ele a arromba e a leva ao hospital. Lembra-se que antes de despedir-se do namorado lhe pediu que voltasse para a ex-mulher e que não contasse nada para o pai (não se referindo exatamente ao que).

Querida morrer, mas não tinha certeza se isso iria acontecer. No entanto, estava certa que iria dormir. Apresenta-se à entrevista muito deprimida e sem esperanças.

TS ant : não

TS amb : irmã cortou os pulsos - não se dá bem com o marido.

Suic amb: além da mãe, não está certa se um tio, irmão da mãe, se matou ou tentou matar-se.

L desf: sim

Pot suic : 58

Intenc. suic : 8

Let : 29

Neste caso temos um lar desfeito com suicídio na mãe, e o sujeito sofre do muito em vários lares substitutos. Justo na adolescência se reencontra com o pai, agora vivendo com madrasta. Esse pai é muito amado, e nele se depositam as esperanças de suprimento das carências anteriores. O componente edípico provavelmente atrapalha o relacionamento, e a competição da e com a madrasta, faz com que novamente se afaste. A procura de figuras parentais substitutas se dirige para namorados e a

"carreira" - relação sexual, aborto, etc. também se dá nesse caso. O mecanismo de atuação já era antigo, mas o componente depressivo é mais intenso. O luto pelo filho perdido, e a culpa pelo aborto, se somam à culpa pela separação do namorado da esposa. Na verdade, o sexo serve apenas de instrumento para a obtenção de carinho, como na maioria dos outros casos.

O elo final é o câncer incurável no pai: a certeza de nova perda, "a gente se vê sô, a gente não é nada", e a competição com a madrasta que lhe rouba o pai até na morte, faz com que a idéia de suicídio se articule - talvez para reencontrar o pai e a mãe, com quem se identifica. O problema edípico também se resolve, devol_uendo o namorado à sua esposa.

CASO 40

Fem, bca, 22 a, solt. c/ parc, ã trabalha, 3-4 SM, 2_ârio incompl.

Vivia bem, com um "pai maravilhoso que lhe dava tudo o que queria", forte, "não se entregava, teimoso, o dia todo a cavalo pela fazenda". O pai matou um homem que roubava capim, em tocaia (conta com orgulho). Até que aos 12 anos o pai morreu, de varizes no esôfago. Dois dias após ela tentou matar-se com um tiro na têmpora, e ficou 6 meses "cega e parálitica". Desde a morte do pai a família "judia" dela, mãe e irmãos - "deram fim na bicicleta, tiraram da natação, apanhava dos irmãos porque fumava". "Sô queriam que eu estudasse." Com 16 anos quer casar com um rapaz mas as duas famílias eram contra - a família dele teria também preconceito por ela ser mais escura. Casam escondido no civil (sic) e fogem. O pai dele põe advogado e a "acusam injustamente de adultério". O casamento é anulado, mas ela já estã grávida de 7 meses. Diz que a própria mãe fez tudo para destruir o casamento - dizia que ela não prestava, "não gostava de mim". Quando ela tinha 17 anos, a mãe contratou um detetive particular para segui-la, não fica claro porque. Acaba colocando-a num ônibus e a manda para São Paulo (é do Nordeste). Antes hã uma fase em que ficou no Rio, em casa de irmã - tinha uns 15 anos, e a irmã a "xingava de puta" e escreveu carta para a mãe dizendo que passava todas as noites fora de casa. Tenta matar-se com facada no abdome. Um mês após atirou-se sob um automóvel. Outra vez, em sua cidade, tomou 100 comprimidos vários com álcool, e ficou 4 dias em coma.

Diz que ninguém gostava dela, todos queriam prejudicã-la. Por ciúmes do pai, que era muito apegado a ela, e ninguém podia encostar-lhe a mão sem que o pai interviesse. Queixa-se também que a mãe lhe tomou o filho.

Em São Paulo hã uma série de eventos que a paciente dissimula, mas no final a encontramos na prostituição, envolvida em boites e tóxicos. Tem uma gravidez e dá à luz uma criança que morre após 45 dias, de pai ignorado. Hã várias mudanças na cidade. Hã um ano conhece o atual parceiro, que a tira da prostituição e "lhe dá comida até hoje". O relacionamento com esse rapaz é prejudicado pela possessividade e ciúmes dela. Este está se desquitando, e um dia ele encontra a ex-esposa. Ela fica com muita raiva e o parceiro se queixa que "ela não o deixa nem respirar". "Eu

gosto muito dele, se o perder vou morrer, não tenho nada." Há uma viagem em que ele não quer levá-la, por ser de negócios - "agora que ele falou que pego no pé, acho que ele tem vergonha de sair comigo." Toma todos os comprimidos que tinha, após chorar muito por isso e uma noite de insônia. Escreve um bilhete que tem frases como "Espero que v. ponha dentro desse carro uma mulher de quem v. se orgulhe muito e que não tenha vergonha de levá-la. V. não vai encontrar ninguém que té ame mais do que eu... Prefiro morrer a que v. tenha vergonha de mim, etc." Foi socorrida e quando deu por si, se arrependeu porque sabe que ele não vai perdoar. Apresenta-se à entrevista deitada, extremamente deprimida, magérrima e abatida, e recusa internar-se porque não quer deixar o parceiro, com medo que ele a abandone. Sofre de asma desde criança.

TS ant : 4 TS amb : não Suic amb : dono de boite, deu tiro no peito com espingarda "era como um pai" - reação de aniversário provável (2/11 e tentativa de suicídio da paciente em 28/10)

L desf : sim Pot suic : 76 Intenc suic : 13 Let : 43

Neste caso temos uma relação simbiótica com parceiro, e a tentativa ocorre desencadeada por ciúme e sentimento de rejeição. Trata-se de paciente extremamente deprimida, com uma história psicopática intensa, e com grande possibilidade de fenômenos psicóticos. O início se dá após a morte do pai, num momento em que ele era superinvestido edipicamente. A tentativa de suicídio, por identificação, se dá 48 horas após a morte e a seguir temos uma história de procura compulsiva de substituto, com atuações psicopáticas e deslocamento da agressividade sobre a mãe. A prostituição e todos os eventos subsequentes (a maioria omitidos) devem decorrer da procura de alguém que "lhe dê comida", o que acaba ocorrendo com este último parceiro. Digna de nota é provável reação de aniversário relacionada à tentativa atual (dono de boite "que era como um pai" suicidou-se em 2/11, dia dos mortos - a paciente tentou em 28/10).

CASO 41

Fem, bca, 12 a, solt, ã trabalha, 2-3 SM, 2ário incompl.

Acha o pai bom, mas a mãe é muito brava com ela. É a 6a. filha, e os 5 anteriores são homens. Acha que a mãe preferiria que ela fosse homem, e já teria dito isso: ela também gostaria de ser homem - "são mais livres", "as mães repreendem mais as meninas". Sente-se tratada muito diferente dos irmãos. Não se dá bem com estes, sô pode sair com eles e eles nunca a levam, não fazem nada que ela queira. Desde os 10 anos de idade vem pensando se não é adotiva, pois passaram a repreendê-la mais (quando pequenininha a tratavam melhor) - acha também que é mais escura que seus irmãos. Queixa-se muito também de que é ela, por ser mulher, que tem que fazer o ser

viço de casa, e os irmãos desfazem tudo o que ela arruma. Um dos irmãos foi preso por uso de drogas.

Diz que ultimamente qualquer coisa que acontece começa a chorar. No dia da tentativa um irmão começa a brigar com outro; ela já tinha limpado a casa e um irmão derruba o prato de comida e exige que ela limpe - ela se recusa e os irmãos passam a brigar por causa dela. Os pais entram no meio - o irmão quer bater nela e ameaça sair de casa se o pai não deixar. Acaba dando-lhe um tapa. Esse irmão sempre bateu muito nela. Nesse momento pensa em se matar - já pensara em morrer outras vezes, por causa dos irmãos e porque todos batem nela; pensa que é demais na casa, "a única mulher". Fecha-se chorando no quarto e toma 24 comprimidos variados - afirma que realmente queria morrer. Desmaia vindo para a cozinha beber água. Levam-na ao PS e lá é maltratada, todos dizendo que estava fingindo e não fazem nada. Só no dia seguinte a mãe descobre que tomara comprimidos.

Durante a entrevista afirma que não quer se casar nunca - "para que? só para ter trabalho?" Também fica com muito medo quando os irmãos brigam entre si, geralmente por causa da namorada. Há um outro episódio importante: 2 dias antes da tentativa, uma menina "maloqueira", que briga com todo mundo, a xingou e lhe deu uma surra violenta. Acha que essa menina tem inveja das roupas dela. Nesse dia ficou muito chateada e pensando que nem os colegas gostam dela - sente agora medo dela, pois vai continuar perseguindo-a.

(Obs: em contato com a mãe, percebo que é fraca, abusa realmente da filha e acha que são as mulheres devem fazer qualquer atividade doméstica). Após a tentativa "o irmão não mais relou em mim".

TS amb : não	Suic amb : não	TS amb : 1 irmão retardado, o ano passado, porque o xingavam muito.
L desf : não	Pot suic : 41	Intenc suic : 9 Let : 38

Neste caso temos novamente uma mulher entre vários irmãos homens. Aqui encontramos uma mãe rejeitante, com dificuldade de assumir sua identidade feminina, o que torna a adolescente confusa quanto à sua própria identidade sexual. Esse tipo de mãe, rejeitante, e por vezes invejosa da sexualidade da filha, é encontrado também em outros casos. A inveja da figura masculina, talvez associada a uma hostilidade defensiva contra os impulsos edípicos, se manifesta também na briga com a menina "maloqueira" (masculina), que também tripudia sobre ela.

CASO 44

Masc, bco, 20 a, solt, ã qualif, 1-2 SM, lãrio incompl.

Pais se separaram quando ele tinha poucos anos de vida e foi criado até os 8 anos por madrinha, que se mudou da Bahia para São Paulo. Com 8 anos foi morar com tio no interior de SP, que sempre o tratou muito bem. Com 17 anos veio trabalhar em

Campinas, morando em pensão. Sempre foi muito tranqüilo e querido por seus compa^unheiros de trabalho e pensão. Estava namorando firme e pensando em casar, quando 2 irmãs (que não conhecia) vieram lhe pedir ajuda e propõe morarem os 3 juntos. Entusi^uasma-se com a idéia, e desmancha o noivado de "estalo", compra móveis e reconstitui a família. Moram 5 meses juntos, relativamente bem, quando a mais velha resolve sa^uir. Ele não se sente capaz de, sozinho, assumir a irmã menor, de 16 anos, que "ti^unha menos juízo". Mas, pede demissão do emprego (em que trabalhava por turnos, inclu^usive à noite), para não deixá-la sozinha. No entanto, a irmã se torna mal agradecida e também acaba indo embora. Sente-se muito mal pela ingratidão e entra num processo de tristeza intensa - volta para o interior, na casa do tio e tinha vontade de que^ubrar tudo, em crises de nervos. Sugerem que se interne, mas não aceita. Não saía de casa, achava difícil começar tudo de novo, e estava envergonhado de voltar a pedir emprego na firma de onde saía. Ficou muito sentido com as irmãs, pois fez tudo o que pôde por elas.

Num domingo, recebe uma carta da irmã menor, em que esta o acusa, dizendo que ele a fez sofrer, que ele tinha sido ruim e que não mais se preocupasse com ela. Ficou muito revoltado com essa carta. Na segunda-feira veio para Campinas, em casa de parentes, tentar novo emprego, mas já com idéias de morte. Na quarta-feira, mui^uto nervoso, pensando demais, não sabe como, impulsivamente tomou 1/2 lata de Baygon no banheiro. Desmaiou e foi socorrido. Pensou em deixar bilhete negando as acusações da irmã, e que esta não se preocupasse com ele.

TS ant : não

TS amb : não

Suic amb : não

L desf : sim

Pot suic : 61

Intenc suic : 13

Let : 50

Neste caso temos um rapaz que larga tudo para tentar refazer um lar que nunca tivera, procurando realizar uma fantasia, provavelmente intensa, e com a família real. O fracasso na obtenção desse lar idealizado, faz reviver as perdas anteriores, é o suicídio não só deve indicar um reencontro pós morte, mas servir também de vingança em relação à irmã, traidora de seus ideais.

CAPÍTULO VI - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este capítulo será dividido em duas partes. Em primeiro lugar apresentaremos as conclusões obtidas, específicas para cada área do evento estudado. A seguir, tentaremos agrupar os resultados da investigação em uma provável história natural da tentativa de suicídio em jovens.

1 . CONCLUSÕES

1. Quanto a CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E SOCIAIS, constatamos que:

1.1. A tentativa de suicídio ocorreu predominantemente em jovens, numa proporção estimada de 75% (considerando-se como jovens a indivíduos até 27 anos).

1.2. Dentre os jovens, houve uma predominância de mulheres, numa proporção de 5,25 para cada homem. A estrutura de personalidade dessas moças comumente se aproximava do que DEUTSCH (1967) chamou de "infantilismo".

1.3. Não houve diferenças em relação à distribuição por COR, entre o grupo de casos (TS) e os grupos controle (N e P). No entanto, nas histórias clínicas notou-se que, não raro, os indivíduos mais escuros, dentro da família, se sentiam mais rejeitados.

1.4. Quanto ao ESTADO CIVIL, encontrou-se maior número de solteiros nos grupos controle. O grupo TS apresentou uma proporção significativamente maior de ligações "irregulares" (solteiros com parceiro e separados). Nesse mesmo grupo encontramos a maior proporção de indivíduos que haviam alterado seu estado civil recentemente (significativa em relação ao grupo N), e também a maior proporção de sujeitos com filhos vivos (significativa em relação a ambos os grupos controle).

Quanto à existência de NAMORADO/A, nos indivíduos solteiros, novamente verificamos uma proporção significativamente maior no grupo TS, em relação aos controles.

1.5. Quanto ao NÍVEL SÓCIO-ECONÔMICO, encontramos indicações de que a tentativa de suicídio ocorreu "democraticamente" entre os vários estratos econômicos, ou, talvez, com índices um pouco menores nos estratos mais altos. Não se encontraram diferenças nos grupos quanto ao fato dos indivíduos trabalharem e/ou estudarem. A OCUPAÇÃO dos sujeitos, quanto ao nível de qualificação, tampouco mostrou diferenças significativas (exceto um maior número de donas de casa no grupo N, e mais pessoas que não trabalhavam no grupo P). Mas, no grupo TS, se encontrou a maior proporção de DESEMPREGADOS, significativa em relação ao grupo N.

Quanto à OCUPAÇÃO DO ARRIMO DA FAMÍLIA dos indivíduos, o grupo TS não mostrou diferenças significativas em relação aos controles, exceto quanto a uma proporção significativamente maior de ocupações de nível inferior, em relação ao grupo P.

1.6. Quanto ao GRAU DE INSTRUÇÃO, não houve diferenças entre os três grupos, ex

ceto no referente a uma maior proporção de sujeitos com curso superior incompleto ou completo no grupo P. E, os indivíduos do grupo TS apresentaram uma maior proporção de REPETÊNCIA escolar, não significativa em relação ao grupo N, mas significativa em relação ao grupo P.

1.7. A distribuição dos sujeitos pelo LOCAL DE MORADIA, em relação a zonas da cidade, não mostrou diferenças em relação ao controle P. (A técnica de pareamento usada não permitiu a comparação com o grupo N.)

Em relação ao LOCAL DE NASCIMENTO, PROCEDÊNCIA URBANA OU RURAL, INFÂNCIA passada em ZONA URBANA ou RURAL e TEMPO DE RESIDÊNCIA em CAMPINAS, não se encontraram diferenças significativas entre os três grupos.

Mas, quanto a MIGRAÇÕES, os indivíduos do grupo TS as apresentaram em proporção significativamente maior que os dos controles.

Em relação a COM QUEM MORAVAM os sujeitos, não se encontraram diferenças significativas entre os grupos, a grande maioria vivendo com familiares. O NÚMERO DE MORADORES no domicílio se assemelhava nos três grupos, exceto para o caso de 7 ou mais pessoas, que ocorreu em proporção menor no grupo TS.

Não se encontraram diferenças quanto à distribuição por ORDEM NA IRMANDADE nos indivíduos dos três grupos. Tampouco houve diferenças em relação ao SEXO DOS IRMÃOS.

1.8. Quanto à RELIGIÃO, encontrou-se uma maior proporção de indivíduos sem religião no grupo TS (significativa em relação ao grupo N). O número de não praticantes foi também significativamente superior naquele grupo, em relação ao grupo N.

2. Quanto a ANTECEDENTES MÓRBIDOS, constatamos que a distribuição de DOENÇAS FÍSICAS foi semelhante nos três grupos. As DOENÇAS classicamente chamadas PSICOSSOMÁTICAS predominaram no grupo TS, mas sem diferenças significativas em relação aos grupos controle. O mesmo ocorreu em relação a ANTECEDENTES CIRÚRGICOS e ACIDENTES. No entanto, os sujeitos do grupo TS apresentaram uma maior proporção, significativa, de INTERNAÇÕES EM HOSPITAL GERAL. A proporção de TRATAMENTOS PSICOLÓGICOS E PSIQUIÁTRICOS anteriores foi similar nos grupos TS e P.

Quanto ao USO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS, encontrou-se uma maior proporção no grupo TS, mas não significativa em relação aos controles. O USO DE TÓXICOS foi significativamente maior no grupo TS, em relação ao grupo N.

A despeito das diferenças entre os grupos não serem estatisticamente significativas, em relação à maioria dos antecedentes mórbidos estudados, devemos assinalar que em várias histórias clínicas de casos encontramos somatizações, acidentes e uso de bebidas alcoólicas, com provável relação com os mesmos mecanismos psicológicos subjacentes à tentativa de suicídio.

3. Quanto a PROBLEMAS DE RELACIONAMENTO SOCIAL, constatamos que os indivíduos que tentaram suicídio os apresentavam em proporção significativamente superior aos grupos controle. Isso ocorreu em relação a BRIGAS COM AGRESSÕES FÍSICAS, PROBLEMAS NO TRABALHO e PROBLEMAS COM A POLÍCIA E A JUSTIÇA. A proporção de PROBLE

MAS NA ESCOLA também foi superior no grupo TS, em relação ao N.

Nas histórias clínicas verificamos que esses problemas se manifestavam em comportamentos impulsivos, tipo acting-out.

Os PROBLEMAS DE ORDEM SEXUAL apresentaram-se com a mesma intensidade nos grupos TS e P, numa proporção significativamente superior ao grupo N. A GRAVIDEZ QUANDO SOLTEIRO/A foi relatada em 32% dos sujeitos que tentaram suicídio. Essa proporção foi significativamente maior que a ocorrida nos grupos N (6%) e P (14%). Quanto à RESOLUÇÃO dessa GRAVIDEZ, não houve diferença significante nos três grupos, constatando-se abortamento em 1/3 das gestações.

Em termos de facilidade de RELACIONAR-SE com outras pessoas, o grupo TS se assemelhou ao N. No grupo P se encontraram as maiores dificuldades. No entanto, nas histórias clínicas dos casos notamos, em quase todos, modalidades de relacionamento simbióticas, com uma espécie de indiferenciação eu-não eu, havendo necessidade de controle tirânico do outro (geralmente parceiro sexual), e com dificuldades imensas em suportar separações ou ameaça de separação.

4. Quanto a CARACTERÍSTICAS FAMILIARES, constatamos que as famílias dos indivíduos do grupo TS apresentavam-se mais perturbadas em sua estrutura e funcionamento, em relação aos grupos controle. Assim, encontramos maiores proporções de PAIS SEPARADOS (sendo as separações mais precoces que nos outros grupos), de PAIS E MÃES DOENTES, de ALCOOLISMO nos pais, de DOENÇAS NOS IRMÃOS e no CÔNJUGE. O RELACIONAMENTO entre os pais, entre filhos e pais, entre irmãos e entre cônjuges, foi também significativamente pior no grupo TS, em relação aos controles. O envolvimento com a POLÍCIA E A JUSTIÇA também se apresentava significativamente mais intenso no grupo TS.

Quanto à PERCEPÇÃO DO PAPEL DOS PAIS, as diferenças mais importantes residiram na maior proporção de pais sentidos como fracos, e na maior proporção de mães sentidas como autoritárias, no grupo TS, em relação aos controles. Em termos de percepções conjuntas de ambos os pais, a configuração pai e mãe fracos apareceu também mais comumente no grupo TS.

Utilizando-se vários critérios para LAR DESFEITO, notou-se que eles se apresentavam em maior proporção no grupo TS, em relação aos controles.

Comparando-se os sujeitos do grupo TS, COM e SEM LAR DESFEITO, verificou-se não existirem diferenças em relação a DOENÇAS E ACIDENTES, MIGRAÇÕES, IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA e MORTES NO ANO ANTERIOR. Os indivíduos com lar desfeito apresentaram maior proporção de TENTATIVAS DE SUICÍDIO ANTERIORES, SUICÍDIOS E TENTATIVAS NO AMBIENTE, PROBLEMAS EM GERAL e GRAVIDEZ EM SOLTEIRO/A, mas de forma não significativa em relação aos sujeitos com lar não desfeito.

5. Quanto a ANTECEDENTES SUICIDAS, constatamos que praticamente metade dos sujeitos do grupo TS havia efetuado TENTATIVAS ANTERIORES, muitos mais de uma. Nesse grupo ocorreu uma proporção significativamente maior de TENTATIVAS DE SUICÍDIO NO AMBIENTE (tanto em relação a parentes próximos como a parentes distantes e conhecidos), e também de SUICÍDIOS NO AMBIENTE, em relação aos grupos controle.

Quanto a PERDAS de pessoas queridas por morte, não houve diferenças significativas quanto a MORTE DE PAIS ou de IRMÃOS nos três grupos. No grupo TS encontrou-se maior proporção de FILHOS MORTOS, mas sem significância em relação aos controles.

Em relação a MORTES de pessoas queridas no ANO ANTERIOR, o grupo TS apresentou maior proporção, significativa em relação ao grupo P.

Quanto a PROBLEMAS sérios no ANO ANTERIOR, o grupo TS também apresentou a maior proporção, havendo na maioria das vezes vários problemas concomitantes.

6. Quanto a IMPRESSÕES DIAGNÓSTICAS, predominaram as neuroses, quase todas com componentes depressivos mais intensos, tanto no grupo TS como no P. As psicopatias apareceram em maior proporção no grupo TS.

Quanto a SINTOMAS, medidos nos três grupos através do ÍNDICE DE POTENCIALIDADE SUICIDA, verificamos maiores escores, significativos, no grupo TS. O grupo P apresentou escores intermediários entre o TS e o N. As medidas das subescalas DEPRESSÃO, ANSIEDADE e ESTADO EMOCIONAL, obedeceram ao mesmo padrão. A subescala SAÚDE GERAL diferenciava os grupos TS e P de N, mas não TS de P; e, a subescala PROJEÇÃO SUICIDA diferenciava o grupo TS dos controles, mas não o grupo N do P.

7. Quanto à DESCRIÇÃO E QUANTIFICAÇÃO DAS TENTATIVAS, constatamos que elas ocorriam principalmente aos sábados (segundo-se a quinta-feira), havendo dois picos em relação ao HORÁRIO - entre 18 e 2 horas (46% das tentativas) e entre 10 e 14 horas (28%). Os MOTIVOS declarados giravam principalmente em torno de problemas com parceiro sexual e com pais e irmãos; mas, uma análise mais aprofundada nos indicou que a motivação é bem mais complexa (v. história natural).

O MÉTODO usado foi predominantemente a ingestão de medicamentos, sendo que 1/4 dos sujeitos usaram também bebidas alcoólicas durante ou precedendo o ato.

60% dos sujeitos havia pedido AJUDA a alguém, visando resolver os problemas que desencadearam o ato.

Após a tentativa, 38% dos indivíduos se mostravam arrependidos, 36% indiferentes e 26% tristes por ainda estarem vivos. Em relação à VISUALIZAÇÃO DA MORTE, mais da metade não soube responder, e os restantes acreditavam, mais ou menos na mesma proporção, em vida após a morte ou sono sem fim, trevas.

Metade dos sujeitos femininos relacionaram o ato a época PRÉ-MENSTRUAL OU MENSTRUAL.

1/4 dos sujeitos foram ENCAMINHADOS a consulta urgente pelo entrevistador, face à gravidade aparente do quadro emocional, e a quase todos os restantes sugeriu-se procura de ajuda profissional.

Os escores do ÍNDICE DE INTENCIONALIDADE SUICIDA variaram entre 1 e 22, com média de 9,68 e desvio padrão de 5,29. Os escores de ÍNDICE DE LETALIDADE variaram entre 29 e 60, com média de 39,18 e desvio padrão de 8,07. Através da análise das questões dessas escalas, verificamos que a maioria dos indivíduos efetuou o ato em locais familiares, com alguém próximo, que provavelmente poderia intervir, não havendo grandes precauções contra a descoberta. A tentativa era geralmente impulsiva,

com um m̃nimo de planejamento, e em que o sujeito tinha d̃vidas quanto à sua morte. A maioria foi socorrida logo e recebeu cuidados de pronto-socorro ou internação por menos de 72 horas. Poucos indiṽduos efetuaram comunicação pr̃via de sua intenção de efetuar o ato.

8. Estudando-se os resultados das escalas no grupo TS, constatamos que o ÍNDICE DE POTENCIALIDADE SUICIDA (IPS) se correlacionou significativamente com suas subescalas e com o ÍNDICE DE INTENCIONALIDADE SUICIDA (IIS). Este se correlacionou significativamente com as subescalas Depressão, Saúde Geral, Estado Emocional e Projeção Suicida, mas não com Ansiedade. O ÍNDICE DE LETALIDADE (IL) não se correlacionou significativamente com o IPS nem com suas subescalas, tendo correlação significativa apenas com o IIS.

Dividindo-se os indiṽduos do grupo TS em três faixas de POTENCIALIDADE SUICIDA, verificamos que:

a) não existiram diferenças, dentro dessas faixas, em relação a MIGRAÇÕES, DOENÇAS E/OU ACIDENTES, TENTATIVAS DE SUICÍDIO e SUICÍDIOS NO AMBIENTE e IMPRESSÕES DIAGNÓSTICAS. Quanto a PROBLEMAS EM GERAL e GRAVIDEZ EM SOLTEIRO/A, houve uma maior proporção nos grupos de maior potencialidade, mas não significativa;

b) Quanto a TENTATIVAS ANTERIORES, LARES DESFEITOS e TRATAMENTOS ANTERIORES, a proporção dessas variáveis foi maior nos grupos de maior potencialidade, de forma significativa.

Dividindo-se os indiṽduos do grupo TS em duas faixas de INTENCIONALIDADE SUICIDA, verificamos que:

a) não existiram diferenças dentro dessas faixas quanto a MIGRAÇÕES, TENTATIVAS ANTERIORES, LARES DESFEITOS, IMPRESSÕES DIAGNÓSTICAS e TRATAMENTOS ANTERIORES. Quanto a DOENÇAS E/OU ACIDENTES e TENTATIVAS DE SUICÍDIO ANTERIORES, o grupo com menor intencionalidade apresentou maiores proporções, mas sem significância estatística;

b) GRAVIDEZ EM SOLTEIRO/A apareceu em maior proporção, de forma significativa, no grupo de maior intencionalidade.

Além das conclusões acima, a partir de nossas histórias clínicas, pudemos identificar vários elementos que nos permitem uma melhor compreensão da dinâmica conflitiva de nossos casos. Dentre eles, salienta-se a intensidade dos conflitos próprios da fase adolescente, e a interação com um ambiente familiar objetiva e subjetivamente perturbado. A procura de um tipo de ligação simbiótica pode ser conseqüência desses transtornos, que termina por levar o adolescente a uma "carreira", isto é, um conjunto de eventos subseqüentes, e por vezes predizíveis, que culminação na tentativa de suicídio.

A descrição desses elementos será feita a seguir, na forma de uma provável HISTÓRIA NATURAL DA TENTATIVA DE SUICÍDIO EM JOVENS. Estamos conscientes que, tratando-se de uma generalização, corremos o risco de sacrificar situações particulares, ainda mais pelo fato de estarmos lidando com um fenômeno de multicausalidade complexa. No entanto, cremos que a tentativa é válida, podendo facilitar a compreensão dinâmica, e possibilitando uma atuação preventiva mais firme.

2 . UMA PROVÁVEL HISTÓRIA NATURAL DA TENTATIVA DE SUICÍDIO EM JOVENS

Tudo indica que o processo que vai acabar levando o jovem à tentativa de suicídio se inicia antes de seu nascimento. Fatores genéticos e constitucionais, que não tivemos condições de determinar, devem somar-se a características ambientais, que pudemos descrever razoavelmente, principalmente em relação ao casal parental. As configurações encontradas, em relação a esse casal, são variadas, mas todas elas parecem desembocar em situações tais que levarão, com maior probabilidade, a distúrbios na evolução psicológica dos filhos. Encontramos assim: mau relacionamento dentro do casal, separações, abandonos, mortes, doenças crônicas ou incapacitantes, alcoolismo, problemas com a polícia e a justiça, etc., caracterizando o que chamamos de lar desfeito. Mesmo nas situações em que esse lar desfeito não é evidente de forma objetiva, os conflitos ou as configurações do casal parental são tais, que parecem levar a um lar desfeito do ponto de vista psicológico. Há evidências de que quanto mais precoce é o funcionamento do lar como desfeito, maior é o prejuízo no desenvolvimento psicológico da criança. São comuns os pais que posteriormente serão sentidos pelo jovem como ausentes ou fracos, às vezes compensados por mães sentidas como autoritárias. As possibilidades de identificação da criança com boas figuras provavelmente se tornam mais restritas, devido a essas características familiares.

Talvez em função do descrito acima, encontramos evidências de que as crianças comumente não foram desejadas por seus pais, ou, pelo menos, são sentidas como se fossem uma carga. Em várias situações essas crianças foram objetivamente abandonadas por um ou ambos os pais, com grande possibilidade da criança sentir-se má, e culpada pelo abandono, o que terá repercussões posteriores.

Outro fator que nos pareceu importante foi o fato do ambiente em que a criança nasceu ou em que está vivendo, estar carregado de perdas e mortes, e, em particular de condutas autodestrutivas, suicídios e tentativas. Essas condutas, em vários casos, se fixam no indivíduo através de processo de identificação, ou ainda se tornam mais prováveis através da imitação e sugestão. Há também evidências de que lutos infantis não resolvidos, principalmente em relação a figuras importantes, predispoem mais ao ato.

Como já dissemos, o desenvolvimento psíquico deve estar perturbado já desde a infância mais precoce. Não estudamos essas fases precoces, mas já em crianças maiores notamos indícios claros de perturbações. São crianças com maior número de problemas, identificados principalmente nas áreas de relacionamento social, com proporção elevada de atritos, brigas com agressões físicas e problemas de relacionamento em geral. Parece terem uma maior suscetibilidade a rejeições reais ou imaginárias, e uma menor capacidade de suportar frustrações. A atuação se constitui numa maneira comum de lidar com os conflitos, que se acentuam mais tarde. Ainda na infância notamos, em alguns casos, comportamentos evidentes ou suspeitos de condutas autodestrutivas. Também parece haver uma tendência à somatização e a acidentes em alguns indivíduos, indicando maneiras peculiares, comumente autodestrutivas, de lidar com seus conflitos.

Se essas características infantis podem passar despercebidas ao leigo e mesmo ao profissional, o mesmo já não ocorre quando advém a adolescência. É então que uma série de conflitos, peculiares a essa fase evolutiva, se manifestam, obrigando o indivíduo a defrontar-se com os conflitos infantis mal resolvidos. A elaboração dos lutos normais da adolescência se torna problemática, e o lidar com a revivência dos conflitos edípicos é muito mais difícil.

Características peculiares, provavelmente ligadas aos fatores próprios do desenvolvimento psicosexual feminino, somados a fatores sócio-culturais, tornam a moça mais suscetível a reagir a esses conflitos através da tentativa de suicídio. A ausência do pai, ou o pai fraco e uma mãe autoritária, talvez sejam mais prejudiciais para a menina que para o menino.

Uma maneira, muito comum, de lidar com esses conflitos adolescentes e infantis revividos, parece ser a tentativa de manter uma ligação simbiótica com um objeto superinvestido. Comumente esse objeto é um substituto de figura parental, e talvez a procura dessa ligação seja também uma resposta às ansiedades decorrentes da perda dos pais da infância. É possível que esse tipo de ligação seja facilitado na moça por fatores sócio-culturais que de certa forma estimulam a dependência feminina da figura masculina.

O tipo de relacionamento simbiótico faz com que a jovem se ligue de forma peculiar, tirânica, a um objeto, em que parece haver uma indiscriminação entre ela e o objeto. Ao mesmo tempo, acentuam-se as características impulsivas, os acting-out, maneiras predominantes de lidar com os vários conflitos existentes. O componente melancólico da elaboração dos lutos se manifesta clinicamente de formas variadas, mas a atuação parece ser o equivalente predominante. Por vezes, a intensidade desse comportamento leva os jovens a quadros limítrofes à psicopatia, que pode acabar se fixando.

As atuações, na moça, se dão predominantemente na área sexual, e isso parece ser uma característica peculiar sócio-cultural do sexo. Comumente servem para tentar iniciar ou manter um "romance" simbiótico. Segue-se o que chamamos de "carreira" da jovem que tenta o suicídio, "carreira" essa constituída de uma série de eventos que progressivamente vão levando a jovem a situações em que a tentativa de suicídio passa a ser a única saída. Fazem parte desses eventos: a atuação sexual, muitas vezes trazendo sentimentos de culpa e complicando os conflitos; o abandono pelo parceiro, não raro em decorrência da desvalorização sexual da jovem, real ou assim sentida por ela; a tentativa desesperada de manter esse parceiro, para tanto sendo utilizados quaisquer meios; a procura de um novo parceiro, agora desenfreada e limitada não só pela autodesvalorização sexual, mas pelo receio de novo fracasso. A gravidez surge com relativa frequência, com vários significados, mas comumente com a função de tentar manter a ligação simbiótica. Essa gravidez pode terminar em aborto, com todas as consequências psíquicas que isso acarreta. Outra possibilidade é a manutenção da gravidez, mas com perda do parceiro. E, não raramente ocorre a continuidade da relação com o parceiro e o nascimento de um filho: no entanto, essas ligações tendem a se desfazer em pouco tempo, em função de atritos próprios da ligação simbiótica, somados aos problemas decorrentes da impossibilidade psicológica do casal assumir o papel parental.

Como pano de fundo dessa "carreira" encontramos problemas não sô subjetivos mas também objetivos com os pais. Comumente a moça abandona o lar para seguir o par simbiótico, ou pode mesmo ser expulsa. O retorno ao lar, grávida, ou com "maus" antecedentes, exacerbam os mesmos problemas anteriores. Em muitos casos é evidente o significado da atuação sexual como uma maneira de desafiar ou punir os pais.

A tentativa de suicídio é a culminação dessa "carreira" descrita. Geralmente o desencadeante é uma ameaça de separação do par simbiótico (que muitas vezes não se envolve na simbiose, a relação sendo mais parasitária do que simbiótica), ou ainda uma decepção ou frustração, também sentida como perda. A ameaça de perda é vivida como algo muito perigoso, talvez como uma sensação de perda de uma parte de si própria, muito valiosa, sem a qual corre-se o risco de perecer. A tentativa de suicídio corresponde não sô a uma manobra desesperada de tentar refazer a ligação, através de uma conduta controladora, mas também é uma manifestação de desesperança intensa. Existe, portanto, uma ambivalência entre o desejo de viver e o de morrer. Este último desejo talvez se acentue quando existem mortes ou suicídios em figuras importantes do passado, quem sabe em consequência de processos identificatórios e de fantasias de re-encontro pós-morte. A tentativa de suicídio é comumente repetida, e pode se dar em vários momentos dessa "carreira" descrita.

Estamos conscientes que a "carreira" que descrevemos não se inicia propriamente com a atuação sexual, mas já vem desde antes do nascimento. No entanto, preferimos marcar o seu início na adolescência e na atuação sexual, por cremos que é aqui onde as manifestações clínicas se tornam mais evidentes, ou, em outras palavras, é aqui onde os comportamentos ultrapassam de maneira marcante o horizonte clínico da história natural do evento.

A despeito de existirem vários casos que não se encaixam na "carreira" descrita, suspeitamos que isso ocorreu apenas porque os identificamos precocemente. A história da vida e os conflitos próprios da adolescência são semelhantes aos casos com "carreira" - já os desencadeantes não são tão evidentemente as ameaças de quebra de relações simbióticas com parceiros sexuais; no entanto, comumente esses desencadeantes se relacionam a brigas ou decepções com namorados (sem ainda a atuação sexual) ou com pais e outras pessoas (comumente figuras parentais substitutas), já indicando uma tendência à ligação simbiótica. Talvez essas mesmas jovens, no futuro, passem à atuação sexual. Esta hipótese é reforçada pelo fato dessas moças, em que a carreira não está bem caracterizada, serem justamente as da faixa 12-14 anos, isto é, as mais novas, que talvez estejam se preparando para entrar nela. É evidente que falta confirmar as afirmações acima.

Os problemas descritos em relação aos pais não podem deixar de ser analisados do ponto de vista desses pais. Há necessidade de um estudo mais detalhado de suas características, e de sua percepção da adolescência dos filhos. Há fortes indícios que esses pais têm dificuldades de lidar com a sexualidade e a agressividade de seus filhos adolescentes. Encontramos casos em que a manutenção da situação edípica decorria, em grande proporção, de atitudes sedutoras por parte de pai ou mãe. Por outro lado, a rejeição aos filhos, vinda desde a infância, pode se manifestar com mais intensidade nesta fase. Em outros casos, notamos como doenças e outros atos

nos pais podiam servir para tentar evitar o desprendimento da criança, agora adolescente. A quantidade de variáveis envolvidas é muito grande, mas parece que quase todas repousam no processo de desprendimento do adolescente de seus pais, e vice-versa, com uma tentativa de manter a ligação simbiótica, por uma ou ambas as partes. O deslocamento para figuras substitutas dos pais (e aqui entra o "romance") é entremeadado por conflitos que são mantidos a nível familiar. À medida que a moça cresce, e que as atuações sexuais são mais prováveis, a "carreira" típica pode se manifestar.

É interessante que o período pré-menstrual está associado com razoável intensidade ao desencadeamento do ato suicida. Além dos fatores biológicos, há uma necessidade de se conhecer melhor os fatores psicológicos em jogo.

Quanto aos homens, a nossa casuística foi muito pequena para uma melhor caracterização. Mas, encontramos também ligações simbióticas, da mesma forma que nas moças. A atuação sexual não aparece com nitidez, talvez porque o mesmo comportamento que em moças é considerado atuador, não o é em um rapaz.

Quanto às conseqüências das tentativas de suicídio, não tivemos a oportunidade de fazer um estudo detalhado, mas há indícios de que em alguns casos talvez se tenha conseguido alguma mudança na dinâmica familiar. Mas, nossa impressão foi de que, na maioria das vezes, a tentativa serviu apenas para manter a ligação simbiótica. E, comumente verificamos que isso já ocorrera em tentativas anteriores. Pode ser que exista uma tendência às tentativas posteriores serem mais graves, mas essa possibilidade não ficou clara em nosso trabalho. Será interessante também verificar as características diferenciais dos repetidores de tentativa de suicídio em relação aos indivíduos que tiveram apenas uma tentativa - talvez, nestes casos a mudança ambiental tenha sido positiva, e a história natural de evento se altere.

Em termos preventivos, acreditamos que existem várias oportunidade de intervenção. Mas, o que nos parece claro e muito importante, é que não devemos considerar a tentativa de suicídio como uma "doença" ou "patologia", nos moldes clássicos, mas apenas como um sintoma, ou melhor ainda, um emergente de uma série de fenômenos mais complexos. Cremos que isso ficou evidente na descrição da provável história natural do evento - em verdade, talvez o correto tivesse sido a descrição da história natural de um processo, ainda mal conhecido, que repousa basicamente na predominância clínica de elementos ligados à simbiose e ao acting-out. A tentativa de suicídio é apenas um acting-out, certamente o mais dramático, que faz parte desse processo, quase não conhecido, e que não aparece nos tratados de psiquiatria. Não sabemos mesmo se vale a pena reduzi-lo a um "quadro clínico", ou se não será melhor continuar descrevendo-o em termos de mecanismos predominantes usados para lidar com os conflitos, num momento especial da vida - a adolescência - e em conjunção com outros mecanismos.

De qualquer forma, a intervenção preventiva deve iniciar-se no período pré-patogênico, já antes do nascimento do indivíduo. E, aqui temos que agir através de todos os elementos que, de forma geral, influenciam a saúde mental dos indivíduos e da comunidade. São, quase sempre, medidas gerais que fogem da alçada do profissional individualmente, e dependem mais de condições globais de vida. É provável que

uma sociedade que se preocupe mais com seus cidadãos, que lhes proporcione maiores possibilidades de subsistência e de realização individual, condicione melhores condições de desenvolvimento psíquico a seus membros, e permita que eles se tornem melhores pais. Não acreditamos muito em "cursos" para preparar pais, para "educar" adolescentes, etc., que são sempre de caráter apenas informativo, e onde raramente os indivíduos que "informam" têm condições para tal, muitas vezes proporcionando mais desinformação ou apelando para preconceitos de ordem moral.

Quando se iniciam os problemas, decorrentes geralmente de atuações, por vezes podemos intervir. É importante, no entanto, esclarecer os pais, professores e autoridades judiciais, assim como os próprios médicos, que devemos ver a atuação repetida, numa criança ou num jovem, como uma manifestação de problemas mais profundos. Temos que evitar a rotulação do indivíduo como "mau" ou "delinqüente", o que só vai reforçar esse tipo de comportamento. O mesmo ocorre em relação à atuação sexual nas moças. Comumente a incompreensão da família e a hostilidade do ambiente impedem que a moça, já "marcada", possa voltar a ser respeitada e a se respeitar. O trabalho com adolescentes grávidas pode ser um momento privilegiado de intervenção, inclusive em termos preventivos em relação à futura criança.

Como estamos lidando com fenômenos em que a influência da família é extremamente importante (e, comumente a patologia do jovem é apenas uma emergência do problema familiar), a nossa intervenção preventiva não pode se limitar ao indivíduo. O núcleo de ação deve ser a família como um todo. E, para isso é importante que o médico clínico, e principalmente o pediatra, esteja treinado a conhecer o ambiente global de seu paciente, podendo diagnosticar ou suspeitar de conflitos familiares, e deixando de ver o caso como o de um indivíduo isolado. Infelizmente, não é isso que ocorre comumente em nosso meio, certamente por deficiências na formação profissional.

Na maioria das vezes, a intervenção nos níveis descritos até agora, não é efetuada, porque os problemas passam despercebidos. E, justamente por passarem despercebidos, ou porque não se tomaram medidas efetivas, é que surge a tentativa de suicídio, que, como vimos, é também um pedido de ajuda. É neste momento que a intervenção da equipe de saúde é ímpar, pois o indivíduo está ansioso por auxílio, e com todos seus conflitos praticamente à mostra. Isso ficou bem evidente em nossas entrevistas.

Quem recebe, em primeiro lugar, esses indivíduos, é o médico clínico do pronto-socorro. Esse médico deve ser conscientizado da importância do momento, e da grande possibilidade que possui de alterar a história natural do processo. Para tal, deve ser treinado a reconhecer os problemas psicológicos subjacentes às pessoas em geral, e particularmente ao adolescente que tenta suicídio. Não será fácil eliminar os rótulos de "histeria" e as condutas agressivas frente aos pacientes, mas sem isso, pouco poderá ser obtido. O simples encaminhamento ao psiquiatra, sem um preparo do indivíduo por parte do médico clínico, de muito pouco adianta, pois o sujeito sentirá o encaminhamento como uma punição ou rejeição (e, às vezes, realmente o é...). Esses indivíduos raramente chegarão ao psiquiatra. Estes, por outro lado, devem ser treinados nas áreas de adolescência e suicídio, áreas essas que parecem ser rejeita

das pela própria psiquiatria. Novamente aqui, não podemos nos esquecer que a equipe de saúde deverá lidar com a família, e às vezes com o ambiente mais amplo do sujeito, para que os resultados sejam úteis.

Finalmente, gostaríamos de salientar que há necessidade de que as técnicas terapêuticas e de intervenção sejam apropriadas ao nosso ambiente sócio-cultural. De nada adiantará tentar aplicar técnicas, por vezes úteis em outros meios, que terão pouca aplicação e utilidade em nossas populações, principalmente as mais carentes. Há necessidade de desenvolver, com urgência, estudos visando estes conhecimentos.

A N E X O 1

QUESTIONÁRIO SOBRE CARACTERÍSTICAS PESSOAIS E FAMILIARES

1 . QUESTIONÁRIO

Nº _____

NOME _____

ENDEREÇO _____ BAIRRO _____ TEL. _____

DATA ___ / ___ / ___ HORA _____ LOCAL DA ENTREVISTA _____

(ENTREVISTADOR _____)

01) (Assinale a zona da cidade a que pertence o endereço)

0 prejudicado	2 2	4 4
1 1	3 3	9 ã sabe

02) (Assinale sexo e cor)

0 prejud.	3 masc. amar.	6 fem. amar.
1 masc. branco	4 fem. brco.	9 ã sabe
2 masc. ã brco.	5 fem. ã brco.	

03) Qual é a sua idade? E a data do nascimento?

0 - 15	4 21 - 25	8 mais de 60
1 15 - 17	5 25 - 30	9 ã sabe
2 17 - 19	6 30 - 50	Idade _____
3 19 - 21	7 50 - 60	D.nasc. ___ / ___ / ___

04) Qual é seu estado civil? (V. é solteiro - casado) ?

0 prejud.	4 desq. ou separado	9 ã sabe
1 solteiro (sõ)	5 solt. c/ parc.	
2 casado	6 viúvo c/ parc.	
3 viúvo (sõ)	7 sep.-desq. c/ parc.	

05) (Sõ indagar de quem ã respondeu 1 em 04) Hã quanto tempo? (No caso de 6 ou 7 em 04 refere-se a tempo em que enviuvou ou separou - desquitou.)

0 prejud.	4 2 - 5 a.	
1 - 6 m.	5 5 - 10 a.	
2 6m. - 1 a.	6 mais de 10 a.	Se separ. ou desq.
3 1 - 2 a.	9 ã sabe	Data ___ / ___ / ___

06) V. estuda - (estudou até) que grau?

0 prejud.	3 1º completo	6 sup. incompl.
1 analfabeto	4 2º incompl.	7 superior
2 1º incompleto	5 2º compl.	9 ã sabe

07) Qual é a sua ocupação? Em que trabalha?

0 prejud.	3 nível inferior	6 aposent.
1 dona de casa	4 nível médio	7 ã trabalha
2 ã qualif.	5 nível sup.	9 ã sabe

Ocupação _____ Atualmente: empr. / desempr.

08) (Indagar quem sustenta a família - considerar p/ esta questão o chefe da família - se ã for definido colocar quem ganhe mais - assinale).

Ocupação do chefe da família:

0 prejud.	2 nível inf.	4 nível sup.	9 ã sabe
1 ã qualif.	3 nível médio	5 aposent.	

Ocupação _____ Atualmente: empr. / desempr.

09) (Assinale em que categoria se encaixa o entrevist.) (Trab. e estudo)

0 prejud.	2 sã estuda	4 ã trab. - ã est.
1 sã trabalha	3 trabalha e estuda	9 ã sabe

10) Religião - qual é? É praticante?

0 prejud.	4 protest. ã prat.	8 ã tem
1 catõl, prat.	5 esp̃r. prat.	9 ã sabe
2 catõl. ã prat.	6 esp̃r. ã prat.	
3 protest. prat.	7 outra	

11) Onde v. nasceu? Assinale: _____

0 prejud.	3 outras cid.ESP	6 outros Est.
1 Campinas	4 Minas	7 Exterior
2 G.Camp.	5 NE	9 ã sabe

12) V. morou na roça ou na cidade? Até que idade (em cada) ?

Procedência (urb.-rural)

0 prejud.			
1 proc. urbana, c/ infãncia (12 a.) princ. na cidade			
2 proc. urbana, " " " " rural			
3 proc. rural, " " " " cidade			
4 proc. rural, " " " " rural			
9 ã sabe			

13) Conte-me sobre todas as mudanças de cidade que ocorreram em sua vida. (Migrações)

Nº de mudanças:

0 prejud.	3 4-6	9 ã sabe
1 1	4 7 e mais	
2 2-3	5 nenhuma	

14) Tempo de residência em Campinas:

0 prejud.	3 6 m. - 1 a.	6 mais de 5 a.
1 sempre morou aqui	4 1 - 2 a.	9 ã sabe
2 - 6 m.	5 2 - 5 a.	

15) Nº de moradores da casa. Assinale: nome, idade, sexo, parent. e renda.

	NOME	IDADE	SEXO	GR.PARENT.	TRAB. OU N	RENDA
--	------	-------	------	------------	------------	-------

1)
2)
3)
4)
5)
6)

(Obs.: se república, pensão, hotel: sã comp. de quarto).

0 prejud.

1 mora sozinho (incl. pensão, hotel, rep. quarto sã)

2 mora c/ membros da família nuclear de origem (pais, irmãos)

3 mora c/ membros da família nuclear própria (cõnj., filhos)

4 2 e 3

5 mora c/ outros parentes

6 mora c/ estranhos

9 ã sabe

16) Nº de moradores (incl. o entrevistado)

0 prejud.	3 3 pessoas	9 ã sabe
1 mora sã	4 4 a 6	
2 2 pessoas	5 7 ou mais	

17) Quantos irmãos v. tem ou teve? Qual é a sua ordem na irmandade? (V. é o 1º, 2º, etc.) (Nã considere irmãos que morreram atã 2 anos de idade, mas assinale nas observ.)

Nº de irmãos _____

Observ.: _____

0 prejud.	4 2º de 2	9 ã sabe
1 filho único	5 caçula de 3 ou mais	
2 1º de 2	6 do meio em 3	
3 1º de 3 ou mais	7 do meio em mais de 3	

18) (Sexo dos irmãos) (Caso tenha irmãos)- qual o sexo?

0 prejud.

1 o sexo dos irmãos é o mesmo do do entrevistado

2 o sexo dos irmãos é oposto ao do entrevistado

3 existem irmãos de ambos os sexos

9 ã sabe

19) Nº de filhos vivos e idades

0 prejud. 3 2 9 ã sabe

1 ã tem 4 3 Idades:

2 1 5 4 e mais

DADOS DE H. E A. INDIVIDUAIS

20) V. sofre ou sofreu de alguma doença como: pressão alta, asma, bronquite crônica, reumatismo, úlcera (gastrod.), enxaqueca, gastrite, colite ? (GRIFE, DETALHE - há quanto tempo?)

0 prejud.

1 sim, mas não precisa mais tratar-se

2 sim, e continua em tratamento

3 não 9 ã sabe Tempo: _____

21) V. sofre ou sofreu de alguma outra doença? Ou sofreu alguma intervenção cirúrgica (operação)? Quais e quando? (Exceto DPI)

0 prejud. Relate: Doença Qdo.

1 sim

2 não 9 ã sabe

22) V. já sofreu algum acidente que necessitasse de assistência médica? (Descrever circ., lesões e há qto. tempo)

0 prejud. 3 4 ou mais

1 uma vez 4 não

2 2-3 vezes 9 ã sabe

23) Já foi internado (mais de 24 hs) em hospital (geral) ou pronto-socorro? (Detalhe motivos e há qto. tempo)

0 prejud. 3 4 ou mais

1 uma vez 4 não

2 2-3 vezes 9 ã sabe

24) Alguma vez v. pensou ou alguém sugeriu que v. consultasse devido a problemas emocionais (de nervosismo, psicológicos, etc.) Por que? (Se posit: detalhar incl. há qto. tempo e tipo de tratamento)

- 0 prejud.
 1 não
 2 sim, mas não chegou a consultar
 3 sim, consultou e foi tratado com drogas sô
 4 sim, consultou e foi trat. c/ algum tipo de psicot.
 5 sim, consultou e foi trat. c/ drogas e psicot.
 6 sim, consultou, mas ã teve qquer. tratamento
 7 sim, e foi internado alguma vez - ã fez tratam. post.
 8 sim, e foi internado alguma vez - fez tratam. post.
 9 ã sabe qual? _____

25) Se jã foi internado em hospital ou PS psiquiãtrico - n° de vezes, por que e quando (hã qto. tempo).

- | | | |
|--------------|------------------|---------|
| 0 prejud. | 3 3 vezes e mais | Descr.: |
| 1 uma vez | 4 não | |
| 2 duas vezes | 9 ã sabe | |

26) V. usava ou usa bebidas alcoólicas? Com que freqüência? Chega(va) a embebedar-se? C/ q. freq.? Jã teve problemas devido.ã bebida? De que tipo? (Descreva)

- 0 prejud.
 1 não
 2 bebedor social, nunca teve probl. por estar alcooliz.
 3 bebedor social, jã tendo tido problemas
 4 bebedor habitual, nunca teve problemas
 5 bebedor habitual, jã tendo tido problemas
 9 ã sabe

27) V. usava ou usa substâncias ou produtos tóxicos? Com que freqüência? Teve problemas por isso? De que tipo? (Descreva)

- | | |
|-------------------------------|----------------------------|
| 0 Prejud. | 3 faz uso irregular (qual) |
| 1 não | 4 faz uso habitual (qual) |
| 2 experimentou apenas (qual?) | 9 ã sabe |

28) Alguma vez v. se meteu em brigas, com agressões físicas? Por que?

- 0 prejud.
 1 não
 2 sim, ã havendo necess. at. médica (a ninguém)
 3 sim, havendo necess. de at. médica (a alguém)
 9 ã sabe

29) V. jã teve algum envolvimento com a polícia (ou a justiça)? Por que?

- 0 prejud.
 1 não
 2 sim, mas ã foi preso, nem responde a processo

3 sim, ã foi preso, mas responde (u) a processo

4 sim, e jã esteve preso (tempo e qdo:)

30) V. teve ou tem problemas na escola ? de que tipo ? Jã repetiu alguma vez ?

Por que ?

0 prejud.

1 nunca repetiu, nem teve qquer. tipo de problema

2 jã repetiu uma vez, mas ã teve outro problema

3 jã repetiu 2 vezes ou mais, mas ã teve outro problema

4 nunca repetiu, jã teve problemas (Quais?)

5 jã repetiu uma vez, jã teve problemas (Quais?)

6 jã repetiu 2 ou mais vezes, teve probl (Quais?)

9 ã sabe

31) V. teve ou tem problemas no seu trabalho ? De que tipo ? Costuma mudar muito de emprego ? Qtas. vezes neste ũltimo ano ? Por que motivo ?

0 prejud.

1 estã empregado, ã tem tido problemas, mudou no mãximo uma vez no ũltimo ano

2 estã empregado, ã tem tido problemas, mudou 2 vezes ou mais

3 estã empregado, teve ou tem tido problemas, mudou no mãximo uma vez (Q proble
mas? _____)

4 estã empregado, teve ou tem tido problemas, mudou duas vezes ou mais (Q Pro-
blemas ? _____)

5 estã desempregado, ã tem tido problemas, mudou no mãximo uma vez no ũltimo -
ano

6 estã desempregado, ã tem tido problemas, mudou 2 vezes ou mais

7 estã desempregado, tem tido problemas, mudou no max. 1 vez

8 estã desempregado, tem tido problemas, mudou 2 vezes ou mais (0 problema ?

9 ã sabe

32) (Sõ para rapazes q tenham servido ou estejam servindo o exãrcito) V. teve ou tem tido algum problema durante o serviço militar ? Qual ?

0 prejud.

2 sim

Descrição:

1 ão

9 ã sabe

33) V. tem facilidades ou dificuldades de fazer amigos, de relacionar-se com os outros ? É fãcil ou difĩcil ?

0 prejud.

3 difĩcil

1 fãcil ou muito fãcil

4 muito difĩcil

2 mais ou menos

9 ã sabe

34) E com pessoas do sexo oposto? (Moças ou rapazes cf. o caso)

- | | |
|------------------------|-----------------|
| 0 prejud. | 3 difícil |
| 1 fácil ou muito fácil | 4 muito difícil |
| 2 mais ou menos | 9 ã sabe |

35) V. teve ou tem problemas sexuais? De que tipo? (Descreva)

- | | |
|-----------|-------------|
| 0 prejud. | 2 sim _____ |
| 1 não | 9 ã sabe |

36) (Sõ para solteiros - ambos os sexos) V. jã engravidou (alguẽm) alguma vez? (Em caso positivo: o que ocorreu - teve o filho, aborto natural ou provocado - hã qto. tempo - DATA EXATA)

- | |
|---|
| 0 prejud. |
| 1 não |
| 2 uma vez, teve o filho |
| 3 uma vez, aborto natural |
| 4 uma vez, aborto provocado |
| 5 mais de uma vez, teve todos os filhos |
| 6 mais de uma vez, houve pelo menos um aborto provocado |
| 7 mais de uma vez, todos perdidos por aborto natural |

36 B) (Sõ para solteiros) Tem namorado? hã qto. tempo? qtos. firme?

- | | | |
|-------------------|-------------------|----------|
| 0 prejud. | 2 não, jã teve | 9 ã sabe |
| 1 não, nunca teve | 3 sim Qtos? _____ | |

QUESTÕES 37, 38 e 39 - SÕ P/ GR. CONTROLE

37) V. tem tido pensamentos sobre morrer (ã espec. o tempo) ?

- | | |
|--------------------------|-----------------------|
| 0 prejud. | 5 rara/, por suic. |
| 1 não (passe p/ 39) | 6 às vezes, por suic. |
| 2 raramente, ã por suic. | 7 muito, por suic. |
| 3 às vezes, ã por suic. | 9 ã sabe |
| 4 muito, ã por suic. | |

38) (Em caso positivo a 40) Tem pensado em maneiras de se matar?

- | | | |
|-----------|---------------------|--------------------|
| 0 prejud. | 2 raramente | 4 muito Q.métodos? |
| 1 não | 3 às vezes (moder.) | 9 ã sabe |

39) V. jã disse a alguẽm que queria matar-se? A quem?

- | | | |
|----------|---------------------|----------------|
| 0 prejud | 2 raras vezes | 4 muitas vezes |
| 1 não | 3 às vezes (moder.) | 9 ã sabe |

QUESTÃO 40 - TODOS OS GRUPOS

40) (P/ grupo de estudo: além desta vez, v. já fizera outra tentativa de suicídio ?)
 (P/ grupo de controle: alguma vez v. tentou se matar?) Em caso positivo: qtas.
 vezes - qdo. - por que - método - tipo de socorro - sequelas, etc.(DATAS EXATAS)
 Nº de vezes (Excluir a atual): _____

0 prejud.	3 3 vezes ou mais
1 uma vez	4 não
2 duas vezes	9 ã sabe

DESCRIÇÃO:

41) Seus pais são vivos? Mora(m) (vam) juntos (ou separados) ?

0 prejud.	
1 ambos vivos, morando juntos (passe p/ 43)	
2 pai vivo, mãe morta (ou não sabe) - moravam juntos (p/ 43)	
3 pai morto (ou não sabe), mãe viva - moravam juntos (p/ 43)	
4 ambos mortos (ou não sabe) - moravam juntos (p/ 43)	
5 ambos vivos - separados ou desquitados	
6 pai morto (ou n.s.), mãe viva - separados ou desq.	
7 mãe morta (ou n.s.), pai vivo - separados ou desq.	
8 ambos mortos (ou n.s.) - separados ou desq.	
9 ã sabe se moram juntos ou estão separados ou desq.	

42) (Se respondeu a 41 com 5,6,7,8 - i.é, pais separados) Que idade v. tinha quando seus pais se separaram?

0 prejud.	5 8 - 11 anos
1 0 - 1 ano	6 11 - 15 anos
2 1 - 3 anos	7 15 - 20 anos
3 3 - 5 anos	8 mais de 20
4 5 - 8 anos	9 ã sabe

43) Como é (era) o relacionamento entre seus pais? (perguntar sã no caso de morarem ou terem morado juntos)

0 prejud.	2 mau	4 bom
1 pãssimo	3 regular	5 muito bom
		9 ã sabe

44) Por quem você foi criado? (V. foi criado por seus pais?) (de 0 a 12 anos - especificar; em casos dúbios assinalar o correspondente ao maior nº de anos)

- | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|
| 0 prejud. | 5 mãe e padrasto (ou sem.) |
| 1 ambos os pais | 6 pai e madrasta (sem.) |
| 2 mãe (c/ ou s/ ajuda de parentes | 7 outros parentes |
| 3 pai sozinho | 8 estranhos ou instituição (grife) |
| 4 pai e outros parentes | 9 ã sabe |

45) O que v. acha(va) do seu pai? Como é(ra) seu temperamento, como trata(va) a família? Como v. se relaciona(va) com ele? (REL. VERSO)

- 0 prejud.
- 1 sentido como autoritário, relac. reg.-bom c/ entrev.
- 2 sentido como autoritário, relac. mau c/ entrev.
- 3 sentido como fraco, relac. reg.-bom com entrev.
- 4 sentido como fraco, relac. mau c/ entrev.
- 5 sentido como equil. (nem aut. nem fraco) - relac. reg.-bom
- 6 sentido como equil. - relac. mau com entrev.
- 9 ã sabe

46) O que v. acha(va) de sua mãe? Como é(ra) seu temperamento, como trata(va) a família? Como v. se relaciona(va) com ela? (REL. VERSO)

- 0 prejud.
- 1 sentida como autoritária, relac. reg.-bom c/ entrev.
- 2 sentida como autoritária, relac. mau c/ entrev.
- 3 sentida como fraca, relac. reg.-bom c/ entrev.
- 4 sentida como fraca, relac. mau c/ entrev.
- 5 sentida como equilibrada, relac. reg.-bom c/ entrev.
- 6 sentida como equilibrada, relac. mau c/ entrev.
- 9 ã sabe

47) (Caso pai morto) Há quanto tempo seu pai morreu? Qual foi a data exata?

- | | | |
|---------------|-----------------|-------------------------------|
| 0 prejud. | 4 2 - 5 anos | Data da morte ___ / ___ / ___ |
| 1 1 - 6 meses | 5 5 - 10 anos | |
| 2 6m - 1 ano | 6 mais de 10 a. | |
| 3 1 - 2 anos | 9 ã sabe | |

48) Caso pai morto) Que idade v. tinha quando seu pai morreu?

- | | | |
|-------------|--------------|-----------------|
| 0 prejud. | 4 5 - 8 a. | 7 15 - 20 a. |
| 1 0 - 1 ano | 5 8 - 11 a. | 8 mais de 20 a. |
| 2 1 - 3 a. | 6 11 - 15 a. | 9 ã sabe |
| 3 3 - 5 a. | | |

48 B) Do que ele morreu? _____

49) (Caso mãe morta) Há quanto tempo sua mãe morreu? Qual foi a data exata?

- | | | |
|--------------|-----------------|-------------------------------|
| 0 prejud. | 4 2 - 5 anos | |
| 1 - 6 meses | 5 5 - 10 a. | Data da morte ___ / ___ / ___ |
| 2 6m - 1 ano | 6 mais de 10 a. | |
| 3 1 - 2 anos | 9 ã sabe | |

50) (Caso mãe morta) Que idade v. tinha quando sua mãe morreu?

- | | | |
|--------------|--------------|-----------------|
| 0 prejud. | 4 5 - 8 anos | 7 15 - 20 a. |
| 1 0 - 1 ano | 5 8 - 11 a. | 8 mais de 20 a. |
| 2 1 - 3 anos | 6 11 - 15 a. | 9 ã sabe |
| 3 3 - 5 anos | | |

50 B) Do que ela morreu? _____

51) O seu pai sofre (sofria) ou sofreu de alguma doença crônica, incapacitante? E de doença mental? Ele bebia - quanto?

- | | |
|-------------------------------|--------------------------------------|
| 0 prejud. | 5 d. física inc. e alcool. |
| 1 doença física incapacitante | 6 d. física inc., d.mental e alcool. |
| 2 doença mental | 7 não |
| 3 alcoolismo | 9 ã sabe |
| 4 d.física inc. e mental | |

ESPECIFICAR - que doença, quando, tempo de incapacidade, intern.

52) A sua mãe sofre (sofria) ou sofreu de alguma doença crônica, incapacitante? E de doença mental? Ela bebia - quanto?

- | | |
|-------------------------------|--------------------------------------|
| 0 prejud. | 5 d. física inc. e alcool. |
| 1 doença física incapacitante | 6 d. física inc., d.mental e alcool. |
| 2 doença mental | 7 não |
| 3 alcoolismo | 9 ã sabe |
| 4 d.física inc. e mental | |

ESPECIFICAR - que doença, quando, tempo de incapacidade, intern.

53) O seu pai tentou suicidar-se (matar-se) alguma vez? Qtas. vezes? Como foi que ocorreu? E por que? E quando?

(RELATAR NO VERSO; SE MORREU POR SUICÍDIO - HISTORAR EM DETALHES)

- | | |
|---|----------|
| 0 prejud. | |
| 1 pai suicidou-se, mas não tentara antes | |
| 2 tentou uma vez, e suicidou-se em outra | |
| 3 tentou mais de uma vez, e suicidou-se em outra | |
| 4 tentou uma vez, mas não morreu por suicídio | |
| 5 tentou mais de uma vez, mas não morreu por suicídio | |
| 6 pai suicidou-se, não sabe se tentara antes | 8 não |
| 7 pai tentou alguma vez, mas não sabe do que morreu | 9 ã sabe |

54) A sua mãe tentou suicidar-se (matar-se) alguma vez? Qtas. vezes? Como foi que ocorreu? Por que? Quando?

(RELATAR NO VERSO; SE MORREU POR SUICÍDIO - HISTORAR EM DETALHES)

0 prejud.

1 mãe suicidou-se, mas não tentara antes

2 tentou uma vez, e suicidou-se em outra

3 tentou mais de uma vez, e suicidou-se em outra

4 tentou uma vez, mas não morreu por suicídio

5 tentou mais de uma vez, mas não morreu por suicídio

6 mãe suicidou-se, não sabe se tentara antes

7 mãe tentou alguma vez, mas não sabe do que morreu

8 não

9 ã sabe

(SE FILHO ÚNICO, PASSAR P/ 60)

55) (Caso tenha irmãos) Seus irmãos têm saúde? Existe algum com doença física crônica, incapacitante - há ou houve doença mental? Algum bebe - quanto?

0 todos os vivos com saúde

4 há d. física incapac. e d. mental

1 há d. física incapac.

5 há d. física incapac. e alcool.

2 há d. mental

6 há d. fís. incapac., d.mental e alcool.

3 há alcoolismo

9 ã sabe

ESPECIFICAR - que doenças, quando, tempo de incapac., intern.

(SE SÓ IRMÃOS VIVOS, PASSAR P/ 58)

56) V. tem algum irmão morto? Para cada um indagar (e relatar no verso): idade do irmão qdo. morreu, idade do entrev. na ocasião, há qto. tempo ocorreu a morte, DATA EXATA DA MORTE, causa da morte - (e, se suicídio - detalhar).

0 prejud.

1. ã tem irmão morto - todos vivos

2 perdeu um ou mais irmãos, mas antes do nascimento, nenhum por suicídio

3 perdeu um ou mais irmãos, antes de seu nascimento, algum por suicídio

4 perdeu um ou mais irmãos, após o seu nascimento, nenhum por suicídio

5 perdeu um ou mais irmãos, após o seu nascimento, algum por suicídio

6 perdeu irmãos antes e depois de seu nascimento, não por suicídio

7 perdeu irmãos antes e depois de seu nascimento, algum por suicídio

9 ã sabe

57) (Se irmãos mortos) Quando, há quanto tempo v. perdeu o irmão (que faleceu mais recentemente) ?

0 prejud.

4 2 - 5 a.

1 - 6 meses

5 5 - 10 a.

Data da morte ___ / ___ / ___

2 6m - 1 a.

6 mais de 10 a.

3 1 - 2 a.

9 ã sabe

58) Algum irmão seu tentou suicidar-se (matar-se) alguma vez?

(Excluir, se suicídio bem sucedido, da contagem) (Relatar no verso detalhes de cada tentativa)

- | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|
| 0 prejud. | 5 houve tentativas, não sabe o nº |
| 1 não | 9 não sabe |
| 2 1 | |
| 3 2 ou mais, no mesmo irmão | |
| 4 2 ou mais, em irmãos diferentes | |

59) Como é(ra) seu relacionamento com seu(s) irmão(s)? (Assinalar aquele que se considere ser o pior, mesmo que seja sô com 1 irmão)

- | | | |
|-------------------|----------|----------|
| 0 prejud. | 3 mau | Por que? |
| 1 bom - muito bom | 4 pêsimo | |
| 2 regular | 9 ã sabe | |

60) Seus pais ou irmãos alguma vez se envolveram com a polícia, ou com a justiça?

- 0 prejud.
 1 um ou ambos os pais, mas não foram presos
 2 um ou ambos os pais, tendo havido prisão
 3 um ou mais irmãos, mas não foram presos
 4 um ou mais irmãos, tendo havido prisão
 5 pais e irmãos, não tendo sido presos
 6 pais e irmãos, tendo havido prisão
 7 não
 9 ã sabe

ESPECIFICAR NO VERSO: motivos, tempo de prisão, idade do entrev.

(SE SOLTEIRO, PASSAR P/ 65 - SE TIVER OU TEVE FILHOS
 69 - SE NÃO TEVE FILHOS)

61) (Caso exista ou tenha existido cõnjuge) (No caso de união livre de desquitados ou viúvos - vale para o cõnjuge anterior). Seu marido (esposa) sofre ou sofreu de doença crônica, incapacitante, doença mental; bebia - quanto?

- | | |
|-----------------------------|--|
| 0 prejud. | 5 d. física incap. e mental |
| 1 d. física incapac. | 6 d. física incap., d.mental e alcool. |
| 2 d. mental | 7 não |
| 3 alcoolismo | 9 ã sabe |
| 4 d. física incap. e mental | |

ESPECIFICAR: quais, qdo., tempo de incapac., intern.

(SE CÕNJUGE VIVO, PASSAR P/ 63)

62) (Caso cõnjuge falecido). Há quanto tempo seu marido (esposa) faleceu? Qual foi a data exata? Que idade tinha?

0 prejud.	4 2 - 5 a.	Data da morte ___ / ___ / ___
1 - 6 meses	5 5 - 10 a.	
2 6m - 1 ano	6 mais de 10 a.	Idade:
3 1 - 2 anos	9 ã sabe	

62 B) Do que ele(a) morreu? _____

63) Seu marido (esposa) tentou suicidar-se (matar-se) alguma vez? Qtas. vezes? Como ocorreu? Por que? Qdo.? (RELATAR NO VERSO; SE MORREU POR SUICÍDIO - HISTORAR EM DETALHES)

0 prejud.
 1 suicidou-se, mas não tentara antes
 2 tentou uma vez, e suicidou-se em outra
 3 tentou mais de uma vez, e suicidou-se em outra
 4 tentou uma vez, mas não morreu por suicídio
 5 tentou mais de uma vez, mas não morreu por suicídio
 6 suicidou-se, não sabe se tentara antes
 7 tentou alguma vez, mas não sabe do que morreu
 8 não
 9 ã sabe

64) Como é(ra) seu relacionamento com seu marido (esposa) (V. obs. em 61)

0 prejud.	3 mau
1 bom - muito bom	4 pêsimo
2 regular	9 ã sabe

(SE NÃO TEVE FILHOS, PASSAR P/ 69)

65) (Se teve ou tiver filhos) Quanto a seus filhos - perguntar sobre cada um: idade; se vivo - doenças; se morto - idade da morte, há qto. tempo, causa da morte. Se houver suicídio: detalhar (RELATAR NO VERSO) (Assinale também DATAS EXATAS DAS MORTES em 66).

0 prejud.
 1 todos os filhos vivos com saúde
 2 dentre os filhos vivos, pelo menos um tem doença grave
 3 filhos vivos com saúde e filhos mortos
 4 sã tem filhos mortos
 9 ã sabe

(SE Sã FILHOS VIVOS, PASSAR P/ 67)

66) (A partir da resposta da questão 65, caso haja filhos mortos) Há quanto tempo perdeu o último filho morto?

0 prejud.	4 2 - 5 a.	Datas de morte
1 - 6 meses	5 5 - 10 a.	1) ___ / ___ / ___
2 6m. - 1 ano	6 mais de 10 a.	2) ___ / ___ / ___
3 1 - 2 anos	9 ã sabe	3) ___ / ___ / ___

67) (Caso teve ou tiver filhos) Algum filho seu alguma vez tentou suicidar-se (matar-se) ? Total de vezes. Como ocorreu? Por que? Quando? (RELATAR NO VERSO)

0 prejud.

1 1 vez

2 2 ou mais, no mesmo filho

3 2 ou mais, em filhos diferentes

4 não

9 ã sabe

68) (Se teve ou tiver filhos) Como e(ra) seu relacionamento com os filhos?(Assinalar o pior) (Se mau-pêssimo: por que?)

0 prejud.

3 mau

1 bom - muito bom

4 pêsimo

2 regular

9 ã sabe

69) V. jã perdeu algum outro parente ou amigo (por morte)? (Para cada um indagar : grau de parentesco (ou amizade); hã qto. tempo, data exata da morte e causa da morte. Se suicídio: detalhar) (RELATAR NO VERSO)

0 prejud.

3 sim, mais de uma por suicídio

1 não (PASSAR P/ 71)

4 sim, não por suicídio

2 sim, uma por suicídio

9 ã sabe

70) (Se respondeu positivo a 69) Assinale hã qto. tempo perdeu o último parente ou amigo.

0 prejud. .

4 2 - 5 a.

Datas das mortes

1 - 6 m.

5 5 - 10 a.

__ / __ / __

2 6m - 1 a.

6 mais de 10 a.

__ / __ / __

3 1 - 2 a.

9 ã sabe

71) Algum parente (fora os jã indagados) ou amigo alguma vez tentou suicidar-se (matar-se) ? Total de vezes. Como ocorreu? Por que ? Qdo.? (RELATAR NO VERSO)(Excluír da contagem suic. bem sucedido)

0 prejud.

3 2 ou mais em pessoas diferentes

1 1 vez

4 não

2 2 ou mais na mesma pessoa

9 ã sabe

72) Neste último ano houve algum problema com você e/ou com sua família? Qual? Por que? Quando?

PERGUNTAR ESPECIFICAMENTE: a) desemprego do chefe e/ou problemas no trabalho, levando a preocupações familiares, financeiras, etc. (RELATE AQUI)

b) idem, do entrevistado

c) problemas na escola

d) problemas com cõnjuge, namoradas(os), etc.

e) abortos nat. ou prov.; natimortos

- f) perdas por briga ou morte ou separação, ou ainda afastamento (mudança de cidade, transf. escolar, etc.) de amigos signif.
- g) idem, parentes - por ex. casamento de irmãos, afastamento de pai, etc.
- h) outras perdas (dinheiro, animais de estimação, acidentes, probl. físicos, etc.)
- i) separação da família - morar sô, mudança de cidade, etc.
- j) problemas legais, etc. etc.
- k) doenças, acidentes
- l) problemas com pais

0 prejud. 2 sim
1 não 9 ã sabe

72 B) Impressão diagnóstica:

AVALIAÇÃO DA ENTREVISTA :

- 1) Tempo de entrevista:
- 2) Grau de confiança : bom - regular - sofrível - mau
- 3) Recepção : boa - regular - sofrível - má

OBSERVAÇÕES:

2 . CRITÉRIOS UTILIZADOS PARA A CODIFICAÇÃO DAS QUESTÕES

1) As zonas da cidade (q. 01) foram consideradas como Centro, Zona intermediária (que inclui os bairros de classe média e média alta que circundam o Centro - nesta categoria incluímos os indivíduos moradores em: Guanabara, Taquaral, J. Flamboyant, Ponte Preta, J. Chapadão, Cambuí, Botafogo e V. Teixeira) e Periferia (que inclui os bairros mais distantes do Centro, predominantemente de classe média baixa e baixa - nesta categoria incluímos os indivíduos moradores em: J. Sto. Expedito, J. S. Mônica, V. 31 de Março, J. Esmeraldina, J. S. Fernando, J. Ipaussurama, J. S. Marcos, V. Miguel V. Cury, V. Rica, J. Maria Eugênia, V. Marieta, J. N. Europa - 2a. Parte, J. Itatinga, Pq. Fazendinha, J. das Bandeiras, V. Joaquim Inácio, V. Formosa, J. Conceição, V. Castelo Branco, V. Georgina, V. Pe. Anchieta, J. Pacaembu e V. Orozimbo Maia).

2) Quanto ao estado civil (q.04), optamos por criar a categoria "com parceiro", indicando tratar-se de união não legalizada.

3) Quanto ao nível de instrução (q. 06), consideramos "primário" os quatro primeiros anos de escolaridade, e "secundário" os sete seguintes.

4) Quanto à ocupação (q. 07 e 08), utilizamos a classificação de GUIDI & DUARTE (1969) baseada no nível de prestígio, exigências de instrução formal para o seu exercício e níveis de salário proporcionados pelo mercado de empregos. Para esses autores, ocupações "não qualificadas" incluem a maioria das ocupações braçais, que não exigem experiência prévia ou praticamente instrução formal, e cujos níveis de remuneração são próximos do salário mínimo; ocupações de "nível inferior de qualificação" são as que exigem um nível de instrução primária (4 anos) ou treinamento profissional específico; ocupações de "nível médio" são as que exigem pelo menos curso ginásial completo e formação profissional especializada mais longa que a de operários qualificados, e as ocupações "superiores" são as que exigem curso superior ou técnico-científicos e incluem também cargos de chefia e gerência de empresas de médio porte. GUIDI & DUARTE consideram ainda as "ocupações de alta renda", que juntamos às "superiores".

5) Na questão 09, sobre trabalho e estudo, consideramos a atividade do indivíduo à época da entrevista.

6) Quanto à prática de religião (q. 10), usamos os critérios de auto-julgamento do entrevistado.

7) Quanto à infância na zona urbana ou rural (q. 12), consideramos o maior tempo que o indivíduo passou numa dessas zonas, até a idade de 12 anos.

8) Quanto a "com quem mora" (q. 15), consideramos "morar sozinho" também quando o indivíduo morava em pensão, hotel ou república, mas tinha quarto sem acompanhante.

9) Quanto a doenças de origem "psicossomática" (q. 20) predominante, consideramos: hipertensão essencial, asma, "bronquites", "reumatismo", úlcera gastroduodenal, "gastrite" e "colite crônica" sem causa determinada, e enxaqueca.

10) Quanto a "outras doenças" (q. 21), excluímos as "banais", como gripes, amigdalites, etc. e as doenças próprias da infância.

11) As questões 37, 38 e 39 (pensamentos e comunicações sobre a morte) sõ foram feitas aos grupos - controle. As respostas 6 e 7 à questão 37 e 3 e 4 à questão 38 (pensamentos moderados ou intensos sobre matar-se por suicídio), acarretavam a exclusão dos casos.

12) Quanto a "por quem foi criado" (q. 44), no caso de haver várias possibilidades optávamos por aquela em que o entrevistado passou maior tempo, até ter completado 12 anos de idade.

13) Quanto à percepção do papel de pai e mãe (q. 45 e 46), estávamos interessados em sentir a presença emocional de pai e mãe. Optamos por considerar "fraca" a figura parental assim descrita pelo entrevistado, ou aquela com quem não se podia contar, que estava geralmente distante e desinteressada e/ou se queixava em excesso, e se considerava fracassada. Como "autoritária" consideramos a figura parental assim descrita pelo entrevistado, ou que fazia exigências sentidas como não razoáveis, e/ou subjugando o entrevistado e a família. E, como "equilibrada" a figura que se sentia como não sendo nem fraca, nem autoritária, geralmente descrita como "boa", "compreensiva", "com quem se pode contar".

Para a obtenção da resposta a essas questões, indagávamos: "o que você acha de seu pai (mãe)? "Como é seu temperamento?" "Como trata você e a família?", etc. e insistíamos em que o entrevistado se estendesse na resposta, até que conseguíssemos uma caracterização adequada.

14) Quanto a doenças em parentes (q. 51, 52, 55, 61), consideramos doença incapacitante aquela que impediu o indivíduo de exercer suas atividades normais por espaço de seis meses ou mais. Incluímos também as doenças crônicas, mesmo não incapacitantes, que perturbaram ou perturbam a vida do indivíduo de maneira apreciável. O critério para alcoolismo foi de que o indivíduo tivesse problemas sociais ou no trabalho devido a seu hábito.

15) Quanto ao diagnóstico (q. 72 B), não nos preocupamos com o aprofundamento do estudo dos casos, visando esta variável. Assinalamos geralmente apenas a prímeira impressão, através de síndromes amplas, como neuroses, psicoses e psicopatias. Os critérios são os que se seguem:

a) Neurose: sintoma ou grupo de sintomas que traz sofrimento ao indivíduo e é reconhecida por ele como inaceitável e ego-distônico; o teste da realidade está intac

- to; o comportamento não viola ativamente as normas sociais; não é limitada a reações transitórias a situações stressantes e não há etiologia ou fator orgânico demonstrável (DIAGN. AND STATIST. MANUAL OF MENTAL DISORDES - DSM III, 1980).
- b) Psicopata: é o indivíduo que pertence ao grupo de pessoas que, embora não sendo psicótico nem mentalmente subnormal, persistentemente se envolve em atos: 1) contra a sociedade, 2) contra a família, 3) contra si mesmo (BOWLBY, 1967-8).
- c) Psicose: quando existem alterações numa ou mais funções psíquicas que transtornam, de modo evidente, o contato com a realidade.

A N E X O 2

INSTRUMENTO PARA DESCRIÇÃO E QUANTIFICAÇÃO DOS SINTOMASI . O INSTRUMENTO - ESCALA DE POTENCIALIDADE SUICIDA

(INSTRUÇÕES: Salvo instrução em contrário, as perguntas devem ser feitas acrescentando-se: "Nos sete dias anteriores, ou na semana anterior à tentativa".) (Se grupos - controle: "nos últimos sete dias, etc.")

101) Você se sentiu triste ou deprimido? Quanto? (Dar as alternativas.)

0 prejud.	1 não	2 pouco
3 moderado	4 muito	9 ã sabe

102) V. teve crises de choro, ou sentiu vontade de chorar?

0 prejud.	1 não	2 pouco
3 moderado	4 muito	9 ã sabe

103) V. tinha dificuldade em dormir, ou acordava muito cedo, sem poder dormir depois?

0 prejud.	1 não	2 pouco
3 moderado	4 muito	9 ã sabe

104) Como estava seu apetite?

0 prejud.	1 normal ou aument.(grife)	2 pouco dimin.
3 moderadamente dimin.	4 bem diminuído	9 ã sabe

105) V. emagreceu, nos últimos 3 meses? Qto.? (intens: a crit. do entrevistado)

0 prejud.	1 não	2 um pouco
3 perda moderada de peso	4 bastante	9 ã sabe

106) V. se sentia cansado? (voltar a 7 dias)

0 prejud.	1 não	2 um pouco
3 moderado	4 muito	9 ã sabe

107) V. se sentia confuso, com muitos pensamentos, atrapalhado?

0 prejud.	1 não	2 um pouco
3 moderado	2 muito	9 ã sabe

108) V. sentia, tinha esperanças em relação ao futuro?

0 prejud.	1 sim, muita	2 sim, moderada
3 sim, pouca	4 não, nenhuma	9 ã sabe

109) V. andava irritado, ou se irritava facilmente?

0 prejud.	1 não	2 um pouco
3 moderado	4 muito	9 ã sabe

110) V. se sentia capaz de tomar decisões?

0 prejud.	1 sim, muito	2 sim, moderadamente
3 sim, um pouco	4 não	9 ã sabe

111) V. se sentia inútil, não querido?

0 prejud.	1 não	2 um pouco
3 moderado	4 muito	9 ã sabe

112) V. achava a vida vazia, sem objetivo?

0 prejud.	1 não	2 um pouco
3 moderado	4 muito	9 ã sabe

113) V. se sentia ansioso, angustiado?

0 prejud.	1 não	2 um pouco
3 moderado	4 muito	9 ã sabe

114) V. sentia medo, sem motivo?

0 prejud.	1 não	2 um pouco
3 moderado	4 muito	9 ã sabe

115) Houve momentos em que V. ficou em pânico, desesperado, apavorado?

0 prejud.	1 não	2 um pouco
3 moderado	4 muito	9 ã sabe

116) V. teve a impressão de estar se desintegrando? (De que ia se despedaçando, ficando fora de si)

0 prejud.	1 não	2 um pouco
3 moderado	4 muito	9 ã sabe

117) V. sentia que algo terrível, algo fora do seu controle poderia acontecer?

0 prejud.	1 não	2 um pouco
3 moderado	4 muito	9 ã sabe

118) V. passou a beber mais que o normal?

0 prejud.	1 não	2 um pouco mais
3 moder. mais	4 muito mais	9 ã sabe

119) Nos últimos 3 meses v. conversou ou consultou alguém, por estar preocupado com você mesmo ou com a sua saúde? (Só profissional)

0 prejud.	1 não	2 1 vez
3 2-3 vezes	4 mais de 3	9 ã sabe

120) Como v. achava que estava sua saúde?

0 prejud.	1 boa	2 sentia-se um pouco doente
3 moderada/ doente	4 saúde mã, mto.doente	9 ã sabe

121) V. chegou a tomar calmantes ou remédio para os nervos, por conta própria? (ou para dormir).

0 prejud.	1 não	2 um pouco
3 moder.	4 muito	9 ã sabe

122) V. teve a impressão de que ninguém se preocupava com você, de que ninguém ligava ou o compreendia?

0 prejud.	1 não	2 um pouco
3 moder.	4 muito	9 ã sabe

123) (Caso tivesse problemas ou sintomas) V. achava que haveria alguma saída para sua situação?

0 prejud.	1 sim, haveria	2 talvez, possível
3 talvez, mas improvável	4 não	9 ã sabe

124) (Caso tivesse problemas ou sintomas). V. tinha esperanças de que com o tempo as coisas pudessem melhorar?

0 prejud.	1 sim, muita	2 sim, moderada
3 sim, pouca	4 não, nenhuma	9 ã sabe

125) V. se sentia culpado em relação a alguma coisa? A seu passado? A alguma situação atual? (ESPECIFICAR)

0 prejud.	1 não	2 um pouco
3 moder.	4 muito	9 ã sabe

126) V. achava que merecia ser punido, castigado por algo?

0 prejud.	1 não	2 um pouco
3 moder.	4 muito	9 ã sabe

127) V. sentia vontade de vingar-se de alguém? (Por que?)

0 prejud.	1 não	2 um pouco
3 moder.	4 muito	9 ã sabe

128) Houve momentos em que v. ouvia ou parecia ouvir alguém que comandava ou influenciava seus pensamentos?

0 prejud.	1 não	2 um pouco
3 moder.	4 muito	9 ã sabe

129) V. acha que havia alguém ou algo que estava te prejudicando, ou influenciando a sua vida, seus atos ou seu pensamento?(investigar com detalhes se i.delirantes).

0 prejud.	1 não	2 um pouco
3 moder.	4 muito	9 ã sabe

130) V. teve ataques de raiva, perdeu o controle, as estribeiras?

0 prejud.	1 não	2 um pouco
3 moder.	4 muito	9 ã sabe

131) V. cometeu alguma imprudência, que tenha resultado em acidente ou prejuízo para você? (Como?)

0 prejud.	1 não	2 pequena(s)
3 moder.(s)	4 grave(s)	9 ã sabe

132) Nas últimas semanas v. mudou o seu modo normal de ser? O seu comportamento? Como? (Investigar especificamente com família, neglig. no trabalho, nos estudos, "matar"aula, etc.) (RELATE)

0 prejud.	1 não	2 um pouco
3 moder.	4 muito	9 ã sabe

133) V. sentia que podia contar com alguém, pedir ajuda a alguém, qdo. as coisas iam mal?

0 prejud.	1 sim, muito	2 sim, moder.
3 sim, um pouco	4 não	9 ã sabe

134) V. acha que as pessoas, em geral, costumam pensar em suicídio?

0 prejud.	1 não	2 raramente
3 às vezes	4 muito	9 ã sabe

135) V. acha que as pessoas que pensam em suicídio costumam se matar?

0 prejud.	1 não	2 raramente
3 às vezes	4 muito, comumente	9 ã sabe

2 . A ELABORAÇÃO DO INSTRUMENTO

Optamos modificar a escala desenvolvida por ZUNG (1974) para medir o "Índice de Potencialidade Suicida". Esta escala é apresentada sob três formas: para ser usada por entrevistador, para ser auto-respondida, e para ser preenchida indagando-se os dados de uma terceira pessoa, relacionada com o paciente que tentou suicídio. As três formas se equivalem.

A escala original pode ser dividida em duas partes: a primeira, com 19 questões, identifica variáveis sociais e demográficas, e a segunda, com 50 questões, procura identificar e valorar os sintomas que precedem a tentativa.

Resolvemos aproveitar apenas a segunda parte. Das 50 questões, 20 medem de depressão, 5 ansiedade, 2 alcoolismo, 5 saúde geral, 11 estado emocional e 7 comportamento suicida. As questões recebem um escore conforme a severidade do sintoma, de 0 a 4.

Após a tradução da escala, e em função de sua aplicação a indivíduos do estudo piloto, resolvemos modificá-la da seguinte maneira:

- 1) das 20 questões sobre depressão mantivemos apenas 12. Dessas 12, 10 eram aquelas que num estudo de ZUNG (1974) discriminavam adequadamente o grupo que tentara suicídio, de um grupo de pacientes psiquiátricos que não havia tentado. Das outras 10 questões, que não discriminavam, aproveitamos apenas 2.
- 2) das 5 questões sobre ansiedade, todas foram aproveitadas. As 5 discriminavam os grupos, no trabalho citado.
- 3) das 2 questões sobre alcoolismo (nenhuma discriminativa), mantivemos uma.
- 4) das 5 questões sobre saúde geral (nenhuma discriminativa), mantivemos 3.
- 5) das 11 questões sobre estado emocional, apenas 6 discriminavam os 2 grupos. Mantivemos essas 6 e mais 2. Acrescentamos ainda 4 questões por nós elaboradas, referentes a vingança (questão 127 de nosso instrumento), fenômenos psicóticos (questões 128 e 129) e mudanças no comportamento nas últimas semanas (questão 132).
- 6) das questões sobre comportamento suicida (nenhuma discriminativa), são 2 se aplicavam à nossa pesquisa, por as outras terem sido investigadas no instrumento anterior. Mantivemos essas 2 questões.
- 7) algumas questões foram modificadas quanto à forma da pergunta, de modo a se tornarem mais claras ao entrevistado, mas sem qualquer prejuízo em seu significado.
- 8) resolvemos dar às questões os escores entre 0 e 3, correspondentes a não ou ausente, de pouca intensidade, de intensidade moderada e de grande intensidade, respectivamente.

Dessa forma, o nosso Índice de Potencialidade Suicida passou a ser medido pela escala acima, com 35 questões. As sub-escalas para grupos de sintomas, ficaram assim constituídas:

- | | |
|--------------------------------|--|
| a) depressão: questões 1 a 12 | d) saúde geral: questões 19 a 21 |
| b) ansiedade: questões 13 a 17 | e) estado emocional: questões 22 a 33 |
| c) alcoolismo: questão 18 | f) projeção suicida: questões 34 e 35. |

3 . RESPOSTAS OBTIDAS NA APLICAÇÃO DA ESCALA DE POTENCIALIDADE SUICIDA

		TS	N	P
101)	0 não	3	19	17
	1 pouco	4	22	13
	2 moderado	12	6	7
	3 muito	31	3	13
102)	0	6	22	18
	1	2	19	11
	2	7	6	3
	3	35	3	18
103)	0	15	40	29
	1	3	7	5
	2	10	-	11
	3	22	3	5
104)	0	21	43	32
	1	5	6	9
	2	6	1	5
	3	18	-	4
105)	0	20	42	24
	1	9	6	15
	2	7	2	4
	3	14	-	7
106)	0	16	35	20
	1	7	10	14
	2	13	3	6
	3	14	2	10
107)	0	5	28	18
	1	7	18	10
	2	2	1	2
	3	36	3	20
108)	0	13	40	27
	1	9	8	16
	2	9	1	6
	3	19	1	1

109)	0	9	29	14
	1	5	8	12
	2	5	9	5
	3	31	4	19
110)	0	9	23	7
	1	9	23	30
	2	12	4	9
	3	20	-	4
111)	0	11	28	15
	1	4	18	18
	2	4	3	6
	3	31	1	11
112)	0	9	31	15
	1	6	11	16
	2	8	6	7
	3	27	2	12
113)	0	7	31	15
	1	2	14	11
	2	8	1	8
	3	33	4	16
114)	0	30	38	25
	1	6	9	10
	2	4	1	7
	3	10	2	8
115)	0	21	42	32
	1	11	6	7
	2	2	1	4
	3	16	1	7
116)	0	31	49	40
	1	4	1	6
	2	9	1	2
	3	6	-	2
117)	0	20	44	38
	1	7	6	7
	2	9	-	7
	3	14	-	6

118)	0	42	48	45
	1	2	1	3
	2	3	-	2
	3	3	1	-
119)	0	37	41	21
	1	9	9	23
	2	2	-	3
	3	2	-	3
120)	0	27	40	25
	1	12	9	19
	2	6	1	4
	3	5	-	2
121)	0	39	46	33
	1	6	3	11
	2	2	1	4
	3	3	-	2
122)	0	13	35	17
	1	6	10	16
	2	4	4	9
	3	27	-	8
123)	0	9	46	42
	1	9	3	6
	2	7	1	1
	3	25	-	1
124)	0	8	45	41
	1	9	4	8
	2	13	1	1
	3	20	-	-
125)	0	30	42	33
	1	5	7	10
	2	5	-	5
	3	10	1	2
126)	0	40	47	45
	1	4	3	3
	2	4	-	2
	3	2	-	-

127)	0	37	46	38
	1	1	4	2
	2	-	-	6
	3	12	-	4
128)	0	29	49	43
	1	17	1	2
	2	3	-	1
	3	1	-	4
129)	0	37	50	39
	1	7	-	3
	2	2	-	4
	3	4	-	4
130)	0	17	43	34
	1	8	6	5
	2	8	-	5
	3	17	1	6
131)	0	42	50	43
	1	3	-	4
	2	5	-	2
	3	-	-	1
132)	0	25	49	32
	1	10	-	11
	2	4	-	5
	3	11	1	2
133)	0	13	43	25
	1	5	3	12
	2	11	2	8
	3	21	2	5
134)	0	23	19	28
	1	4	13	7
	2	13	8	6
	3	4	6	4
	9	6	4	5
135)	0	4	21	21
	1	6	10	9
	2	5	3	5
	3	16	5	2
	9	19	11	13

A N E X O 3

INSTRUMENTO PARA DESCRIÇÃO E QUANTIFICAÇÃO DA TENTATIVA DE SUICÍDIOI . O INSTRUMENTO

Descrever a tentativa minuciosamente: (primeiros pensamentos, motivos, planejamento, precauções, comunicação, sentimentos anteriores e posteriores, método, pedido de socorro, tipo de socorro, tempo entre tentativa e socorro, lesões, tratamento efetuado, etc.)

(As questões devem ser preenchidas pelo entrevistador a partir do relato acima - ou pedindo algum esclarecimento adicional, se necessário.)

136) Data exata da tentativa - dia da semana:

0 prejud.	3 4a. feira	6 sãbado
1 2a. feira	4 5a. feira	7 domingo
2 3a. feira	5 6a. feira	9 ã sabe

DATA EXATA: __ / __ / __ FERIADO? sim - não

137) Horário da tentativa:

0 prejud.	3 10 - 14	6 22 - 2
1 2 - 6	4 14 - 18	9 ã sabe
2 6 - 10	5 18 - 22	

138) Local da tentativa:

0 prejud.	3 outro local de sua rotina
1 domicílio	4 local público
2 local de trabalho	5 locais "remotos" 9 ã sabe

139) Havia alguma pessoa no local, ou próximo, que pudesse socorrer?

0 prejud.	2 havia alguém próximo ou em contato (tel. p.ex.)
1 havia alguém presente	3 ninguém próximo ou em contato 9 ã sabe

140) Caso houvesse alguém presente ou próximo (1 e 2 de 139), o momento da tentativa foi tal que:

- 0 prejud.
 1 a intervenção da outra pessoa era provável
 2 a intervenção da outra pessoa era pouco provável
 3 a intervenção da outra pessoa era improvável
 9 ã sabe

141) Analisando-se a história, em relação a precauções contra a descoberta, conclui se que:

- 0 prejud.
 1 ã se tomaram medidas ou precauções contra descoberta
 2 precauções passivas
 3 precauções ativas
 9 ã sabe

142) Durante, ou após a tentativa, solicitou algum tipo de ajuda?

- 0 prejud.
 1 avisou alguém, ou pediu ajuda
 2 entrou em contato com alguém, mas ã falou diretamente sobre a tentativa
 3 não houve contatos nem avisos
 9 ã sabe

143) Antes da tentativa foi feito algum arranjo - alguma coisa em relação a amigos, parentes, negócios, tendo em vista que iria morrer?

- | | |
|-----------|--|
| 0 prejud. | 3 efetuou arranjos bem definidos (presentes, cartas, <u>se</u> |
| 1 nenhum | guros, negócios, testamento, etc.) |
| 2 pensou | 9 ã sabe |

144) Grau de planejamento da tentativa:

- | | |
|----------------------|----------------------|
| 0 prejud. | 3 ampla, em detalhes |
| 1 não houve | 9 ã sabe |
| 2 mínima ou moderada | |

145) Deixou ou pensou deixar nota explicando ou relacionada ao ato? (RELATAR NO VER S0)

- | | |
|--|-----------------------------|
| 0 prejud. | 3 deixou - presença de nota |
| 1 ausência | 9 ã sabe |
| 2 pensou em deixar (escreveu e rasgou tb.) | |

146) Grau de premeditação (Em que momento iniciou o planejamento da tentativa):

- 0 prejud.
 1 nenhuma premeditação - ato ^íimpulsivo
 2 suic. considerado 3 hs. ou menos antes da tentativa
 3 suic. considerado mais de 3 hs, antes da tentativa 9 ã sabe

147) (Comunicação) Nestes últimos tempos disse a alguma pessoa que estava pensando ou que iria matar-se? A quem? Como v. disse? Como a pessoa reagiu? (RELATAR NO VERSO)

0 prejud.

1 não

2 deu a entender, mas de maneira não clara, a familiares e/ou amigos

3 idem, a ajudantes profissionais (ñ clara)

4 idem, a 2 e 3 (ñ clara - parentes, amigos e profissionais)

5 sim, de maneira clara, a familiares e/ou amigos

6 sim, maneira clara, a profissionais

7 idem, a 5 e 6 (clara - amigos e familiares e profissionais)

9 ñ sabe

148) Antes da tentativa, achava que se socorrido a tempo, poderia sobreviver ou morreria de qualquer forma?

0 prejud.

1 pensava que a morte seria improvável, se recebesse at. médica

2 tinha dúvidas sobre o resultado da atenção médica

3 estava certo que morreria, mesmo com atenção médica

9 ñ sabe

149) Motivos a que atribui o ato (RELATAR NO VERSO EM DETALHES)

0 prejud.

1 doença, acidentes, invalidez (próprias)

2 probl. financeiros, perda de trabalho, status, prestígio relac. a ocupação, probl. relacionados ao trabalho (grife)

3 perda(real) de pessoa por morte, doença, separação, abandono

4 probl. amorosos, ameaça de separação, infidelidade, desentendimentos com cônjuge

5 probl. de relacionamento com pais, irmãos, parentes e amigos próximos

6 probl. relacionados a aproveitamento escolar, fracassos nos estudos

7 gravidez indesejada, aborto provocado (grife)

8 outros e associação

9 ñ sabe

150) Métodos usados. Por que? (RELATE) (Se assoc.: o mais grave)

0 prejud.

1 ingestão de produtos químicos usados como medicamentos

2 ingestão de produtos químicos c/ outras finalidades

3 objetos cortantes

4 afogamento, asfixia (gases), estrangulamento (enforc.)

5 arma de fogo

7 outros

6 pular de alturas, atirar-se frente a automóveis

9 ñ sabe

157) Qto. ã recuperaçãõ, na opiniãõ dos mēdicos (seg. o entrevistado) ou do entrevistador, se aquele nãõ souber:

- 0 prejud.
- 1 espera-se recuperaçãõ completa rãpida
- 2 espera-se recuperaçãõ razoãvel ou completa, mas ã rãpida
- 3 caso haja recuperaçãõ, haverã sequelas
- 9 ã sabe

158) O que o entrevistado achava que iria ocorrer apõs a tentativa (em relaçaõ ã fatalidade do ato) :

- 0 prejud.
- 1 pensava que a morte seria improvãvel
- 2 pensava que a morte era possìvel, mas nãõ provãvel
- 3 pensava que a morte era provãvel ou certa
- 9 ã sabe

159) Analisando-se a histõria da tentativa, em relaçaõ ã ambivalência viver - morrer, pode-se concluir:

- 0 prejud.
- 1 o entrevistado nãõ queria morrer
- 2 o entrevistado nãõ fazia questãõ de viver ou morrer
- 3 o entrevistado queria morrer
- 9 ã sabe

160) Como v. se sente por nãõ ter dado resultado a tentativa e por tê-la efetuado? Avaliaçaõ da reaçaõ ao fato.

- 0 prejud.
- 1 desculpa-se, arrependido de ter feito a tentativa
- 2 aceita ter feito e tambẽm estar vivo - indiferente aos fatos
- 3 triste e magoado por ainda estar vivo
- 9 ã sabe

161) (Visualizaçaõ da morte) O que v. acha da morte? O que supõee que ocorra apõs a morte?

- 0 prejud.
- 1 vista como uma vida apõs a morte e/ou reuniãõ com pessoas falecidas
- 2 vista como sono sem fim, trevas
- 3 nãõ ã visualizada
- 9 ã sabe

162) Como v. se sente agora, em relaçaõ a tudo isso (problemas, sintomas, tentativa, etc.)

163) Relação com o período pré-menstrual e menstrual:

0 prejud.

1 sim

2 não

164) Encaminhamento:

0 consulta urgente

1 consulta

2 procure quando quiser

2 . A ELABORAÇÃO DO INSTRUMENTO

2.1 . A parte geral: consta das questões 136, 137, 149, 150, 151, 154, 160, 161, 162, 163 e 164.

2.2 . A Escala de Intencionalidade Suicida: esta escala foi modificada da escala original de BECK e cols. (1974 A). A escala original consta de 20 questões, sendo que às 15 primeiras são dados escores que variam de 0 a 2 conforme a intensidade. As outras 5 não são medidas. Na nossa escala, excluimos 3 questões da escala original:

- a) concepção da letalidade do método, e
- b) concepção da seriedade da tentativa, por dificuldades na sua compreensão por parte dos casos do estudo piloto;
- c) tentativas anteriores: por já estar incluída no questionário sobre características pessoais e familiares.

Por outro lado, acrescentamos uma nova questão, referente ao local da tentativa (questão 138).

A escala consta das questões 138 a 148, e mais 155, 158 e 159.

Os escores assinalados a cada questão variam de 0 a 2, conforme a intensidade de crescente. A soma dos escores nos dá o ÍNDICE DE INTENCIONALIDADE SUICIDA (IIS).

2.3 . A Escala de Letalidade: esta escala é uma modificação da Escala de Risco - Salvamento de WEISMAN & WORDEN (1974). A escala original é constituída de 5 questões referentes a Fatores de Risco (método usado e agente, grau de perturbação da consciência, lesões e toxicidade do agente, reversibilidade do quadro e tratamento requerido), e 5 questões referentes a Fatores de Salvamento (local da tentativa, pessoa que inicia o salvamento, probabilidade de descoberta, acessibilidade de socorro e tempo até a descoberta). Na nossa escala excluimos a questão relativa à toxicidade do agente, devido a dificuldades na sua determinação, e, para que houvesse correspondência, excluimos uma questão referente a Fatores de Salvamento (pessoa que inicia o salvamento).

O ÍNDICE DE LETALIDADE (IL) é medido, portanto, pelas questões 50, 53, 56 e 57, como Fatores de Risco, e 38, 40, 42 e 52, como Fatores de Salvamento. O Índice de Letalidade é calculado da seguinte forma: a) a cada Fator de Risco é dado um escore de 1 a 3, conforme risco crescente; b) a cada Fator de Salvamento é dado um escore de 3 a 1, conforme possibilidade de salvamento decrescente. Portanto, a soma dos escores dos Fatores de Risco ou dos Fatores de Salvamento, poderia variar entre 4 e 12. Esses escores foram transformados em Grau de Risco e Grau de Salvamento, seguindo os seguintes critérios (baseados em WEISMAN & WORDEN, 1974):

- Risco: escores 10-12: Grau 5
 escores 8- 9: Grau 4
 escores 6- 7: Grau 3
 escores 4- 5: Grau 2

Salvamento: escore 4: Grau 1
 escores 5 e 6: Grau 2
 escores 7 e 8: Grau 3
 escores 9 e 10: Grau 4
 escores 11 e 12: Grau 5

c) O Índice de Letalidade corresponde à fórmula $(A \times 100) : (A + B)$, onde A é o Grau de Risco e B o Grau de Salvamento. O valor mínimo será 29 e o máximo 71 (os decimais são desprezados).

2.4 . Observações quanto a algumas questões:

- a) as questões que foram usadas concomitantemente para o cálculo do Índice de Intencionalidade Suicida (IIS) e do Índice de Letalidade (IL), receberam os escores 0, 1 e 2, no caso do IIS, e 1, 2 e 3, no caso do IL.
- b) na questão 138 considerou-se para IIS:
 escore 0 para domicílio, local de trabalho e outros locais;
 escore 1 para outros locais de sua rotina;
 escore 2 para locais "remotos";
 para Fator de Risco do IL: respectivamente escores 1, 2 e 3.
- c) na questão 150, usada como Fator de Risco para o IL, considerou-se:
 escore 1 para ingestão e cortes;
 escore 2 para afogamento e estrangulamento;
 escore 3 para arma de fogo e pular de alturas.
- d) na questão 152, usada como Fator de Salvamento para o IL, considerou-se:
 escore 3 para imediato a 1 hora;
 escore 2 para mais de 1 hora até 4 horas;
 escore 1 para mais de 4 horas.
- e) na questão 156, usada como Fator de Risco para o IL, considerou-se:
 escore 1 para primeiros cuidados;
 escore 2 para hospitalização de rotina;
 escore 3 para hospitalização com cuidados intensivos.

3 . RESPOSTAS DAS ESCALAS DE INTENCIONALIDADE SUICIDA (IIS) E LETALIDADE (IL).

OBS.: As letras I, R e S precedendo a questão, indicam que a questão foi utilizada como fator de Intencionalidade (para o IIS) e de Risco e Salvamento (para o IL).

(I,S)	138)	0	41		(I)	139)	0	13			
		1	9				1	31			
		2	0				2	6			
(I,S)	140)	0	31		(I)	141)	0	25			
		1	10				1	22			
		2	9				2	3			
(I,S)	142)	0	19		(I)	143)	0	47			
		1	18				1	0			
		2	13				2	3			
(I)	144)	0	30		(I)	145)	0	38			
		1	18				1	8			
		2	2				2	4			
(I)	146)	0	31		(I)	147)	0	35			
		1	8				1	1			
		2	11				2	14			
(I)	148)	0	16		(R)	150)	0	47			
		1	14				1	1			
		2	18				2	2			
		9	2								
(S)	152)	0	32		(R)	153)	0	8			
		1	8				1	28			
		2	10				2	14			
(I)	155)	0	11		(R)	156)	0	24			
		1	23				1	20			
		2	16				2	6			
(R)	157)	0	49	(I)	158)	0	13	(I)	159)	0	13
		1	1			1	14			1	6
		2	0			2	21			2	31

1 ESCORES DAS ESCALAS APLICADAS AO GRUPO TS

CASO	IPS	DEP	ANSI	SG	EMO	PSU	IIS	IL
001	68	32	11	3	16	6	13	43
002	33	16	1	1	12	3	4	50
003	46	24	3	1	15	3	19	43
004	59	25	10	0	20	3	16	43
005	19	8	0	4	3	1	9	29
006	8	6	0	0	0	2	11	50
007	43	26	5	1	9	2	12	40
008	79	32	11	4	24	5	13	33
009	48	22	10	0	13	3	1	29
010	25	16	6	0	1	2	8	38
011	56	25	4	5	18	4	22	57
012	52	27	3	0	17	5	10	33
013	56	31	4	1	18	2	11	43
014	56	29	5	0	19	3	16	40
015	14	9	1	0	1	3	1	29
016	22	10	3	1	5	3	10	43
017	66	28	10	2	23	3	8	33
018	64	34	6	4	18	2	14	29
019	9	3	3	0	1	2	1	44
020	5	3	0	0	0	2	3	43
021	49	19	4	3	21	2	19	57
022	46	22	9	2	9	1	5	33
023	61	30	12	2	15	2	16	40
024	45	20	9	0	13	3	9	38
025	37	14	3	0	18	2	6	43
026	20	12	0	0	6	2	0	29
027	65	27	13	2	18	5	11	38
028	83	33	14	3	27	4	12	38
029	50	27	5	0	13	3	13	33
030	49	30	6	3	10	0	4	38
031	56	26	10	0	17	3	7	29
032	67	29	9	1	22	6	7	29
033	71	33	11	1	24	2	7	38
034	51	26	5	1	16	3	2	29
035	70	34	14	4	13	5	16	60
036	63	33	11	0	14	1	18	33
037	28	17	4	0	4	3	1	33
038	68	34	12	5	15	2	6	43
039	58	23	7	3	20	5	8	29
040	76	34	12	6	21	3	13	43
041	41	18	3	0	17	3	9	38
042	54	21	9	5	14	5	7	43
043	38	24	4	0	9	1	5	50
044	61	34	9	2	13	2	13	50
045	46	22	6	0	16	2	11	38
046	30	19	3	1	5	2	7	29
047	39	21	4	0	9	3	15	40
048	67	33	12	2	18	2	11	43
049	32	13	9	2	4	3	11	33
050	46	20	6	2	12	6	13	50

2 . ESCORES DAS ESCALAS APLICADAS AO GRUPO N

CASO	IPS	DEP	ANSI	SG	EMO	PSU
101	6	5	0	1	0	0
102	19	9	1	1	3	5
103	11	8	0	0	1	2
104	37	16	7	2	7	5
105	7	2	1	0	3	1
106	17	10	4	0	2	1
107	0	0	0	0	0	0
108	13	9	0	1	3	0
109	5	5	0	0	0	0
110	12	7	3	0	2	0
111	5	2	1	0	0	2
112	9	5	0	0	2	2
113	8	0	0	1	1	6
114	19	13	3	0	0	3
115	7	2	0	0	1	4
116	5	3	0	0	0	2
117	11	4	1	0	2	4
118	4	1	0	0	0	3
119	12	7	2	0	1	2
120	4	1	0	0	0	3
121	3	0	0	0	0	3
122	6	4	0	2	0	0
123	5	2	0	1	0	2
124	5	3	0	0	0	2
125	5	2	1	2	0	0
126	14	11	0	1	2	0
127	11	4	3	0	1	3
128	31	19	3	1	3	5
129	56	32	4	3	11	3
130	7	5	0	0	0	2
131	9	4	1	0	2	2
132	8	5	1	0	0	2
133	3	3	0	0	0	0
134	4	1	0	0	0	3
135	11	4	1	2	2	2
136	11	8	2	0	1	0
137	5	3	0	0	0	2
138	14	10	2	0	2	0
139	17	10	5	2	0	0
140	26	15	1	0	4	6
141	11	4	0	0	4	3
142	19	9	5	0	4	1
143	0	0	0	0	0	0
144	3	1	0	0	0	2
145	7	4	0	0	1	2
146	37	18	8	1	6	4
147	22	11	2	3	3	2
148	3	3	0	0	0	0
149	7	3	0	1	1	2
150	4	0	0	0	0	4

3 . ESCORES DAS ESCALAS APLICADAS AO GRUPO P

CASO	IPS	DEP	ANSI	SG	EMO	PSU
201	42	25	5	2	7	3
202	27	7	4	0	14	2
203	13	6	5	2	0	0
204	43	26	10	1	4	2
205	65	31	12	4	13	3
206	31	20	3	3	6	2
207	17	5	0	4	8	0
208	42	19	8	3	11	1
209	35	18	6	1	5	4
210	31	21	3	1	5	1
211	5	3	0	1	0	1
212	2	2	0	0	0	0
213	36	24	3	1	8	0
214	14	7	0	2	3	2
215	43	25	1	2	13	2
216	47	26	5	1	15	0
217	27	10	6	8	1	3
218	28	15	6	1	3	3
219	16	8	2	2	1	2
220	22	13	3	0	6	0
221	5	2	0	0	1	2
222	12	9	0	2	0	1
223	37	23	3	2	9	0
224	8	4	0	0	2	2
225	24	12	2	0	8	2
226	16	8	0	2	4	2
227	39	13	6	1	15	4
228	8	4	2	2	0	0
229	6	6	0	0	0	0
230	19	9	3	1	5	1
231	63	19	14	4	21	4
232	45	24	6	3	8	4
233	21	9	2	0	10	0
234	19	11	2	0	3	3
235	32	6	9	3	10	4
236	25	11	1	5	4	4
237	9	4	2	1	2	0
238	54	26	12	4	9	3
239	57	36	13	3	5	0
240	5	3	2	0	0	0
241	27	11	7	3	3	3
242	51	20	11	3	11	6
243	12	7	1	2	0	2
244	14	4	1	1	8	0
245	44	27	9	2	5	1
246	12	8	0	1	0	3
247	41	16	7	7	11	0
248	16	5	1	3	7	0
249	42	23	8	2	6	3
250	7	4	0	0	1	2

A N E X O 5

HISTÓRIAS CLÍNICAS RESUMIDAS DOS CASOS (GRUPO TS)*

CASO 1 - Feminina, não branca, solteira 19 anos, renda menor que um Salário Mínimo; ocupação : não qualificada; instrução: secundária incompleta.

Procede de zona rural de Mato Grosso, tendo vindo para cá porque não suportava o pai, alcoólatra, muito bravo, que não a deixava sair de casa. Mora com irmã e cunhado em barraco. Aqui acentuou-se um nervosismo que sempre teve, isto é, irritação, impaciência e revolta "porque as coisas não dão certo". Comumente muda de emprego, porque acaba tendo problemas com as patroas; está estudando, mas vai muito mal e desanimou, com medo de ter que parar. Está desempregada agora. Há um ano estava com um namorado - desde o início brigava muito com ele e achava que não ia dar certo. Desde então tinha a impressão de um pensamento muito forte na cabeça, como uma voz, principalmente antes de dormir, que lhe dizia que tomasse algo para morrer. Há dois meses brigou com o namorado por causa de ciúmes e tem tentado conquistá-lo, mas não consegue. Deprimida com o namoro fracassado, com o desemprego e com a escola, desanimada com tudo, sem esperança. Muito irritada com irmã e cunhado que se metem em sua vida, querendo dar conselhos, principalmente quanto ao namorado, exigindo que o esqueça. Devido ao nervoso, e a "andar como tonta" foi ao médico que lhe deu Gardenal. Nesse mesmo dia, encontra o ex-namorado a quem tinha comprado um presente. Este diz que não quer mais nada com ela, que ela procure outro. Então encontra-se com a irmã que briga com ela por ir atrás do rapaz. Há uma discussão em que "fica cega" e pede que a deixem em paz, e como estava na hora de tomar o comprimido, toma o vidro cheio. Sai de casa e vai para um descampado próximo, onde fica sob uma árvore até anoitecer. Sente-se muito tonta e com medo, e tenta voltar para casa. Cai no caminho, se machuca, mas mesmo assim consegue chegar em casa. A irmã, vendo-a nesse estado, leva-a ao médico. Ficou hospitalizada por uns três dias. Pensou em deixar nota: "que a culpa não era do namorado, que gostava dele, a culpa não era de ninguém, e pedir perdão para a mãe".

Tentativas de Suicídios Anteriores (TS ant) : não

Suicídios no Ambiente (Suic amb): irmã mais velha.

Tentativas de Suicídio no Ambiente (TS amb) : pai, uma vez.

Lar Desfeito (L desf): alcoolismo no pai: discussões e violência física.

Índice de Potencialidade Suicida (Pot suic) : 68

Índice de Intencionalidade Suicida (Intenc suic): 13

Índice de Letalidade (Let) : 43

CASO 2 - Fem, bca, 14 a, solt, não trabalha, 1-2 SM, larío compl.

Diz que sempre foi muito "complexada" e se compara com uma amiga que tem mais facilidade de relacionamento. Está namorando um menino rico, que vem passar fim de

*Obs.: Os casos 3, 4, 8, 12, 13, 15, 18, 19, 21, 39, 40, 41 e 44 são apresentados no Capítulo V - Discussão.

semana em chácara vizinha, mas os pais acham que é bobagem, que esse rapaz não é para ela. Anda pensando muito no avô, que anda muito doente, desde que foi atropelado há 10 meses - não anda bom da cabeça e já quis matar a avô; e também em tia, que é cega de um olho e está sempre de cama, com dor de cabeça. Diz que "uma moça nessa idade pensa muita coisa", e no sábado o namorado não veio. Já andava triste e ficou mais ainda - pede então para a mãe que a deixe ir a um baile no clube - esta não deixa porque o pai estava ausente (trabalhando) e já houvera um problema, semanas atrás, em que o pai a repreendera por ter chegado de madrugada. Discute com a mãe. Dias atrás fora levada ao médico por causa de febre e dor de cabeça - o médico disse que era nervoso e lhe deu Tonopan e Dienpax e disse que talvez no futuro necessitasse fazer exame ginecológico. Isso a deixou muito chateada. Nessa noite, após a discussão com a mãe, ficou chorando por horas frente à TV, sentindo-se sozinha e também culpada, porque a mãe tinha razão. Pensou muito nas doenças dos familiares, com o que chorava mais, e no namorado, que já devia ter outra. Também pensa que não devia ter parado de estudar e sente inveja das amigas que estudam. Acha-se muito boba. Toma 2 Tonopan e 2 Dienpax, querendo dormir. Nesse momento lhe passa pela cabeça uma outra tia que tentara suicídio, e graças a isso o pai permitiu que largasse o namorado. Como não dorme, toma mais um de cada, e assim por diante, num total de 6 ou 8. No domingo acorda tonta e conta para amiga o que fizera. Volta a isolar-se chorando sozinha e ouvindo música, sempre sentindo-se tonta. Tomou vários comprimidos. Na 2a. feira continua tonta e chorando, e fica em casa sozinha porque mãe fora trabalhar. Desmaiou não sabe bem a que horas, depois de tomar mais comprimidos e a mãe assim a encontra quando retorna do trabalho. Ficou hospitalizada das 19 às 2 horas da madrugada. Quanto aos pais, os acha maravilhosos, mas o pai é algo ciumento com namorados dela e a mãe é nervosa.

TS Ant : não

TS Amb : não

Suic amb : não

L Desf : não

Pot suic : 33

Intenc suic : 4

Let : 50

CASO 5 - Fem, bca, 26 a, casada, não trabalha, 2-3 SM, lãrio compl.

De família de origem bem constituída, mas com um irmão alcoôlatra. Durante a entrevista apresenta hãlito alcoólico. Veio do Ceará há 1,5 ano. Mora com o marido, com quem se dá bem. Teve 5 gestações: os dois primeiros filhos nasceram vivos, mas morreram em semanas. Teve outro, natimorto e mais 2 abortos naturais. Há 6 meses fez uma cirurgia de trompa porque estavam inflamadas e não queria mais engravidar: gostaria de ter mais filhos, mas "como vivia doente, foi melhor ter operado..." Está pensando em adotar um menino. Perdeu a mãe alguns meses antes de mudar-se para cá. Conta também o assassinato de um amigo muito chegado, poucos meses antes da morte da mãe. É alcoôlatra há 8 anos. Quando não está alcoolizada considera-se calma. Mas quando bebe fica muito nervosa, e de 8 meses para cá, sob o efeito do álcool, pensa muito em se matar, em ficar na linha do trem... Vãrias vezes, vizinhos e marido evitaram que se matasse dessa maneira. Quando fica sôbria, se pergunta por que tem essas idéias, se tem um marido bom. Está em tratamento do alcoolismo no Amb.Saúde Mental da Prefeitura.

A tentativa foi impulsiva: quando alcoolizada, estava descascando batatas e teve vontade de cortar os pulsos. Quando viu o sangue se assustou e acordou o marido, que a socorreu.

Apresenta-se com aspecto bem deteriorado, devido ao alcoolismo:

TS ant : várias TS amb : não Suic. amb : prima enforcou-se, há 10
anos, após dar a luz.

L. desf : sim Pot. suic : 19 Intenc. suic : 9 Let : 29
(prisão)

CASO 6 - fem, bca, 16 a, solt c/ parc, não trabalha, 1-2 SM, 2^oário incompl.

De família de origem problemática, devido à mãe muito nervosa, que briga muito com ela, irmão alcoôlatra e irmã que casou com viciado. Perdeu o pai há 2 anos, pai muito amado e "o único da família que a tratava legal". Com a morte do pai, a família sai de Campinas e volta para Minas. Lá ocorrem muitos problemas devido ao alcoolismo do irmão. Há um ano a paciente resolve voltar para Campinas, morar com o irmão casado. Conhece atual parceiro e não fica claro porque a mãe e os irmãos não querem que ela o namore. Acusam-no "atê de traficante". O rapaz vai até pedi-la em casamento e a mãe recusa porque em Centro Espírita lhe haviam dito que não daria certo. Os dois pensam muito e resolvem fugir juntos, "apenas para a mãe saber que não pode ser tudo como ela quer". Fogem para a casa da mãe dele, mas "ele não toca nela". A mãe dela faz queixa ao juiz e o rapaz convence o juiz, que toma seu partido e "nem exame ela precisa fazer". Passa então a morar com o rapaz, a mãe dele e o irmão, com quem se dá muito bem. No entanto, a mãe não vem visitá-la e as irmãs (que moram perto) não falam com ela. Muito revoltada com isso. Ultimamente o namorado ficou desempregado e estão esperando melhorar a situação para se casarem regularmente.

Pensa muito em sua família, às vezes dói a cabeça de tanta revolta. Piora quando sabe que sua mãe veio visitar as irmãs e não quer vê-la. Fica com raiva da mãe, mas com pena pelos problemas que ela tem.

O desencadeamento da tentativa foi discussão com o parceiro que não queria que ela fosse à cidade com uma prima. Não costuma fazer isso, mas é que ela tinha-se recusado a ir com ele. Fica sozinha em casa e toma 15 Gardenal (do cunhado) e dorme. A sogra a socorre. Está arrependida do ato. (Parece infantil à entrevista)

Tem uma tentativa anterior, há um ano, durante uma briga entre mãe e irmão alcoôlatra, em que ela também se sente agredida, por ambos. Tomou 5 ou 6 comprimidos variados.

TS ant : 1 Ts amb : não Suic amb: não
L desf : sim Pot. suic : 8 Intenc. suic : 11 Let : 50

CASO 7 - fem, preta, 18 a, casada, não trabalha - 1 SM, 2^oário incompl.

De família de origem bem constituída. Aos 16 anos inicia namoro com atual marido e logo engravida, casando-se. Então o marido que era educado e carinhoso revela-se um cafajeste: não trabalha, "vive perdendo emprego", "leva tudo na gozação" e anda atrás de outras mulheres. Não permite que ela trabalhe ou estude e ameaça a to

do instante em deixá-la. (Nesse momento a paciente assinala que ele é branco e ela preta). Já se separaram 5 vezes, porque ele a deixou. Com 6 meses de gestação, o marido suspeitando de infidelidade lhe dá uma surra tremenda, pisando em sua barriga: horas após tem hemorragia e perde a criança. Sempre que tinha problemas com o marido, voltava para casa dos pais, que a socorriam - e, às vezes trabalhava como doméstica.

Acha que o marido é "fraco da idéia", e piorou após um acidente de automóvel há 3 meses. Recusa-se a tirar as chapas da cabeça que o médico pediu.

Engravidou de novo, e quase perde essa criança também por surra.

Resolve vir para Campinas (é do Paraná) há uns 4 meses, junto com os pais, com intenção de trabalhar, deixando a criança com eles (o marido a tinha abandonado então). Um mês após o marido aparece "com saudade da criança". Tem discutido muito com a mãe e irmãs, que não se conformam dela continuar aceitando o marido de volta.

No dia da tentativa (domingo), o marido passou o dia com outra mulher, que vive sã e é vizinha próxima. Briga com ele por isso, e é xingada de tudo, principalmente de prostituta. Ele vai embora e ela toma 22 comprimidos de Evanor: quer e não quer morrer, sente-se confusa. Fica obnubilada, cai e é socorrida por vizinhos. Melhora e não vai ao médico - só consulta no outro dia, com medo de que os comprimidos fizessem mal à criança (pois suspeitava estar grávida novamente). (Há a possibilidade de que a tentativa também implique em procura de abortamento.)

(Durante a entrevista o marido veio comunicar à entrevistada que se ia embora, que lhe arrumasse a roupa...)

TS ant : não

TS amb : não

Suic amb : amiga enforcou-se há 3 anos, porque o noivo a deixara.

L desf : não

Pot suic : 43

Intenc. suic : 12

Let : 40

CASO 9 - fem, bca, 14 a, solt, não trabalha, 2ário incompl.

Pais desquitados antes que ela completasse um ano de idade. Tem muita raiva do pai, que "não dá carinho, é rico e só dá 3 mil cruzeiros de pensão para a mãe". Diz que ele sustenta 3 mulheres e já teve problema com a polícia por ter agredido uma mulher. Ela sempre foi muito briguenta. Mora com avô, irmã de 15 anos e a mãe, que bebe muito nos fins de semana e então "fala besteiras", como que ama o pai, etc. Uma vez tentou voltar com o marido e este não a quis, dizendo-lhe que só queria o dinheiro dele. Trata-se nos Alcoólicos Anônimos. Uma vez arrumou namorado, mas a paciente preferiria que ela continuasse sozinha.

Está na 6a. série. Tem uma amiga e rival que arrumou um namorado. A paciente também gostava do menino e tentou namorá-lo, mas este não a quis. Deprime-se com isso, mas aparece um outro rapaz, "tão bonito quanto o primeiro" e inicia um namoro. O primeiro rapaz briga com a amiga e quer namorá-la - agora é ela que não o aceita. Desde o início o namorado atual disse que tinha uma namorada em outra cidade e estava com medo que ela estivesse grávida - ela não acredita muito, mas fica confusa e na expectativa; ele propõe fugirem juntos caso a namorada estivesse grávida. A paciente concorda, mas ao mesmo tempo acha que sexo sã se pode ter após muito conheci

mento - fica também condenando o namorado que teria engravidado a moça, mas condena mais a ela, "ele é homem, o sr. sabe". Dias após ele vem e diz que realmente a namorada estava grávida e ele vai se casar com ela. Terminam tudo. (Todos esses episódios com namorados ocorreram no espaço de 3 semanas.)

Após esse último encontro com o namorado, passa 2 horas chorando e toma vários tipos de comprimidos, que encontra na caixa de remédios. Faz isso na frente do primo e da irmã, aos poucos. Não queria morrer - não sabe bem porque o fazia. Sente-se mal, e chorando, com medo de desmaiar pede que o primo a acompanhe ao seu quarto. Este avisa a avó, que estava dormindo, e que a leva ao hospital.

TS ant : não	TS amb : não	Suic amb : não
L desf : sim	Potenc suic : 48	Intenc suic : 1
		Let : 29

CASO 10 - fem, bca, 26 a, casada, nível inf, 1-2 SM, lário incompl.

Infância normal, até que com 13 anos o pai teve derrame e ficou inválido. Ajudou a criar os irmãos menores, trabalhando na roça. Casa-se aos 16 anos e logo após tem um filho. A partir desse parto teve uma série de doenças: várias cirurgias ginecológicas, cirurgia de úlcera gastroduodenal, crises asmáticas, 2 pneumonias, 8 internações, 5 cirurgias e sintomas vagos que a faziam ir muito em médicos. O pai faleceu quando ela tinha 18-19 anos e 2 meses após ela estava "abobada" que nem o pai, tendo ficado internada por 4 meses no Hospital de Clínicas de Curitiba. Lembra-se que chorava muito pensando no pai. Diz que lhe "tiraram líquido da cabeça" e que seu pai também "tinha água na cabeça". Saiu boa do hospital, mas devendo sempre tomar Gardenal.

É muito nervosa, mas só em período pré-menstrual e menstrual e acha que começou após o nascimento do filho. Perdeu um filho com 7 meses de gestação há 4 anos. Acha também que é muito nervosa porque não pode ter outro filho. Usa coito interrompido o que a deixa nervosa, e precisa muito de sexo. Já teve vários episódios de endurecimento do corpo, que vem junto com tremores, muita vontade de fumar e tomar café, e de chorar, em período pré-menstrual - melhora com choques elétricos nas pernas e braços.

Há 18 dias veio com o marido para Campinas em busca de melhores condições de vida. O marido já está empregado. Ficou muito triste de ter que deixar o filho, que só virá no fim do ano para não perder a escola. A menstruação veio na véspera da tentativa, e já vinha bem triste e nervosa. Nesse dia sonha que o filho caíra da beira de um poço e morrera. Passa o dia seguinte muito deprimida, pensando no sonho e achando que deveria morrer para ter com ele. O marido tenta convencê-la de que é apenas um sonho, mas algo lhe diz que o filho realmente estava morto. Não se convence e toma 10 comprimidos de Gardenal. Assustada, acorda o marido, que não acredita, mas mesmo assim esconde o vidro. Mais tarde ela encontra o vidro, por acaso, e toma mais 10 comprimidos. Fica abobada, o marido a socorre e chega desmaiada ao hospital. Ao acordar chora, arrependida. Continua triste, até que recebe notícias que o filho está bem. Agora, vai visitá-lo.

TS ant : não TS amb : não Suic amb : tio, arma de fogo, ela criança.
 L desf : sim Potenc suic : 25 Intenc suic : 8 Let : 38

CASO 11 - fem, bca, 21 a, solteira, não trabalha, + 5 SM, sup incompl.

Sente o pai como "chorão", meio "chantagista", que procura manter as aparências de família unida, e procura fazer com que as filhas sigam a sua profissão (são 3 mulheres, a paciente é a do meio). Toda conversa com ele acaba em briga, mas "sempre consegui o que queria". A mãe é autoritária, "faço o que quero, quando quero, onde quero, ninguém me manda" e insiste sempre que "os filhos são um estorvo". Sempre a influenciou muito, mas de uns anos para cá a paciente não mais se deixa influenciar e se revolta. Por isso, quase não mais conversam e são frequentes os atritos. A irmã mais velha sempre deu muito trabalho aos pais por causa de insatisfações com estudo, com namorados, etc. Agora está casada.

Ela se acha uma pessoa de relacionamento difícil e sempre teve problemas de saúde. Tem uma gastrite que a persegue há anos, e vários desmaios que ocorrem quando se deprime. Comumente está deprimida, dormindo demais, apática, e ao mesmo tempo nervosa, irritada. Já consultou vários médicos e sempre lhe dão calmantes. Aos 14 anos, para reconquistar um namorado que a deixara, passa a namorar outro rapaz - e o consegue de volta - toma isso e outros episódios como um desafio. Depois que consegue, "não tem mais graça". Sente-se culpada porque não quis namorar outro rapaz, que acabou morrendo tempos depois - isso quando ela tinha 17 anos.

Saiu de casa (no interior) para fazer cursinho e a depressão e a gastrite pioraram. Teve muitos fracassos em vestibulares. Acaba entrando na Faculdade, mas não consegue seguir a profissão do pai. Há um ano começou a namorar e pouco depois inicia atividade sexual - no início muito confusa e sempre tensa a cada atraso menstrual. Não usa anticoncepcionais, não sabe porque. Há acusações do namorado de que ele não era o primeiro e dele tanto insistir nisso, ela acaba inventando uma história em que diz que estava bêbada e realmente houvera outro antes, "para que ele parasse de perturbar" - mas ele não acredita. Há vários episódios de brigas e discussões, com envolvimento da família dela (que já conhece o rapaz), sempre devido a ciúmes entre os dois e da mãe em relação ao rapaz (que, para ela, "não prestaria"). Há alguns episódios em que os problemas são aparentemente resolvidos com mentiras, de todas as partes, mas que retornam posteriormente. Vem se sentindo mal, sempre achando que o namorado não gosta dela, a despeito de provas em contrário. Há dois meses passa a ter hemorragia genital - vai a ginecologista escondida do namorado e aproveita para pedir um atestado de que perdera a virgindade com ele (o que, evidentemente, não consegue). O namorado passa a participar do problema e é marcada uma cauterização para dentro de algumas semanas.

Pouco antes, o pai ficou doente, e a irmã acusou a paciente de ser responsável por essa doença. Não fala com os pais a não ser o estritamente necessário, mas lhe telefona pedindo desculpas. No entanto, depois o relacionamento continua gelado. Tem tido crises de raiva, em que quebra copos, etc. Já se machucou nesses episódios - é muito atirada para atravessar a rua e já foi quase atropelada. Discute co

mumente com colegas e já houve agressões físicas.

Através de meios confusos, a mãe passa a desconfiar que ela mantém relacionamento sexual com o namorado (provavelmente através da irmã) - vem visitá-la, a pressiona e a paciente acaba contando, dizendo que é direito dela. É xingada de prostituta e afins - a mãe exige que ela se desculpe e grita e chora. Ela não responde, mas fica com medo que a levem de volta a sua cidade. Conversa depois com o namorado e com amigas e dá a entender que a única saída é matar-se, principalmente para não voltar para casa. Escreve carta ao namorado explicando isso e aproveita para dizer-lhe que a primeira relação foi realmente com ele; e outra para os pais, isentando o namorado de culpa. Há vários avisos e tentativas de conseguir carinho. Acaba tomando 30 Somalium e 28 Comital (este vidro já guarda há 2 anos, pensando que um dia lhe seria útil para morrer). Foi hospitalizada e dizem que lá gritou e agrediu todo mundo.

Há 4 tentativas anteriores que se lembra e talvez outras; não conta os motivos, sempre por estar "deprimida e cheia de viver" - aos 15, aos 16, aos 18 anos e há 3 meses. Com comprimidos 3 delas e cortando os pulsos a terceira.

TS ant : 4 ou mais TS amb : uma amiga, por causa do namorado Suic amb : não
L desf : não Pot suic : 56 Intenc suic : 22 Let : 57

CASO 14 - fem, parda, 14 a, solt c/ parc, não trabalha, 1-2 SM, lário inc.

Família original com pai que, pelo menos nos fins de semana, se alcooliza. Nessas ocasiões briga muito com a mãe e a agride, tendo sido preso várias vezes por isso. A paciente no início sentia muito medo, e agora sente medo e raiva do pai. A mãe também é brava, autoritária.

Sempre foi meio retraída e nunca namorara, até que conhece rapaz de 19 anos com quem começa a namorar e ter relacionamento sexual ("nem sabia o que era isso"). Há 7 meses passam a morar juntos, dando-se bem. Mas antes tiveram várias brigas por que o rapaz comumente a deixava para voltar para ex-namorada. Vinha se sentindo insegura, com medo que a outra moça lhe roubasse o parceiro. Há duas semanas as duas moças se encontraram e a outra a agride, dizendo-lhe que lhe havia roubado o namorado, e que não devia ter-se juntado com ele. No dia da tentativa vê o marido conversando com essa moça - fica brava com ele e discutem - este lhe diz que volte para casa dos pais. Fica apavorada, com medo que ele a deixe, e está certa de que ficará na rua, porque tem impressão que a mãe não a aceitará de volta. Com medo de ficar uma "moça de rua". Toma então vários comprimidos de Melhoral, Doril, Novalgina, etc. no banheiro. Fica tonta, com dor de cabeça, "esquentando". O parceiro vê as embalagens no chão e a leva ao hospital. Não queria propriamente morrer, não sabe exatamente porque fez isso. Durante a entrevista percebia-se que o casal estava muito bem em termos de relacionamento.

A irmã do marido tentara matar-se na semana anterior, porque "um rapaz lhe fizera mal". (É o caso nº 11; soubemos posteriormente de uma terceira tentativa em uma amiga, que escapou de nossa amostra, por não nos ter sido comunicada.)

te, é ruim, sempre foi, toda a vida" - sempre apanhou muito dela e não gostava de seus colegas. O relacionamento com a mãe, que sempre foi ruim, piorou há uns 3 anos, não sabe bem por que. A mãe acha que todos os filhos são ruins, mas ela é a pior. Tem uma irmã casada, que também era considerada ruim. Há um irmão, que é o preferido da mãe. Abaixo dela há uma menina, com quem nunca se deu bem, e de quem tem ciúmes desde criança. E, o último, é um menino fóbico, que faz tratamento. A mãe é muito nervosa e toma calmantes. "Aqui em casa todo mundo toma calmantes." O que mais tem irritado a paciente ultimamente é que a mãe conta tudo para o pai, "é só sair porta a fora que ela vai inventar coisas".

A paciente se trata de "nervosismo" desde os 7 anos de idade. Encontraram foco temporal e tomou antiepiléptico por muitos anos. Mas nunca desmaiou, nem há história sugestiva de estados crepusculares. Conta que comumente se torna agressiva (mas, "sempre com razão") e após discussões fica "como que cega", mas se lembra de tudo o que faz. Sofre também de enxaqueca e de dores no estômago, como "fácadas".

Já há 3 anos que vem cada vez mais chateada e desanimada, às vezes pensando em se matar, por causa da mãe e por se achar presa. Além disso parou de estudar, "porque as colegas lhe encheram a cabeça". O pai insistiu que continuasse. Agora, que quer voltar a estudar, o pai "só de birra" não deixa.

Conta rindo que sua primeira tentativa de suicídio teria ocorrido quando beu querosene, por acidente, com um ano de idade. A segunda tentativa ocorreu há meses: A sequência de eventos (na interpretação do entrevistador) foi: namorado termina, porque vai para os Estados Unidos. Dias depois passa a interessar-se por rapaz da igreja, separado, que tinha uma filha - quer levar o rapaz para almoçar em sua casa, mas o pai não deixa. Já andava chateada porque não podia estudar nem trabalhar. Há uma discussão com a mãe, por causa do serviço de casa e toma 5 Tensil e 5 Comital L. Internada por um mês em hospital psiquiátrico, onde no início chora muito, mas acaba "atê gostando". A mãe "proibia o rapaz de visitá-la". Quando sai do hospital, sabe que o rapaz voltara para a ex-mulher e o "desanca na igreja, dizendo que ele não era homem".

Após essa tentativa foi proibida de sair de casa - nem na igreja podia ir sozinha; sentiu-se como "passarinho na gaiola", sempre pensando em morrer ou fugir. Iniciou psicoterapia no Departamento de Psicologia Médica da Unicamp. Passa também a ter medo de que um ladrão a sequestre, principalmente antes de dormir (este relato é estimulado pelas perguntas sobre sintomas pré-tentativa). No início do mês interessa-se por rapaz evangelista, mas este não quer levar o caso avante. Não acha isso muito importante, mas dias após a mãe a critica e lhe diz que "deixe de frescura para cima do filho do pastor". Fica muito revoltada porque "era só amizade". Mas o que foi pior, é que contou para o pai. No dia em que terminara com o rapaz, já lhe dissera que gostaria de atirar-se sob os automóveis. No dia da tentativa "fui muito boazinha, como minha mãe quer, diz todo o serviço da casa" e saiu para a casa da vizinha, mas não avisou a mãe. Esta fica irritada com isso, e grita com ela "que a está fazendo de palhaça, que só faz o que bem entende, que é uma vagabunda à toa". A paciente tem então uma crise em que treme os lábios, fecha as mãos, sente que quer

matar a mãe, dá um murro na porta e grita, dizendo que quer morrer. "Estava cega, morrendo de raiva" - vai à cozinha e toma 8 Tegretol e 4 Clizepina (dos irmãos) - a irmã vê e vai contar para a mãe que estava lavando roupa. Esta diz que "deixe que ela morra" e continua lavando. Vem uma vizinha que agora a vê tentando cortar os pulsos, e lhe dá conselhos. Briga com a vizinha dizendo "que não é mãe dela". Percebe então que a mãe vai ligar para o pai e não quer isso: diz que se chamarem o pai ela vai pegar a faca e se matar - escondem todas as facas. Finalmente alguém a convence a ir ao hospital, onde chega zonza. A paciente estava menstruada e afirma que fica mais nervosa nessa época.

Não existem acidentes relatados, exceto que pela época da tentativa anterior pegou fogo em sua saia, por acidente com espiriteira.

Há um episódio em que a mãe foi intimada pela polícia, por estar falando mal da vizinha sob o ponto de vista moral, há alguns anos. A paciente, três dias antes da tentativa, consultou um médico por falta de apetite, tonturas, dor de estômago e porque dormia demais. Na véspera da tentativa teve sessão de psicoterapia. Em nenhuma das ocasiões falou sobre desejos de morrer.

TS ant : sim (1 ou 2)	TS amb : não	Suic amb : não
L desf : sim (alcoolismo)	Pot suic : 66	Intenc suic : 8
		Let : 33

CASO 20 - fem, bca, 13 a, solt, não trabalha, 1-2 SM, lãrio incompl.

Filha de pais separados: uma separação quando ela tinha 3 anos e a outra definitiva, quando tinha 5. Nunca mais viu o pai. Tem uma irmã de 15 e um irmão de 13. Segundo a mãe: é uma criança nervosa desde criança e quando contrariada se bate, bate a cabeça na parede; não se pode rir perto dela, que pensa que é dela. Sempre quis comprar briga. Comumente a irmã mais velha a provoca. A mãe acha que a filha anda mais nervosa de dois anos para cá. Mas, fora esses momentos, é uma menina muito amorosa. Conta também um episódio em que tentou defender o irmão, numa briga de meninos e entrou na briga: ao voltar para casa, nervosa, ameaçou jogar-se sob um automóvel.

Há uma semana queixou-se da mãe à tia, que a mãe trabalhava e a deixava sozinha com a irmã, que judiava dela, e que qualquer dia a mãe a encontraria morta.

A menina entrevistada (lembra mais um menino) diz que está tudo bem com a mãe e irmã. O que ocorreu é que teve uma discussão com o irmão por causa de que programa assistir na TV, a irmã deu razão ao irmão e ela ficou muito nervosa por isso. Tomou 10 Gardenal (da mãe), para dormir, diz que não queria morrer. (Segundo a mãe foi para o quarto e chorou, gritou e se bateu). Dorme e a irmã fica preocupada por ser hora de ir para a escola: sabe então, pelo irmão, que tomara os comprimidos (o que fizera na frente dele). É hospitalizada. No hospital, não reconhece a mãe e quer agredí-la. Insiste que só queria dormir, porque quando fica nervosa "quer matar"; "tomei à toa", "tava pouco ligando que me fizesse mal". Diz que desde pequena sente vontade de arrebentar os outros. Afirma também que é nervosa "porque minha mãe também é". Sonhou nestes dias (após a tentativa) que a mãe estava sendo morta com uma faca, e noutro sonho, por uma mão de um homem desconhecido.

TS ant : 1 (ameaça de jogar-se sob o carro) TS amb : vizinha subiu numa torre e ameaçou jogar-se Suic amb : não

L desf : sim Potenc suic : 5 Intenc suic : 3 Let : 43

CASO 22 - masc, bco, solteiro, não qualif, 1 SM, l₁rio completo.

Paciente algo alcoolizado, com informações duvidosas. Pai alcoôlatra, que se separou da mãe quando o paciente tinha 18 anos de idade, "por traição dos dois". É de Jundiaí e após a separação vai morar em pensões em S.Paulo, passa época na casa da irmã em outra cidade, volta para Jundiaí, etc., sempre mal empregado e provavelmente bebendo. Foi internado por tuberculose. Teve úlcera gastroduodenal operada e foi internado em hospital psiquiátrico por 5 vezes devido ao alcoolismo. Sente-se ainda mais abandonado de 1,5 ano para cá, porque sua mãe se amigou com um homem, com quem o paciente não se dá. Sua maior frustração é ter fracassado na vida, não ter aproveitado as chances, e se lembra com muita saudade do tempo em que a família estava unida e ele tinha amigos. Agora os amigos estão todos bem e ele fracassado. Procura um ambiente tranquilo (que identifica ao da sua infância, com família unida).

Está sempre angustiado e deprimido. Há 2 meses saiu de hospital psiquiátrico e veio morar em pensão, junto com o pai. Não consegue emprego. Após 3 dias de bebedeira, junto com o pai, há uma discussão provavelmente relacionada a problemas de trabalho - vai ao banheiro e vê uma gilete - corta os pulsos - não sabe se realmente queria ou não morrer. Fica ainda uma hora no banheiro pensando no seu sofrimento. Mas fica com medo e sai do banheiro, arrependido.

TS ant : não TS amb : amigo tentou com arma de fogo há 13 anos, não sabe o motivo Suic amb : não

L desf : sim Pot suic : 46 Intenc suic : 5 Let : 33

CASO 23 - fem, bca, 21 a, não trabalha, 1-2 SM, 2₁rio completo.

"Os problemas vêm desde criança, de como os pais tratam a gente. A gente ap₁nhava demais de criança - a mãe é muito nervosa. Todos os irmãos são revoltados, não respeitam ninguém. Por causa dela um irmão foi preso por tóxicos e a irmã tam₁bém é viciada." É a mais velha. "Nunca fui querida, era tudo na base do grito e do palavrão." A mãe era alcoôlatra, mas parou de beber há 3 anos. O pai é sentido como muito fraco.

Sentindo-se sempre mal-amada, consegue um namorado firme e pouco antes do casamento o deixa por ele ser alcoôlatra. (Percebo que há muita influência da mãe nessa desistência.) Acusa também o ex-namorado de querer seduzi-la. Paradoxalmente, logo após, se envolve com seu chefe, no serviço, que a "trata como se fosse sua filha" - ele é casado, porém. Mas permanecem envolvidos por 4 anos. Ela muito ciumenta e há uma tentativa de suicídio porque esse namorado estaria interessado em outra. Lembra que nessa época vivia chorando e com medo de perdê-lo. Há uma tentativa anterior, quando o primeiro namorado a deixou, por algum tempo (na primeira, 20 comprimidos).

dos de Cibalena, na segunda 20 de Relaxil). Acaba engravidando do chefe. Acha que seu pai não a quereria em casa, "como uma cachorra, e dando mau exemplo para a irmã". Por essa época conhece outro rapaz, com quem foge, este sabendo que ela está grávida. Voltam para casa no 8º mês de gestação e vão morar nos fundos da mãe. Dá a luz e 2 meses após se casa. Mas este marido só quer que o pai dela o sustente, há muitas discussões - fica sabendo que ele teve duas mulheres que abandonou grávidas. Nas brigas ele "taca na cara" que a menina não é filha dele, que ela é uma prostituta, que devia ser mulher de rua, etc. A cada discussão ele abandona a casa - e ela procura a mãe, que toma suas dores e xinga o marido. Muitas vezes a mãe chamou a polícia (no que a paciente não concorda). Há também problemas com a família do marido, que não liga para ela, e acha que eles prefeririam que não tivesse havido casamento. Em resumo: ela sempre deprimida, chorando - discussões, agressões, inclusive físicas - xingamentos, intervenção da mãe, etc. Após a última discussão, por problemas relacionados à criança, família, etc. ele ameaça ir embora, ficam dias sem se falarem e ela começa a pensar em se matar: compra uma caixa de Diazepan - na semana seguinte compra outra, e após uma outra agressão do marido, que quebra tudo, toma uns 30 comprimidos. O marido a vê mal, deitada, mas não liga para ela - a menina chorando - aí ela chama uma vizinha, desmaia e é hospitalizada.

No momento da entrevista está muito deprimida - as brigas com o marido continuam, e ele diz que não mais vai dar-lhe dinheiro. Acha que está grávida - já desconfiava antes da tentativa - o marido diz "que se vire". Um dia desses, de tanto ódio, começou a apertar o pescoço da menina, e ela e a filha ficaram chorando... O marido vê e tira a menina... "Se não me separar dele vou acabar me matando e a menina - a gente é solteira e infeliz - casa e piora". Quer também viver longe da família...

TS ant : 2	TS amb : 2 em 2 irmãos, inseticida, há 1 ano e há 3 anos.	Suic amb : 2 tiros, irmãos do pai. Let : 40
L desf : sim (alcool.mãe)	Pot suic : 61	Intenc suic : 16

CASO 24 - masc, bco, 15 a, solteiro, não trabalha, + 5 SM, 2ºário incompl.

Diz que a tentativa foi por causa do pai. Seu relacionamento com ele se modificou desde que começou a fumar, há dois anos, e o pai não gosta. Por outro lado, o pai gosta mais do irmão (que é "direitinho, puxa-saco e dedo-duro"). Tem muita raiva do irmão. Porém o fato mais importante é que já 3 meses, os pais estavam viajando e ele pegou o carro do pai escondido - bebeu muito e acabou batendo com o carro num poste, num acidente que poderia ter sido muito grave. Ficou muito aborrecido pelos gastos e pela chateação que causou ao pai (Conta também vários acidentes, relativamente graves: queda de bicicleta, de prancha, etc., e praticando esportes já fraturou um braço e as duas pernas, em ocasiões diferentes). Na ocasião do acidente de carro passou dois dias pensando em matar-se, jogar-se pela janela do prédio. O relacionamento com o pai piorou e passaram um mês sem se falar, só se cumprimentando.

A situação novamente se descontrolou há um mês por más notas na escola. O pai o proíbe de sair de casa. Isso foi horrível - "vida de preso". Começa a pensar em fu

gir de casa e várias vezes preparou a mala. Novamente começa a pensar em matar-se, cortando o pulso "para livrar-se dessas chateações", mas não o faz porque se morresse "meu pai ia ficar superchateado".

Conta que já teve "18 namoradas". Sofre de crises de falta de ar, com laringite, que o faz ir ao pronto-socorro. Já se envolveu em muitas brigas de rua. E, usa bebidas alcoólicas com muita frequência, embebedando-se. Acha tanto o pai como a mãe muito legais, "temos um conselho de família para resolver as coisas, mas são dura pouco tempo, logo tudo volta". A mãe gosta mais dele que dos outros filhos.

No dia da tentativa avisa dois colegas que iria se matar - estes levam na brincadeira. Nesse dia pede ao pai que o deixe sair - leva uma grande repreensão, e disse que sabia que o filho andava bebendo bastante, caindo de bêbado. "Eu, porém, menti e disse que não iria beber". Saiu com os amigos, chateado, pensando em se matar. Na boite do clube os amigos sugeriram colocar comprimidos na bebida para ficar "louco". Entrou no carro e tomou um copo de cerveja com 20 Optalidon - sabia que iria morrer. Levam-no ao hospital. Agora acha que tudo foi uma loucura, que não valia a pena, e que nada teria acontecido se o pai o tivesse castigado quando da batida do carro e fosse mais severo com relação à escola. A tentativa foi para vingar-se de si mesmo.

TS ant : não

TS amb : não

Suic amb : não

L desf : não

Pot suic : 45

Intenc suic : 9

Let : 38

CASO 25 - fem, bca, 21 a, solt c/ parc (separ), ã qualif, 1-2 SM, lãrio incompl

Filha de pai alcoólatra e doente mental que teve várias internações psiquiátricas, e agora está há 9 anos internado. O pai acredita ser Jesus Cristo. Aos 13 anos juntou-se com rapaz de 14 anos, criminoso, que vivia preso - ficou 4 anos com ele, não sem antes a mãe ter tentado trazê-la de volta, inclusive envolvendo o Juizado. Mas ela voltava a fugir. Retorna para a mãe, grávida, porque brigavam demais e ela tinha que fazer tudo escondido, com medo dele. Ele veio atrás várias vezes e a mãe tinha sempre que chamar a polícia. Fica dois anos quase sem sair de casa com medo dele. Há 2 anos, a irmã ia dar à luz e vai ajudá-la; apaixonou-se por cunhado e engravidou - iam casar quando ela pega implicância dele e o deixa. Praticou então aborto. Há um ano conhece outro rapaz, de quem novamente engravidou - este passa a cuidá-la e estão com casamento marcado.

O desencadeante da tentativa foi que sua mãe discutiu muito com ela sobre a vida que leva, que devia arrumar emprego, que devia procurar casa para casar. Uma vez a chamou de "cadela que sempre volta para casa". Teve também uma discussão com o irmão porque a comida não estava pronta e ela estava nervosa com o nenê doente. Aí pensa em morrer. Leva o nenê para a casa da sogra - toma um copo de formicida e pensa "não vou morrer aqui dentro". Sai sem rumo (soube depois que foi a um centro espiritual, mas não se lembra) - 4 horas após voltou para casa onde desmaiou, no portão.

Perdeu uma grande amiga sua, namorada de seu irmão, há 4 meses, não sabe a causa. Seu irmão mais velho é marginal, e se encontra preso.

Tem 3 tentativas de suicídio anteriores: uma há 5 anos, após discussão com o

primeiro parceiro, cortando os pulsos; a segunda há 3 anos, atirando-se sob um auto móvel, que se desviou - não lembra a causa; a terceira há meses, misturou calmantes que o pai tomava com Neocid. (A paciente parece apresentar certo grau de retardo mental.)

TS ant : 3 TS amb : 4 ou mais (pai) Suic amb : 2(primo e amigo)
L desf : sim Pot suic : 37 Intenc suic : 6 Let : 43

CASO 26 - fem, parda, 14 a, solteira, não trabalha, sem renda, lãrio incompl.

Em instituição há 2 meses, deixada por pais sem recursos. Informações falhas. Décima de 14 irmãos. Sofre de crises de nervos e "problemas na cabeça" que a levaram a cinco internações psiquiátricas, "onde apanhava muito das meninas maiores". Parece serem crises de agressividade, mas não há desmaios e ela está consciente do que faz. Para uma informante, se trata de "crises histéricas, porque basta gritar com ela que ela pára". Tem antecedentes de atos anti-sociais: há várias fugas de outras instituições e de hospitais, perambula sozinha por várias cidades, envolve-se com marginais, usa tóxicos e se a deixarem se embebada. Comumente se envolve em brigas e ataca colegas e até professores com pedras. Por isso está aguardando vaga na FEBEM. O pai é doente mental e alcoôlatra e a mãe é dêbil-mental, segundo informante. A menina conta que viu várias vezes o pai correndo atrás da mãe com machado, querendo matá-la. Acha que sua vida piorou mais há dois anos, quando perdeu o avô, que era o único que gostava dela. O pai já tentou suicídio por enforcamento.

A tentativa foi desencadeada porque a acusaram de roubar dinheiro na instituição. Insiste que foi amiga que a denunciou porque ela não aceitou entrar no plano do roubo. (A informante diz, no entanto, que ela já foi várias vezes flagrada roubando, e desta vez ela convidou outras meninas para o roubo) - segundo a informante ainda a tentativa foi "histérica" e ela ria porque "achava que estava conseguindo enganar". Tomou um vidro de xarope e 8 comprimidos de vitaminas - sentiu queimação no estômago, começou a chorar e acaba contando o que fizera.

TS ant : não TS amb : pai (e mãe sempre dizia que tinha vontade) Suic amb : não
L desf : sim Pot suic : 20 Intenc suic : 0 Let : 29

CASO 27 - fem, bca, 16 a, solteira, não qualif, 3-4 SM, 2ãrio incompl.

Queixa-se dos pais, que a reprimiram demais. Sempre há discussões por causa de horários e de namorado, e acusada de não ter juízo. Mas já teve 3 namorados e se acha ajuizada. Os pais sempre acham que namorar é para casar. A mãe é mais implicante e agressiva com ela. O pai é aposentado por invalidez, há muitos anos, mas trabalha fazendo peças artesanais. É a filha adorada do pai, mas "sempre apoio minha mãe nas brigas" do casal, geralmente por ciúmes. Comumente se sente sô, com a impressão que ninguém liga para ela. Isso piorou de 2 anos para cá, quando nasceu um irmãozinho, "que ela adora" - desde então a mãe sô ligava para o irmão e ela ficou doente, com tonturas e mal estar - "aí ela percebeu que eu existia e me levou no médico", - que lhe deu calmantes. Após esse parto a mãe tem uma hérnia que dificulta seu servi

Tem andado muito nervosa e deprimida, e várias vezes pensou em morrer. Tem estado pior há 2 meses. (Há também a perda de uma amiga íntima, num acidente há 2 meses). Às vezes olha para sua mão e acha que ela não é sua, nem sua aliança. Piora em período menstrual. Na véspera da tentativa, tomou comprimidos para dor de cabeça, sentiu-se esquisita e desmaiou junto ao noivo - nessa noite teve sonho estranho: sangue, caretas e fogo, que apareciam na parede. Acorda e levanta assustada, pensando só em morrer. No dia seguinte estava muito mal - vai em farmácia e lhe dão calmantes. Em casa ainda nervosa toma 4 Cibalenas, 6 Tensil e 2 Valium. Desmaia e é socorrida. No hospital vê outra moça que tentara suicídio e morrera - queria estar no lugar dela.

Comenta também que às vezes acha que merece ser punida porque judia do pai (eu judio dele e ele de mim) e agora ele está muito mal, com úlceras na perna e inchaço, e uma vez bateu a porta na cabeça dele. Ela também às vezes bebe demais.

TS ant : não	TS amb : várias (colega deu tiro no ouvido por causa de namorado há 6 meses; outra colega várias vezes cortou os pulsos pelo mesmo motivo, e "os pais tentam matar-se entre si".	Suic amb : não
L desf : sim	Pot suic : 83	Intenc suic : 12
		Let : 38

CASO 29 - fem, bca, 21 a, solteira, não qualif, 1 SM, analfabeta.

Trata-se de prostituta, com informações vagas. A mãe a deu para a avó, porque era mulher. Nunca mais quis ver a mãe, que odeia. O pai, alcoôlatra, morreu antes dela nascer. Aos 10 anos perdeu a avó e os tios a maltratam e a expulsam de casa - (eles tinham ciúmes dela, porque a avó a tratava melhor). Vem morar com outros tios, que são negros e os odeia - "negão são esquisitos, são enjoados, não gostam de branco", e seria pior tratada que os primos. Desde os 10 anos tem relações sexuais. Segue-se uma fase de sua vida misteriosa, que não conta, mas há dois anos está em casa de prostituição, trazida por um homem. Está muito afeiçoada à "tia", dona da casa, que cuida dela quando adocece. Aqui engravidou e teve um filho, que morreu com uma semana de vida, doente (há 6 meses).

Comumente se deprime porque acha que vive só, que não tem ninguém. Mas ao mesmo tempo fica "numa boa" ao usar bebidas alcoólicas - já é praticamente alcoôlatra - mas depois fica "na pior". Tem muito medo de enlouquecer.

A tentativa ocorreu alcoolizada, não sabe bem porque, "deu uma louca, de repente, estava a fim de morrer". Tomou 22 comprimidos de Anacilin - estava só na casa e desmaiou, mas foi socorrida por vizinhas. Na véspera estava muito triste e com raiva de todos, não querendo que ninguém chegasse perto, mas não dá nenhum motivo imediato para tal.

TS ant : não	TS amb : não	Suic amb : não
L desf : sim	Pot suic : 50	Intenc suic : 13
		Let : 33

CASO 30 - fem, bca, 20 a, casada, não trabalha, 1-2 SM, lãrio incompl.

Pais sempre em conflito. "A coisa mais triste para uma criança é ver os pais brigando, ameaçando matar". Uma vez a mãe tentou matar-se após uma briga. Pai extre

mamente ciumento, prendendo a esposa e as filhas. Uma vez a paciente chegando em casa (com 14 anos de idade) não encontra a mãe, que havia abandonado o pai. A paciente chorou muito e ficou doente - tempos após a mãe quis voltar e o pai não a aceitava, até que acabou cedendo face à doença da filha. Mas acha a mãe também culpada pelas brigas. Nessa época começa a namorar rapaz que era muito ciumento, "tinha que andar com os olhos baixos até" e briga com ele após alguns meses. Aos 15 anos arruma outro namorado e se casa - "casei para sair de casa, para não mais ver brigas". O marido também é muito ciumento e já nos primeiros dias de casada apanhou por isso. Já se separaram umas 3 vezes e voltam a viver juntos, quase sempre porque ele a acusa de interessar-se por outros homens - não pode sair, não pode se arrumar, não pode se pintar, etc. Anda mais nervosa depois que teve filha.

A tentativa ocorreu porque ela foi na casa de uma vizinha, e brincando esta a mordeu. O marido não acredita e não fala mais com ela. Passa a chorar sem parar, revoltada com a desconfiança, e toma vários comprimidos de Valium (que um psiquiatra a quem consultara por nervoso, lhe dera, uma semana antes) - não era bem para morrer - queria ver se ele faria algo, pois deixou as cartelas à mostra. O marido não deu qualquer atenção. Fica mais chateada ainda. Toma mais 3 comprimidos de manhã, mais 2 à tarde, mais 4 Cibalena, etc. Sempre chorando. O marido telefona para a mãe dela que vem vê-la e então conta tudo. Na entrevista a paciente continua chorando e reclamando que o marido continua não falando com ela.

TS ant : não

TS amb : mãe toma copo de veneno, mas não deixaram que tomasse muito, após briga com pai - a paciente era criança; uma irmã tomou muitas Cibalena, porque o pai lhe deu tapas, na frente de rapazes.

Suic amb : não

L desf : sim

Pot suic : 49

Intenc suic : 4

Let : 38

CASO 31 - fem, bca, 14 a, não trabalha, 1 SM, lãrio incompl.

Mãe separa-se de pai alcoôlatra quando a paciente tinha 4 anos de idade. A mãe se liga a outro homem e até os 7 anos vive com eles, quando o pai aparece e a leva para outra cidade, onde fica morando com parentes do pai, passando "de mão em mão", e com pai bebendo. Lembra-se que uma vez a avô a expulsou de casa. Sempre pedindo para o pai que a trouxesse de volta ("esqueci a cara de minha mãe, nem lembrava que ela existia, mas ao mesmo tempo queria voltar para ela"). Não reconhece a mãe, que foi buscá-la quando ela tinha 9 anos. Volta a morar com padrasto: este fazia diferença de seus filhos e dela - era muito judiada e apanhava demais. Há um ano a mãe se separa e passa a viver com outro homem. Com este se dá bem. A mãe é doente e já teve 13 internações psiquiátricas. Ultimamente a paciente tem tido problemas sérios com o avô (pai da mãe), que quer mandar na família. Implica muito com ela, onde anda, com quem anda, pensa mal dela, a chama de biscate e a prende; a situação piorou há alguns meses quando a mãe foi internada e ela foi viver com os avós. Nessa ocasião, após ser xingada, quis morrer e tomou 40 Gardenal, tendo ficado 5 dias internada, mas só "queria dormir, livrar-se do velho por uns 3 dias". Há 10 dias houve uma viagem para Santos da paciente acompanhada pela mãe. O avô vai na casa e xinga as duas de

biscate, de que não prestam, por terem viajado - a mãe fica desesperada e ameaça matar-se cortando os pulsos: é então internada. Nesse mesmo momento ela resolve matar-se e toma 20 comprimidos de Neozine (uma voz interna lhe dizia que tomasse).

Concomitantemente tinha brigado com um namorado, na época, mas não dá importância ao episódio. Tem também a perda de um amigo, rapaz casado, "como irmão", que morreu de ataque cardíaco há 2 meses. Ficou revoltada.

TS ant : 1	TS amb : mãe teve 3 tentativas	Suic amb : não
L desf : sim	Pot suic : 56	Intenc suic : 7
		Let : 29

CASO 32 - fem, amarela (mestiça), 23 a, solteira c/ parc, não trabalha, 3-4 SM, l_ário incompl.

Nada sabe de seus pais. "Quando dá por si", aos 3 anos de idade, percebe que é diferente, que seus irmãos são loiros, espanhóis. Os pais adotivos brigavam muito, eram alcoólatras, comumente havia ameaça de morte, e uma vez a mãe tentou matar-se (com soda). Aos 6 anos teria visto a mãe traíndo o pai, e diz ter sido ameaçada de morte se contasse. Essa mãe tinha muitos homens. Foi dada a outra família, e depois a outra. Com 8 anos está em outra cidade, e padrastro da ocasião, bêbado, tenta violentá-la - ouve depois ele justificando-se com a vizinha: "se conseguisse não era minha filha mesmo". Em cada família que morava era tratada por outro nome (cita vários inclusive Índia). Uma família a registra com o nome atual, aos 10 anos. Nessa época morre a madrasta da época e "fica na rua" até os 12 anos. Depois há passagens por juizado e colégios internos com fugas. Numa das fugas, com outra menina, vai morar com parentes dela - o irmão dela "a possui à força" e apanha muito. Queixa-se à polícia e faz perícia - o juiz lhe pede que escolha entre casar e voltar a colégio. Prefere a segunda opção. Esse rapaz a "persegue" por 4 anos (tudo indica que viveram juntos algumas ocasiões, relacionamento conturbado). Dos 14 anos em diante na rua, sempre "perseguida" por homens (conta vários episódios em que "abusaram" dela). (Pelos relatos suspeita-se ter se prostituído). Dos 16 aos 18 anos vive com um rapaz de quem não gosta, apenas para fugir do primeiro. Há várias mudanças de cidade. Trabalhou num hospital psiquiátrico, onde provavelmente acabou viciada em drogas (ou já entrou viciada). Nessa cidade também se sente perseguida, "era muito conhecida". Há 5 anos vem com outro rapaz para Campinas, e vai morar com a família dele. Não gosta dele nem de sua família. Separam-se e está com o atual parceiro há 2 anos. Com este briga muito por ciúmes - ele cisma com o modo amável dela, com suas roupas e com seus amigos. No início o traía. Acaba contando para ele, que passa a confiar ainda menos nela. Há um mês numa briga com o marido fica sangrando na rua. Tem um filho de um ano de idade: "eu não entendo o que sinto por meu filho, porque não tive mãe". Quanto ao marido: "ele bate e depois chora e vem pedir desculpa". E ela: "fico cheia de viver sempre problemas - a gente sempre tem que escolher entre ter alguém, ou abandonar". Tem 3 tentativas anteriores: aos 8 anos, após a tentativa de violentação por parte do padrastro, tomando mata-pulgas Orval; aos 14 anos, por ser perseguida pelo amante, comprimidos "perigosos", mais para dormir e fugir; aos 17 anos porque um rapaz que ela gostava tinha outra mulher - drogada cortou os pulsos. Sofre de tuberculose há

CASO 34 - fem, bca, 19 a, solt com parc., não qualif, 1-2 SM, l^ário compl.

Filha de pai alcoólatra, que nunca deu carinho. Os 2 irmãos fugiram de casa por causa do pai. Sua vida era "trabalhar e apanhar" - o pai não a deixava sair. Mãe muito boa. Aos 14 anos foge com rapaz de quem engravida e tem uma filha. Separam-se após 1 ano e 2 meses, "porque eram os dois muito crianças." Não quis voltar a sua família por orgulho e passou dias sem comer nem dormir, muito mal. Arruma emprego como doméstica, onde fica 2 anos. Conhece um rapaz de família rica, e esta é contra ela. Combinam que engravidasse para casar, mas não consegue e aí descobre que está com a "trompa entupida". Opera-se, mas percebe que não gosta dele. Conhece então o atual parceiro com quem se junta. A família dele não gosta dela - a cunhada e a sogra dizem que ela não presta, que já teve vários homens e investigaram a vida dela. (Mostra-me uma carta da sogra aconselhando o filho a deixá-la). Está agora grávida de 3 meses. Há alguns meses a sogra lhe enviou vidro de perfume e ela ficou muito mal, com medo, insônia, queria morrer, ansiedade, etc. Ficou "pele e osso" e só chorava. Só melhorou depois que foi num curador que desfez o "feitiço" que a sogra tinha colocado no perfume.

Fez duas tentativas de suicídio anteriores, há 4 meses e há 2 meses (a primeira com Neocid e vodka e a segunda com comprimidos), por causa de brigas com o parceiro. Sempre são por ciúmes de parte dela ou por problemas c/a família dele. A tentativa atual seguiu-se a discussão por ciúmes, em que ele propõe a separação, mas quer ficar com a criança que vai nascer. Ele diz que ela "não é digna do que tem na barriga". Toma vários comprimidos misturados e joga a caixinha na cara dele - sente aflição e desmaia. Diz agora que o que realmente queria era perder a criança "nem que morressem os dois".

TS ant : 2	TS amb : irmã aos 14 anos, por causa do pai, tentou enforçar-se; pai ameaçava matar-se <u>co</u> mumente.	Suic amb: amiga se envenenou há 3 anos ao descobrir que o namorado era casado.
L desf : sim (alcooolismo)	Pot suic : 51	Intenc suic : 2
		Let : 29

CASO 35 - fem, parda, 25 a, solt c/ parc (separada), não qualif, 1 SM, l^ário incompl.

Perdeu o pai "bom, carinhoso e honesto, o pai mais importante do mundo", por quem foi muito mimada, com 9 anos de idade. A mãe não gostava dela, lhe batia e a xingava, "não me amou como filha". Aos 17 anos engravidou do namorado e, por isso juntou-se com ele. A mãe e as irmãs a abandonaram por isso. (E, diz agora, porque "traiu as barbas do pai"). O parceiro judiava muito dela e da filha, e em uma ocasião, por ter apanhado dele (o pai nunca lhe batera) tentou matar-se com 2 caixas de anticoncepcionais. Separa-se após 2 anos, grávida de novo. Vai morar com irmã, em outra cidade, e trabalhando. Tem caso com outra pessoa. Após 2 anos o ex-parceiro a procura e vem com ele para Campinas - este continua bebendo e tendo outras mulheres. A sogra, por outro lado, era racista e não gostava dela. Tudo isso a deixava muito nervosa e infeliz e há um ano começou a pensar em matar-se. Após outra briga, em que apanhou do marido, tentou suicídio de novo, com analgésicos. Separou-se novamente e vai traba

Ihar. Há 2 meses teve que sair do emprego para ser operada de "tumor na uretra". Após a alta não consegue emprego, não tem dinheiro para o aluguel e para por os filhos na escola. Procurou a irmã mas o cunhado não quis aceitá-la; procurou o ex-companheiro que também a recusa. Nesse dia passa em farmácia e compra 4 caixas de Diazepan e muitas Cibalenas. Toma tudo numa praça - sente-se mal e de uma farmácia a levam a hospital. Sai no dia seguinte, ainda angustiada, desesperada, "sem irmãos", sem o pai para dar apoio, e se culpando de não estar casada e seus filhos não terem pai. Passa num bar e compra 20 Cibalenas que toma. Fica tonta e vai a casa de amiga que acha que está embriagada. Não conta, mas acaba vomitando sangue e é levada a hospital. Diz que vai tentar de novo, pois acha que é a única forma de conseguir escola para os filhos. Sente-se culpada por ter pensado em matar os filhos.

TS ant : 2 TS amb : 2 amigas tentaram Suic amb : um conhecido enforcou-se e a filha dele se envenenou dias após.
L desf : sim Pot suic : 70 Intenc suic : 16 Let : 60

CASO 36 - fem, bca, 24 a, solteira, não qualif, 1-2 SM, 1^oário compl.

Pai muito severo, que maltratava demais e não deixava namorar, "mesmo o moço sendo bom" - tudo tinha que ser escondido. Mãe "maravilhosa". Namorou rapaz dos 17 aos 20 anos, quando engravidou e ele não quis assumir. Foge de casa envergonhada e vai para outra cidade, na casa da irmã. Com saudades dos pais, volta para casa e estes a apoiam. Pai quer forçar o rapaz a casar, mas ela mesma resolve que melhor não. Diz que na época não tinha noção de que podia engravidar. Tentou abortar com remédios. Acaba dando a luz e seus pais ajudam a criar a criança. Nesses 4 anos vive desiludida, dedicando-se ao filho, com apoio dos pais. Mas um vizinho casado começa a cortejá-la; ela nada queria, mas com medo "porque pega amor fácil". Mantém encontros e se apaixona. A esposa descobre e ameaça deixá-lo. Este procura quebrar a relação com a paciente e esta acha que não mais pode viver sem ele. Nesse dia estava como cega, pensando em morrer. Comprou Neocid e Diabo Verde. Disse-lhe que não a deixasse morrer, porque tinha o filho para cuidar, e que "amanhã ele iria ver o resultado". Chora a noite toda e vê o mundo imprestável na manhã seguinte. Vai para a casa da irmã (onde há menos gente) e toma os venenos trancada no banheiro - sente-se muito mal e pensa que vai morrer. Chorando e com o filho junto chorando (mas pensa que o pai cuidaria da criança). Sai do banheiro e depois "que a apertam" confessa o que fizera. Outro problema concomitante é que o pai há 4 meses arrumou uma amante - ela está muito revoltada com isso.

TS ant : não TS amb : não Suic amb : amiga engravidou e ficou mãe solteira; tempos depois o fato se repete com outro homem - os pais não a aceitam e se mata com anestésicos (com os quais trabalhava). Isso há um ano.
L desf : não Pot suic : 63 Intenc suic : 18 Let : 33

CASO 37 - fem, bca, 13 a, solt, não trabalha, 2-3 SM, 2^oário incompl.

Diz que a mãe é brava, "xinga a gente"; o pai já é algo melhor. É uma menina

nervosa e comumente se envolve em brigas na escola; já repetiu 2 anos e as notas deste ano também estão más. Mas isso não a preocupa muito, porque os pais a chateariam só um pouco se não passasse. A irmã menor é muito implicante e brigam bastante.

A escola organizou uma excursão e ela deu o nome para participar. Mas a mãe não deixou. O pai e o tio tinham-lhe prometido dinheiro para ir, mas não lhe deram. "Todas as colegas foram - as mães das colegas são legais - elas podem sair quando querem - eu não posso sair à noite". Pediu e chorou várias vezes para a mãe, que não deixava - não quis ir na escola envergonhada porque tinha dado o nome para a excursão. Impulsivamente pensa em tomar comprimidos e toma 25 comprimidos de analgésicos vários - não queria morrer, só ficar tonta. Passou a tarde chorando e depois conta para colega. Esperava que esta comunicasse à mãe, mas não o fez. Então, já com náuseas, contou para a mãe, que a levou a hospital, e lhe disse que ia apanhar depois que sarasse.

Tem um "paquera" há 2 meses, que está "meio fresco", porque ela se declarou e ele não a pede em namoro. Irrita-se também com algumas colegas que gostam de "fazer pose".

A mãe afirma que a menina é do tipo que "quando quer algo, quer mesmo". Não a deixaram viajar por problemas de dinheiro e também porque tem outra excursão já marcada para os próximos dias. A mãe diz que realmente foi amiga que lhe disse dos comprimidos, e que a paciente negava - mas depois afirmou que tomou para morrer, e que não tomara veneno porque não tinha. Graças à tentativa o pai deixou que ela fosse à excursão e a mãe concordou contrariada.

TS ant : não	TS amb : vizinha tomou comprimidos por causa de briga com o marido, há um ano.	Suic amb : não
L desf : não	Pot suic : 28	Intenc suic : 1
		Let : 33

CASO 38 - (Informações contraditórias, não totalmente dignas de crédito).
fem, bca, 21 a, solt c/ parc, não qualif, 3-4 SM, lãrio compl.

A paciente afirma vir de lar normal, com pais muito bons. Vem para Campinas há 3 anos trabalhar como doméstica. Após 1 ano há um episódio confuso em que o patrão teria querido abusar dela (mas a patroa a acusou de estar indo atrás do marido). Foi despedida e passa a morar com noivo. Conta alguns episódios similares em que sempre é prejudicada e injustiçada e ligados a atividades sexuais (por ex, a vizinha a chama de biscate e ocorre uma briga; outra pessoa "a pega à traição" e a agride depois de chamá-la de prostituta, etc. - não fica clara a motivação desses episódios). Conta uma situação em que alguém lhe pergunta se a cadela tivera filho antes, e agride a pessoa, por achar que está sendo chamada de cadela.

Não conta para os pais que foi morar com o noivo, pois estes a expulsam de casa. Fica 1 ano morando com esse noivo - diz que ela "sempre foi sincera", mas ele a traía. Conta detalhadamente história complicada de como descobre que o parceiro tinha uma namorada. Mas há também um boato de que ela o estaria traindo, e o parceiro briga com ela por isso. Há uma agressão física por essa causa e vão parar na polícia - lá lhe apresentam provas de que realmente ela era a traidora - revolta-se com isso.

O parceiro lhe arruma lugar numa pensão e pede que apronte suas roupas. Ela não quer ir e então pensa que se simulasse um suicídio ele iria perdoá-la. Toma vários calmantes misturados e analgésicos e outros comprimidos. Quando ele chega ela está meio boba e diz que não quer ir: ele quer obrigá-la. Ela então foge. Esconde-se no mato e há 4 viaturas perseguindo-a. Uma pessoa a encontra, a leva ao hospital e depois fica 2 dias na casa dela. A entrevista é feita na rua, em frente à casa onde morava - afirma estar lá para conversar com ex-vizinha, mas sabe que o ex-parceiro está dormindo na casa. Muito revoltada porque "todos querem que o noivo fique com a outra menina". Pergunto quem são "todos" - diz que são os vizinhos, os colegas de trabalho do noivo, os amigos do noivo, etc.

TS ant : há 8 meses, após briga com noivo, tomou comprimidos. Ele ficou com pena. Daí em diante falava muito em morrer, para conseguir pena.

TS amb: pai tentou uma vez, S amb: não recém-casado, não sabe como nem por que.

L desf : sim Pot suic : 68 Intenc suic : 6 Let : 43
(álcool)

CASO 42 - fem, bca, 25 a, separada, não qualif, 1-2 SM, lãrio compl.

Pai bom, que às vezes traía a mãe, mas "nunca os viu brigarem". Mãe, sempre foi muito nervosa, sofria de ataques e sempre estava em tratamento psiquiátrico; desmaia e chora por qualquer coisa. Aos 15 anos foge de casa com namorado de 17. Os pais não queriam, inclusive porque ele já tinha sido preso. Ele foi sempre muito violento, brigas, agressões, espancamentos, etc., e depois não se lembrava. Casou após alguns meses e engravidou. A família dela tenta aceitá-lo, mas as brigas continuavam - ela procura obedecer e evitar que se enervasse. Por causa de dores de cabeça intensas descobrem que ele tinha irritabilidade no EEG, mas sempre se recusou a tratar-se. Envolveu-se algumas vezes com a polícia e foi preso. Numa das vezes saiu da cadeia acusando-a de tê-lo traído, o que não era verdade. Separou-se dele umas 3 ou 4 vezes por causa de seu gênio. Agora a paciente está separada, com 2 filhas, morando com seus pais; sente muito medo que ele apareça - uma vez veio todo machucado; outra vez veio avisar que se ela se juntasse com outro homem ele lhe iria tirar as filhas. Várias vezes ele veio com seu advogado obrigando-a a assinar papéis que não pode ler.

O desencadeante da tentativa foi um telefonema dele dizendo que estivera preso e que a polícia viria perguntar-lhe coisas, e que principalmente ela dissesse que vivia bem com ele. Sofre ameaças do marido, para que minta. Ao mesmo tempo a mãe estava passando mal, e ela acha que muito do nervoso da mãe se deve aos problemas que ela lhe causa. Nunca tinha pensado em se matar, mas nesse momento se tranca no banheiro e toma vários comprimidos de Ditisan (que um psiquiatra lhe receitara, porque andava nervosa e não dormia à noite). No dia seguinte não acorda e a família a leva a hospital.

TS ant : não TS amb : não Suic amb : não
L desf : sim (doença na mãe) Pot suic : 54 Intenc suic : 7 Let : 43

CASO 43 - masc, bco, 19 a, solteiro, nível inferior, 2-3 SM, 2ário incompl.

De lar bem constituído, com pais compreensivos e que o entendem. Namorou vári as meninas, mas resolveu se casar com a namorada atual, que realmente ama. Mas a futura sogra vivia colocando obstáculos, ora concordava, ora não, e comumente dizia que ele não seria bom marido, mas sem nenhum motivo lógico. Está noivo há 6 meses e vão se casar no próximo mês. Numa 4a. feira a noiva perde o ônibus para voltar para casa e dorme na casa do noivo. No sãbado seguinte a futura sogra vem em sua casa e apronta um escândalo - xinga toda a família e o "desmoraliza" na frente "atê dos vizinhos", ameaçando prendê-lo: o chamou de cachorro, etc. Ele sô dizia que ela tinha razão, mas ela não parava. Naquela noite comprou Diazepan - queria dormir e queria morrer - muito chateado com o que tinha ocorrido, "querem separar a gente da pessoa que a gente gosta". "Querida mesmo é dormir uns dois ou três dias". Toma 2 Diazepan e não dorme, toma mais 2, sempre pensando se devia tomar mais e tentar morrer. Aos poucos acaba tomando os 20 comprimidos. Na manhã seguinte não acorda e o levam a hospital.

Existe ainda problema no trabalho. Tem traços perfeccionistas e diz que a mania de querer fazer tudo certo faz com que esteja sempre atrasado no trabalho (é técnico desenhista) - não é capaz de recusar serviço - sempre preocupado com o trabalho e ficando horas além do expediente. Já pensou em largar o serviço, mas não o fez por considerar isso um fracasso. (Hã um acidente há um mês em que lesou o dedo, e teve uma "folga" no serviço). Os chefes não são compreensivos. Já se afastou uma vez do trabalho porque não conseguia trabalhar de tão nervoso com os atrasos. (Apôs a tentativa está sendo melhor tratado no serviço, e a sogra está arrependida do que fez - casa-se em 3 semanas).

TS ant : rão

TS amb : não

Suic amb : não

L desf : não

Pot suic : 38

Intenc suic : 5

Let : 50

CASO 45 - masc, bco, 22 a, separado c/parc, não qualif, 1-2 SM, 2ário incompl.

Vem de lar em que pai e mãe se separavam e voltavam, mais de dez vezes ("tinham o mesmo problema que eu"). O pai era alcoôlatra, mas fazia tudo pela mãe, a despeito de também fazer coisas erradas. Acha que a mais errada era a mãe, que teria vida irregular; tinha duas tias "que não valiam nada" e a mãe trabalhava em cantinas, mo tês e boates. O pai revoltado com isso. Hã varias agressões físicas entre os pais. Atualmente estão separados e está certo que a mãe leva vida irregular, e tem um amante, com idade dele.

Hã 3 anos, quando servia na marinha, engravidou a namorada e se casa com ela. Devido a isso o transferem para o exército e ficou 2 anos com a carteira de reserva presa, tendo que arrumar trabalhos irregulares. Teve muitos problemas, principalmente com os sogros, que eram alcoôlatras. "Eu também erreí algumas vezes" e em duas ocasiões a esposa o deixa - há muitas disputas, principalmente relacionadas à criança. Hã 4 meses se separam novamente. Em uma ocasião a esposa o deixou e viveu com um rapaz de 15 anos, durante 1 ano. Apôs a reconciliação, a esposa continuou sempre em dúvida entre esse rapaz e o marido. Finalmente larga o marido. Hã várias

idas e vindas.

Já conhecia uma moça que vivia mal com o marido - passava fome e necessidade com as crianças e tinha muito dó dela. Após a separação convida essa moça (que havia então se separado do marido) a viver com ele, junto com seus filhos. Ficam juntos e "foi um paraíso" - moravam em pensão. Há uma semana o marido vem para ver as crianças - o paciente passa o dia fora e quando volta fica sabendo que ela vai voltar para o marido, porque este a ameaçou de tirar-lhe os filhos. Mas a mulher fala também que gosta do ex-marido. Por outro lado, ela está grávida de 2 meses dele próprio. Há uma discussão entre os 3, e após muitas ameaças e agressões, ela vai embora, não sem antes afirmar que não gostava dele. Logo que eles saem, ele entra em tristeza profunda, perde o interesse em tudo e só pensa em se matar. Vai numa farmácia e compra 280 comprimidos variados. Voltou para casa, toma tudo de uma vez no banheiro - pensa no seu filho e na esposa que nunca mais vai ver. No entanto, vomita. Corta também os pulsos com uma faca, mas fica algo arrependido e sai do banheiro - tomam-lhe a faca. Sai então de bicicleta, zozzo; caiu 3 vezes, esperava que um carro o atropelasse. Colega o encontra e o leva ao hospital. Lã teve parada cardíaca e ficou 4 dias na UTI (onde o vimos pela primeira vez).

TS ant : 1 (aos 14 anos, na guardinha, queria namorar menina de lã, mas não deixavam. Ela tenta suicídio ateando fogo às vestes; quando ele sabe, toma muitos comprimidos variados e é hospitalizado).

TS amb : 2 irmãs, deví do a brigas entre os pais - comprimidos.

Suic amb : não

L desf : sim

Pot suic : 46

Intenc suic : 11

Let : 38

CASO 46 - (Paciente com resistência a dar informações)

fem, bca, 22 a, viúva c/ parc, não trabalha, 1-2 SM, lãrio compl.

De 1ar bem constituído, com pais equilibrados. Casou-se aos 17 anos, e enviuvou aos 20; marido morto do coração. Fica com filho de 3 anos. De família "simples, com dificuldades, trabalhando na roça". Está com parceiro há 1 ano, vive bem. Mas sempre anda nervosa, com muita dor de cabeça e toma calmantes por conta própria. No dia da tentativa estava nervosa, não sabe como se descontrolou, "os calmantes sempre foram uma tentação": tomou 15 de uma vez - não sabia se queria morrer ou não - não sabe explicar porque fez isso, mas já estava nervosa fazia dias. Sô no outro dia sentiu-se muito mal e contou ao marido. Atribui seu nervosismo à vida difícil que sempre teve.

TS ant : não

TS amb : não

Suic amb : não

L desf : não

Pot suic : 30

Intenc suic : 7

Let : 29

CASO 47 - masc, bco, 22 a, casado, não trabalha, 5 SM, superior incompl.

Mãe superprotetora, porque é o único homem de 4 irmãos - muitos cuidados e controle. Pai equilibrado, mas houve época em que pais brigavam muito.

O paciente se considera perfeccionista, sempre foi primeiro aluno e se deprime quando falha em algo - tem sintomas de gastrite em situações de tensão. Costuma acumular a agressividade e estoura de repente. Não tem amigos, não se abre com ninguém, acha que seus problemas são sô dele.

O início dos atuais problemas ocorre quando sua namorada (colega de faculdade) engravida - gostava dela e a descreve como submissa, que fazia tudo o que ele queria. Não sabia o que fazer, confuso, deixa passar o tempo e não conta para ninguém. Acabam decidindo casar-se, mas contrariado. Ambas as famílias apoiam e o pai dele resolve sustentá-los - condiciona-se a pagar depois de formado, pois sente-se muito mal em depender do pai. Após o casamento acentuam-se os episódios depressivos, principalmente por causa de problemas financeiros. O relacionamento também vai se deteriorando, com muitas discussões e ele não suporta mais nem vê-la. Na realidade sente-se muito preso, com muitas responsabilidades e achando-se um burro por estar casado. Passa também a beber e fumar demais ("Estava com a impressão de estar me autodestruindo"). Ultimamente acumulam-se 3 fatores: aumento do aluguel e das anuidades escolares, e não queria apelar para o pai; preocupação com provas escolares; brigas com a esposa. Não se falavam fazia vários dias - no fim de semana a esposa vai com a filha para sua cidade e ele passa os dias bebendo e muito mal. Após sua volta, cada vez pior, acaba embebedando-se e tomando 20 Lorax, e depois mais álcool em cima. Vai para república de colegas e não conta nada - dorme e acorda agitado. Colegas chamam médico e acaba contando a este o que ocorrera.

TS ant : não	TS amb : não	Suic amb : não
L desf : não	Pot suic : 39	Intenc suic : 15
		Let : 40

CASO 48 - fem, bca, 14 a, solteira, não qualificada, 4-5 SM, lário compl.

O pai largou da mãe quando a paciente tinha 1 ano e 2 meses, e os deixou "cheios de dívidas". A mãe "é de um tipo e eu sou de outro" - "quer que eu seja do tempo dela, não vê a juventude da gente, é ignorante". É muito nervosa. Há dois anos tem um padrasto - no início tinha muito ciúme, e queria jogar fora as rosas que ele dava a sua mãe. No dia que ela completou 12 anos os dois se amigaram - "foi um aniversário horrível", mas ela também ganhou um buquê de rosas nesse dia. Foi gostando dele e agora dão-se muito bem. Aos 10 anos de idade viu pela única vez seu pai: o xingou e expulsou de casa.

Tinha um namorado fazia 1,5 anos, um rapaz de 18 anos ("meu pai e minha mãe também casaram aos 18 anos, e se separaram"). Sempre foi muito ciumenta do rapaz. Ele passou a se interessar por outra menina. Há vários episódios em que ela persegue o rapaz, exige que fique só com ela, etc. e chega a tomar 20 Cibalenas com uísque, graças ao que ele volta para ela. Mas continua interessado na outra. Desta vez ele decide novamente deixá-la, novamente ela chora, ameaça, suplica, mas ele não cede - avisa que desta vez ela vai realmente se matar, mas ainda assim não adianta. Compra 100 comprímidos de Cibalena, que vai tomando aos poucos, em vários locais, mas vomita bastante também. Não se lembra exatamente como foi levada a hospital - mas após a alta passou 3 dias "como boba, sem conhecer ninguém e não falando coisa com coisa". Após a tentativa o ex-namorado não a larga e chegou a chorar ao vê-la nesse estado - mas insiste em que quer a outra e que ela tem que se conformar...

Antes da tentativa também andava muito irritada com colegas de serviço, que teriam inveja dela, porque ela tem amizade com meninos, que "são como irmãos" e as me

nho para ver um serviço - vai junto, mas no caminho sente-se mal e dorme. Ficou 24 horas em coma, hospitalizado. Entre a primeira e a segunda tentativa decorreram 5 dias.

Teve muitos problemas na escola e no trabalho, pela transpiração excessiva.

TS ant : 1 TS amb : tia materna, comprimidos, há 8 anos Suic amb : não
L desf : sim (alcoolismo) Pot suic : 46 Intenc suic : 13 Let : 50

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABADI, M. El suicidio - enfoque psicoanalítico. In: ABADI, M; GARMA, A.; GARMA E.; GAZZANO, A.J.A.; ROLLA, E.H. & YAMPEY, N. La fascinación de la muerte, Buenos Aires, Paidós, 1973.
- ABERASTURY, A.; DORNBUSCH, A.; GOLDSTEIN, N.; KNOBEL, M.; ROSENTHAL, G.; SALAS, E. Adolescencia Y psicopatía. In: ABERASTURY, A. & KNOBEL, M. La adolescencia normal, Buenos Aires, Paidós, 1976.
- ABREU, J.R.P. Tentativa de suicídio em adolescentes. Rev. Psiquiat. RS (Porto Alegre), 2:150-60, 1980.
- ALVAREZ, A. Literature in the 19th. and 20th. centuries. In: PERLIN, S. A handbook for the study of suicide, New York, Oxford Univ. Press, 1975.
- ANDRADE, J.J.B. Epidemiologia da tentativa de suicídio em Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 1979 (Dissertação de Mestrado).
- ANNELL, A.L. Depressive states in childhood and adolescence. In: Proceedings of the 4th. UEP Congr., Stockholm, Almqvist & Wiksell, 1971.
- BAKWIN, H. Suicide in children and adolescents. J. Pediatrics, 50: 749-69, 1957.
- BALINT, M. El médico, el paciente y la enfermedad, Buenos Aires, Libros Básicos, 1961.
- BALSER, B.H. & MASTERSON JR., J.F. Suicide in adolescents. Am J Psychiat, 116: 400-404, 1959.
- BARBOSA, V. Estudo descritivo do suicídio no município de São Paulo (Brasil) - 1959 a 1968. Rev Saúde Publ (S Paulo), 8:1-14, 1974.
- BARRACLOUGH, B.; BUNCH, J.; NELSON, B. & SAINSBURY, P. A hundred cases of suicide: clinical aspects. Brit J Psychiat, 125: 355-73, 1974.
- BARRACLOUGH, B. & SHEPHERD, O.M. Birthday blues: the association of birthday with self-inflicted death in the elderly. Acta psychiat scand, 54: 146-9, 1976.
- BASTOS Fº, O.C. Comportamentos suicidas em uma unidade psiquiátrica de um hospital universitário, Recife, 1974 (Tese de livre-docência).
- BATCHELOR, I.R.C. Psychopathic states and attempted suicide. Brit Med J, 1:1342-7, 1954.

- BATCHELOR, I.R.C. & NAPIER, M.B. Broken homes and attempted suicide. Brit J Delinquency, 4: 99-108, 1953.
- BECK, A.T.; SCHUYLER, D. & HERMAN, I. Development of suicidal intent scales. In: BECK, A. T.; RESNIK, H.L.P. & LETTIERI, D.J. (eds.) The prediction of suicide, Bowie, Maryland, Charles Press, 1974.
- BECK, A.T.; BECK, R.; KOVACS, R. Classification of suicidal behaviors. I-Quantifying intent and medical lethality. Am J Psichiary, 132:285-287, 1975 A.
- BECK, A.T.; KOVACS, M. & WEISSMAN, A. Hopelessness and suicidal behavior. An overview. JAMA, 234: 1146-1149, 1975 B.
- BECK, A.T. & LESTER, D. Components of suicidal intent in completed and attempted suicide. The Journal of Psychology, 92: 35-38, 1976
- BELLAK, L. El concepto de actuación: consideraciones teoricas. In: ABT, L.E. & WEISSMAN, S.L. Teoría y clínica de la actuación (acting out), Buenos Aires, Paidós, 1967.
- BERGSTRAND, C.G. & OTTO, U. Suicidal attempts in adolescence and childhood. Acta Paediatrica, 51: 17-26, 1962.
- BERQUÓ, E.S.; SOUZA, J.M.P. & GOTLIEB, S.L.D. Bioestadística, S.Paulo, EPU, 1980.
- BIRTCHNELL, J. The relationship between attempted suicide, depression and parent death. Brit J Psychiat, 116: 307-313, 1970.
- BIRTCHNELL, J. & ALARCON, J. The motivation and emotional state of 91 cases of attempted suicide. Br J Med Psychol, 44: 45-52, 1971.
- BIRTCHNELL, J. & FLOYD, S. Further menstrual characteristics of suicidal attemptors. J Psychos Res, 19: 81-85, 1975.
- BLEGER, J. Simbiosis y ambigüedad, Buenos Aires, Paidós, 1967.
- BLEGER, J. El concepto de psicosis. Rev de Psicoanal (B. Aires), 28:5-23, 1971.
- BLEGER, J. La identidad del adolescente. Fundamentos y tipicidad. In: BLEGER, J.; GIOVACCHINI, P.; GRINBERG, A.; GRINBERG, L.; HORAS, E. & HORAS, P. La identidad en el adolescente, Buenos Aires, Paidós-Asappia, 1973.
- BLEGER, J. Simbiosis, psicopatía y manía. In: RASCOVSKY, A. & LIBERMAN, D. Psicoanálisis de la manía y la psicopatía, Buenos Aires, Paidós, 1979.

- BOLLEA, G. & MAYER, R. Psychopathology of suicide in the formative years. Acta Paedo psychiat (Basel), 35: 336-344, 1968.
- BOWLBY, J. Childhood mourning and its implications for psychiatry. Amer J Psychiat, 118: 481-97, 1961.
- BOWLBY, J. Child care and the growth of love. Penguin Books, 1965.
- BOWLBY, J. Effects on behavior of disruption of an affectional bond (1967-8). In: BOWLBY, J. The making and breaking of affectional bonds. London, Tavistock Publ., 1979.
- BRANZEI, P.; PIROZYNSKI, T. & AVRAMOVICI, J. A. Considerations upon the attempts of suicide during infant-juvenile growth period. Acta psychiat belg, 72:413-23,1972.
- BRATFOS, O. Parental deprivation in childhood and type of future mental disease. Acta Psychiat Scand, 43: 453-61, 1967.
- BRATFOS, O. Attempted suicide. A comparative study of patients who have attempted suicide and psychiatric patients in general. Acta Psychiat Scand, 47:38-56, 1971.
- BROOKE, E.M. (ed.) El suicidio y los intentos de suicidio (Cuadernos de Salud Pública n° 58), Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1976.
- BROWN, S. Acting-out in adolescence: genesis and some treatment implications. In: FEINSTEIN, S.C. & GIOVACCHINI, P.L. Adolescent Psychiatry, Univ. Chicago Press, 1978, vol. VI.
- BRUHN, J.G. Broken homes among attempted suicides and psychiatric out-patients: a comparative study. J Ment Sci, 108: 772-779, 1962.
- BRUHN, J.G. Comparative study of attempted suicides and psychiatric out-patients. Br J Prev Soc Medic, 17: 197-201, 1963.
- BRUNO, V. Il tentativo di suicidio negli adolescenti. Minerva Pediatr, 19: 251-4, 1967.
- BUCHER, R.E.; PASQUALI, L. & BUCHER, J.F. Tentativas de suicidio en una ciudad satélite de Brasilia. Acta psiquiat psicol Amer lat, 24: 219-232, 1978.
- BUGLASS, D. & HORTON, J. A scale for predicting subsequent suicidal behavior. Brit J Psychiat, 124: 573-8, 1974.

- BUNCH, J. & BARRACLOUGH, B. M. The influence of parental death anniversaries upon suicide dates. Brit J Psychiat, 118:621-26, 1971.
- BURKE, A.W. Social attempted suicide: young women in two contrasting areas. Int J Soc Psychiat, 25: 198-202, 1979.
- CAETANO, D. Enquiries into the classification of affective disorders, Cambridge, 1980 (tese de doutoramento).
- CANTOR, P.C. Personality characteristics found among youthful female suicide attempters. J Abnormal Psychol, 85: 324-329, 1976.
- CASSORLA, R.M.S. & MIOTO, R.C.T. Estudo epidemiológico preliminar sobre o suicídio em Campinas. Apresentado na I Jornada Campineira de Psiquiatria Infantil e da Adolescência, 1977.
- CASSORLA, R.M.S. Considerações sobre a conceituação de suicídio e suas teorias. Bol de Psiq SP, 11: 90-93, 1978.
- CASSORLA, R.M.S. Suicídio e adolescência. I - Incidência, histórico e fatores suicidógenos. Acta psiquiat y psicol Amer Lat, 25: 288-295, 1979.
- CASSORLA, R.M.S. Suicídio e Adolescência. II - Fatores psico-sociais e aspectos clínicos. Acta psiquiat y psicol Amer Lat, 26: 42-47, 1980.
- CASSORLA, R.M.S. A importância das reações de aniversário em psiquiatria. Apresentado ao XV Congresso Nacional de Neurologia, Psiquiatria e Higiene Mental, 1981 (a sair na Rev Assoc Bras Psiq).
- CAZZULLO, C.L.; BALESTRI, L. & GENERALI, L. Some remarks on the attempted suicide in the period of adolescence. Acta Paedopsychiat (Basel) 35: 373-375, 1968.
- COHEN, E.; MOTTO, J.A.; SEIDEN, R.H. An instrument for evaluating suicide potential: a preliminary study. Amer J Psychiat, 122: 886-891, 1966.
- CONDINI, A. & COSTANTINI, M.V. Considerazioni psicodinamiche sul tentativo di suicidio nell'adolescenza. Rivista di Psichiatria, 76: 423-30, 1972.
- CORDER, B.F.; SHORR, W. & CORDER, R.F. A study of social and psychological characteristics of adolescent suicide attempters in an urban, disadvantaged area. Adolescence, 9: 1-6, 1974.
- CUK, S.; HAASZ, A. & HAASZ, I. Die Rolle des Vaters bei der Entstehung depressiver

- Zustände in Kinder und Jugendalter. Verh. 4 UEP Kongr, Stockholm, Almqvist & Wiksell, 1971.
- CRUMLEY, F.E. Adolescent suicide attempters. JAMA, 241: 2404-7, 1979.
- DALTON, K. Children's hospital admissions and mother's menstruation. Br Med J, 2: 27-8, 1970.
- DAVIDSON, F.; CHOQUET, M.; ETIENNE, M. & TALEGHANI, M. Contribution a l'étude du suicide des adolescents. Étude médico-sociale de 139 tentatives de suicide. Hyg Ment, 61: 1-32, 1972.
- DEUTSCH, H. Selected problems of adolescence - with special emphasis on group formation, New York, International Univ. Press, 1967.
- DEVRIES, A.G. Model for the prediction of suicidal behavior. Psychol Rep. 22: 1285 - 1302, 1968.
- DIAGNOSTIC and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd. ed. (DSM-III), The American Psychiatric Association, 1980.
- DORPAT, T.L.; JACKSON, J.K. & RIPLEY, H.S. Broken homes and attempted and completed suicide. Arch Gen Psychiat, 12: 213-6, 1965.
- DUCHÉ, D.J. Les tentatives de suicide chez l'enfant et l'adolescent. Acta Paedopsychiat (Basel), 35: 345-373, 1968.
- DURKHEIM, E. O suicídio, Lisboa, Ed. Presença, 1973.
- DRUMMOND DE ANDRADE, M.J. A busca, Rio de Janeiro, J. Olympio, 1981.
- ERIKSON, E.H. Identidade, juventude e crise, Rio de Janeiro, Zahar, 1976.
- FAIGEL, H.C. Suicide among young persons. Clin Ped, 5: 187-190, 1966.
- FARBEROW, N.L. & MACKINNON, D. Prediction of suicide: a replication study. J Pers Asses, 39: 497-501, 1975.
- FARBEROW, N.L. & SHNEIDMAN, E.S. The cry for help, New York, McGraw Hill, 1965.
- FÁVERO, R.V. Estudo epidemiológico de sinais e sintomas de distúrbios de comportamento em um bairro de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 1972 (tese de doutoramento).
- FEGGETTER, G. Suicide in opera. Brit J Psychiat, 136: 552-557, 1980.

- FREUD, A. Adolescence. Psychoanal Study Child 13: 255-278, 1958.
- FREUD, S. Tres ensayos para una teoria sexual (1905). In: Obras Completas, Madrid, Biblioteca Nueva, s.d.
- FREUD, S. Duelo y melancolia (1917). In: Obras Completas, Madrid, Biblioteca Nueva, s.d.
- FREUD, S. Más allá del principio del placer (1920 A). In: Obras Completas, Madrid, Biblioteca Nueva, s.d.
- FREUD, S. Sobre la psicogenesis de un caso de homosexualidad femenina (1920 B). In: Obras Completas, Madrid, Biblioteca Nueva, s.d.
- FRIEDMAN, M.; GLASSER, M.; LAUFER, E.; LAUFER, M. & WOHL, M. Attempted suicide and self-mutilation in adolescence: some observations from a psychoanalytic research project. Int J Psycho-Anal, 53: 179-183, 1972.
- FRIEDMAN, S.; FRIEDMAN, P. & JUSTMAN, H. Judging the degree of suicide risk through clinical interview. Mt Sinai J Med (NY), 45: 460-70, 1978.
- FURST, S.S. & OSTOW, M. The psychodynamics of suicide. Bull New York Acad Medic, 41: 190-204, 1965.
- GABRIELSON, I.W.; KLERNAN, L.V.; CURRIE, J.B.; TYLER, N.C. & JEKEL, J.F. Suicide attempts in a population pregnant as teen-agers. Amer J Public Health, 60: 2289 - 2301, 1970.
- GARFINKEL, B.D. & GOLOMBEK, H. Suicide and depression in childhood and adolescence. Can Med Assoc J, 110: 1278-81, 1974.
- GARMA, A. Sadismo y masoquismo en la conducta humana, Buenos Aires, Nova, 1952.
- GARZOTTO, N.; SIANI, R.; TANSELLA, C.Z. & TANSELLA, M. Cross validation of predictive scale for subsequent suicidal behavior in an Italian sample. Brit J Psychiat, 128: 137-40, 1976.
- GELEERD, E.R. Clinical contribution to the problem of the early mother-child relationship - some discussion on its influence on self-destructive tendencies and fugue states. Psychoanal Study Child, 11: 336-351, 1956.
- GERAUD, J.; MORON, P.; MIEDZYRZECKI, J. Adolescence et tentative de suicide. Acta Paedopsychiat (Basel), 35: 376-80, 1968.

- GLASER, K. Attempted suicide in children and adolescents: psychodynamics observations. Amer J Psychoter, 19: 220-227, 1965.
- GLASER, K. El suicidio en los niños y los adolescentes. In: ABT, L.E. & WEISSMAN, S.L. Teoría y clínica de la actuación (acting-out), Buenos Aires, Paidós, 1967.
- GOLDNEY, R.D. Are young women who attempted suicide hysterical? Brit J Psychiat, 138: 141-146, 1981.
- GOULD, R.E. Suicide problems in children and adolescents. Amer J Psychoter, 19: 228-246, 1965.
- GREER, S. The relationship between parental loss and attempted suicide: a control study. Brit J Psychiat, 110: 698-705, 1964.
- GREER, S.; GUNN, J.C. & KOLLER, K.M. Aetiological factors in attempted suicide. Brit Med J, 2: 1352-55, 1966.
- GREER, S.; GUNN, J.C. Attempted suicide from intact and broken parental homes. Brit Med J, 1355-1357, 1966.
- GREGORY, I. Studies on parental deprivation in psychiatric patients. Amer J Psychiat, 115: 432-442, 1958.
- GRUPO para o adiantamento da psiquiatria (EUA). Dinâmica da Adolescência, S.Paulo, Cuix, 1979.
- GUIDI, M.L.M. & DUARTE, S.G. Um esquema de caracterização sócio-econômica. Rev Bras Est Pedag, 52: 65-82, 1969.
- GUSTAFSON, D.H. A probabilistic system for identifying suicide attemptors. Comput Biomed Res, 10: 83-9, 1977.
- HAIM, A. Les suicides d'adolescents, Paris, Payot, 1969.
- HALDANE, J.D. & HAIDER, I. Attempted suicide in children and adolescents. Brit J Clin Pract, 21: 587-91, 1967.
- HARDING, G.T. Examples in literature of suicide among teenagers - with psychiatric comments. In: Proc. 4th UEP Congr, Stockholm, Almqvist & Wiksell, 1971.
- HART, N.A. & KEYDEL, G.C. The suicidal adolescent. Am J Nurs, 79:80-84, 1979.
- HAVENS, L.L. Diagnostic of suicidal intent. Ann Rev Med, 20: 419-24, 1969.

- HENDIN, H. The psychodynamics of suicide. J Nerv Ment Dis, 136: 236-44, 1963.
- HENDIN, H. Suicide: psychoanalytic point of view. In: FARBEROW, N.L. & SHNEIDMAN, E.S. The cry for help, New York, Mc Graw Hill, 1965.
- HENDIN, H. Student suicide: death as life style. J Nerv Ment Dis, 160: 204-219, 1975.
- HERRMANN, F.A. O gesto autodestrutivo, Campinas, 1976 (tese de doutoramento).
- HESKETH, J.L. & CASTRO, A.G. Fatores correlacionados com a tentativa de suicídio. Rev Saúde Públ (S.Paulo), 12: 138-46, 1978.
- HOFMAN, A.D. Adolescents in distress - suicide and out-of control behaviors. Med Clin N Amer, 56: 1429-37, 1975.
- HOLINGER, P.C. Violent deaths among the young: recent trends in suicide, homicide and accidents. Am J Psychiat, 136: 1144-7, 1979.
- HOLYOAK, W.H. Depresión y suicidio en adolescentes. In: FEINSTEIN, S; KALINA, E.; KNOBEL, M. & SLAFF, B. Psicopatología y psiquiatría del adolescente, Buenos Aires, Paidós, 1973.
- d'INCAO e MELLO, N.C. O "bóia-fria": acumulação e miséria. Petrópolis, Vozes, 1978.
- JACOBZINER, H. Attempted suicides in adolescence. JAMA, 191: 101-5, 1965.
- JAMES, I.P.; SCOTT-ORR, D.N. & CURNOW, D.H. Blood alcohol levels following attempted suicide. Quart J Stud Alc, 24: 14-22, 1963.
- JOSSLYN, I. El adolescente actuador. In: ABT, L.E. & WESSMAN, S.L. Teoría y clínica de la actuación (acting-out), Buenos Aires, Paidós, 1967.
- KALLMANN, F.J.; DE PORTE, J.; DE PORTE, E. & FEINGOLD, L. Suicide in twins and only children. Am J Human Genet, 1: 113-126, 1949.
- KIEV, A. Cluster analysis profiles of suicide attempters. Am J Psychiat, 133: 150-3, 1976.
- KLEIN, M. Uma contribuição à psicogênese dos estados maníacos depressivos (1934). In: Contribuições à psicanálise, S.Paulo, Mestre Jou, 1970.
- KLEIN, M. Psicanálise da criança, São Paulo, Mestre Jou, 1969.

- KNOBEL, M. La entrevista en la adolescencia. In: Lecturas para el curso sobre psicología y psicopatología de la adolescencia, Montevideo, Soc. Psicología Uruguay, 1974 A.
- KNOBEL, M. Psicopatología de la adolescencia. In: Lecturas para el curso sobre psicología y psicopatología de la adolescencia, Montevideo, Soc. Psicol. Uruguay, 1974B.
- KNOBEL, M. El síndrome de la adolescencia normal. In: ABERASTURY, A. & KNOBEL, M. La adolescencia normal, Buenos Aires, Paidós, 1976 A.
- KNOBEL, M. Infancia, adolescencia y familia. Niños (Montevideo) 9: 81-119, 1976 B.
- KNOBEL, M. O suicídio. Conceitos psicodinâmicos. Bol de Psiq SP, 12: 60-65, 1979.
- KNOBEL, M. O pensamento e a temporalidade na psicanálise da adolescência. In: ABERASTURY, A. Adolescência, Porto Alegre, Artes Médicas, 1980.
- KNOBEL, M. Psicopatologia da adolescência: conceitos introdutórios. In: KNOBEL, M.; PERESTRELLO, M. & UCHOA, D.M. Adolescência e a família atual. Rio, Atheneu, 1981.
- KOHLER, C. & CHAMBARD, Mlle. Tentatives de suicide d'enfants et d'adolescents. Pediatrics, 22: 785-97, 1967.
- KOSKI, M.L. The suicidal behavior of young adolescents. In: Proc. 4 th. UEP Congr., Stockholm, Almqvist & Wiksell, 1971.
- KOVACS, M.; BECK, A.T. & WEISSMAN, A. The communication of suicidal intent - a reexamination. Arch Gen Psychiat, 33: 198-201, 1976.
- KREITMAN, N.; PHILIPS, A.E.; GREER, S. & BAGLEY, C.R. Parasuicide. Brit J Psychiat., 115: 746-747, 1969.
- KREITMAN, N. Subcultural aspects of attempted suicide. In: HARE, E.H. & WING, J. K. (eds.) Psychiatric epidemiology (Proc Int Symp Aberdeen Univ), London, Oxford Univ. Press, 1970.
- KREITMAN, N.; SMITH, P. & TAN, E.S. Attempted suicide as language: an empirical study. Brit J Psychiat, 116: 465-73, 1970.
- LAMPL-DE-GROOT, J. On adolescence. Psychoanal Study Child, 15: 95-103, 1960.
- LAUFER, M. The body image, the function of masturbation, and adolescence. Psychoanal Study Child, 23: 114-137, 1968.

- LAWLER, R.H.; NAKIELNY, W. & WRIGHT, N.A. Suicidal attempts in children. Canad Med Ass J, 89: 751-4, 1963.
- LEONARD, C.V. & FLINN, D.E. Suicidal ideation and behavior in youthful non-psychiatric populations. J Consult Clin Psychol. 38: 366-71, 1972.
- LESTER, D. Demographic versus clinical prediction of suicidal behavior: a look of some issues. In: BECK, A.T.; RESNIK, H.L.P. & LETTIERI, D.J. The prediction of suicide, Bowie, Maryland, Charles Press, 1974.
- LETTIERI, D.J. Suicidal death prediction scales. In: BECK, A.T.; RESNIK, H.L.P. & LETTIERI, D.J. The prediction of suicide. Bowie, Maryland, Charles Press, 1974.
- LEVY JR., M. Introdução ao estudo do suicídio. Bol. de Psig. SP, 1-12, 1979.
- LIPPI, J.R.S. Ameaça e tentativa de suicídio na infância. Folha Med, 73: 301-15, 1976.
- LITMAN, R.E. El suicidio: una manifestación clínica de la actuación. In: ABT, L.E. & WEISSMAN, S.L. Teoría y clínica de la actuación (acting-out), Buenos Aires, Paidós, 1967.
- LITMAN, R.E. & FARBEROW, N.L. Emergency evaluation of self-destructive potentiality. In: FARBEROW, N.L. & SHNEIDMAN, E.S. (ed.) The cry for help, New York, McGraw Hill, 1965.
- LOURIE, R.S. Clinical studies of attempted suicide in childhood. Clin Proc Child Hosp DC, 22: 163-173, 1966.
- LOURIE, R.S. Suicide and attempted suicide in children and adolescents. Texas Med, 63: 58-63, 1967.
- MACMAHON, B.; IPSEN, J. & PUGH, T.F. Metodos de epidemiologia, Mexico, La Prensa Medica Mex, 1965.
- MAHLER, M.S. Autismo y simbiosis: dos trastornos extremos de la identidad. Rev Psicoanal (B.Aires), 26: 201-216, 1969.
- MAY, A.R.; KAHN, J.H. & CRONHOLM, B. La salud mental de los adolescentes y jóvenes (Cadernos de Salud Pública, nº 41), Organización Mundial de la Salud, 1971.
- MARGOLIN, N.L. & TEICHER, J.D. Thirteen adolescent male suicide attempts. Dynamic considerations. J Amer Acad Child Psychiat, 7: 296-315, 1968.
- MARKS, A. Management of suicidal adolescent on a nonpsychiatric adolescent unit. J Pediatrics, 95: 305-308, 1979.

- MASTROPAOLO, C. Depression and adolescence. In: Proc. 4th.UEP Congr, Stockholm, Almqvist & Wiksell, 1971.
- MCANARNEY, E.R. Suicidal behavior of children and youths. Ped Clin North Amer, 22: 595-604, 1975.
- MC INTIRE, M.S.; ANGLE, C.R.; WIKOFF, R.L. & SCHLICHT, L. Recurrent adolescent suicidal behavior. Pediatrics, 60: 605-8, 1977.
- MEISSNER, W.W. Psychoanalytic notes on suicide. Int J Psychoanal Psychother, 6: 415-47, 1977.
- MELLO JORGE, M.H.P. de. Estudo epidemiológico do suicídio no município de São Paulo. Boi de Psiq SP, 12: 47-59, 1979.
- MENNINGER, K. Eros e tãanatos - O homem contra si próprio, S.Paulo, Ibrasa, 1970.
- MINKOFF, K.; BERGMAN, E.; BECK, A.T. & BECK, R. Hopelessness, depression and at tempted suicide. Am J Psychiatry, 130: 455-59, 1973.
- MISKIMINS, R.W. & WILSON, L.T. Revised suicide potential scale. J Consult Clin Psychol, 33: 258, 1969.
- MOSS, L.M. & HAMILTON, D.C. The psychotherapy of the suicidal patient. Am J Psychiat, 112: 814-20, 1956.
- MOSTELLER, F. & ROURKE, R.E.K. Sturdy statistics - non parametric and order statistics, Reading, Mass., Addison Wesley Publ, 1972.
- MOULLEMBÉ, A.; TIANO, F.; ANAVI, G.; ANAVI, C. & PARICHON, J.M. Les conduites suicidaires - approche théorique et clinique. Bull de Psychol, 27: 801-933, 1973-4.
- MURPHY, G.E. The physician's responsibility for suicide. I - An error of commission. Ann InternMed, 82: 301-4, 1975 A.
- MURPHY, G.E. The physician's responsibility for suicide. II - Errors of omission. Ann InternMed, 82: 305-9, 1975 B.
- NAMER, A. Depresión y suicidio en adolescentes. In: FEINSTEIN, S.; KALINA, E.; KNOBEL, M. & SLAFF, B. Psicopatología y psiquiatría del adolescente, Buenos Aires, Paidós, 1973.
- NEUBAUER, P.B. The one-parent child and his oedipal development. Psychoanal Study Child, 15: 286-309, 1960.

ORGANIZACIÓN Mundial de la Salud. Prevención del suicidio (Cuadernos de Salud Pública, nº 35), Ginebra, 1968.

d'ORBAN E. & DALTON, J. Violent crime and the menstrual cycle. Psychol Med, 10: 353-9, 1980.

OTTO, U. Changes in behavior of children and adolescents preceding suicidal attempts. Acta Psychiat Scand, 40: 386-400, 1964.

OTTO, U. Suicidal acts by children and adolescents - a follow-up study. Acta Psychiat Scand (Suppl), 233: 7-123, 1972.

PALMER, D.M. Factors in suicidal attempts: a review of 25 consecutive cases. J Nerv Ment Dis, 93: 421-442, 1941.

PAYKEL, E.S.; MYERS, J.K.; LINDENTHAL, J.J. & TANNER, J. Suicidal feelings in the general population: a prevalence study. Brit J Psychiat, 124: 460-9, 1974.

PAYKEL, E.S.; PRUSOFF, B.A. & MYERS, J.K. Suicide attempts and recent life events. Arch Gen Psychiat, 32: 327-333, 1975.

PAZ, L.R. Adolescência - crise de dessimbiotização. In: ABERASTURY, A. Adolescência, Porto Alegre, Artes Médicas, 1980.

PERESTRELLO, D. A medicina da pessoa. Rio de Janeiro, Atheneu, 1974.

PERESTRELLO, M. Psicopatologia da adolescência. In: KNOBEL, M.; PERESTRELLO, M. & UCHOA, D.M. A adolescência e a família atual - visão psicanalítica, Rio, Atheneu, 1981.

PERLSTEIN, A.P. Suicide and adolescence. New York J Med, 66: 3017-20, 1966.

PETZEL, S.V. & CLINE, D.W. Adolescent suicide: epidemiological and biological aspects. In: FEINSTEIN, S.C. & GIOVACCHINI, P.L. (ed) Adolescent Psychiatry, vol. VI, Univ. Chicago Press, 1978.

PINTO E SILVA, J.L.; SARMENTO, R.C.; LANDERER, C. & FAUNDES. A. Gravidez na adolescência. I - Conduta frente à anticoncepção e ao sexo. J bras Ginec, 90: 283-7, 1980.

POKORNY, A.D. A scheme for classifying suicidal behavior. In: BECK, A.T.; RESNIK, H.L.P. & LETTIERI, D.J. The prediction of suicide, Bowie, Maryland, Charles Press, 1974.

- POLDINGER, W. La tendencia al suicidio, Madrid, Ed. Morata, 1969.
- POROT, M. Les tentatives de suicide des adolescents. Evol Psychiatr (Paris), 34: 789-814, 1969.
- PUFFER, R.R. & GRIFFITH, G.W. Patterns of urban mortality, Washington, Pan American Health Association, 1967.
- RAMOS, R. & BARBOSA, V. Estudos sobre mortalidade por suicídio. Arq Fac Hig S.Paulo, 19:33-66, 1965.
- RASCOVSKY, A. O assassinato dos filhos (filicídio), Rio de Janeiro, Documentário, 1973.
- RIVAILLE, C. Tentatives de suicide d'adolescents. Étude de 70 cas. Sem Hôp Paris, 46: 1141-7, 1970.
- ROBINS, E.; GASSNER, S.; KAYES, J.; WILKINSON, R.H. & MURPHY, G.E. The communication of suicidal intent: a study of 134 consecutive cases of successful (completed) suicide. Am J Psychiat, 115: 724-33, 1959.
- ROHN, R.D.; SARLES, R.M.; KENNY, T.J.; REYNOLDS, B.J. & HEALD, F.P. Adolescents who attempted suicide. J Pediatrics, 90: 636-8, 1977.
- ROSEN, A. Detection of suicidal patients: an example of some limitations in the prediction of infrequent events. J Consult Psychol, 18: 397-403, 1954.
- ROSEN, G. History. In: PERLIN, S. A handbook for the study of suicide. New York, Oxford Univ. Press, 1975.
- ROSENBAUM, M. & RICHMAN, J. Suicide: the role of hostility and death wishes from the family and significant others. Amer J Psychiat, 126: 1652-5, 1970.
- ROSS, M. The presuicidal patient: recognition and management. Southern Med J, 60: 1094-8, 1967.
- SABBATH, J.C. The role of the parents in adolescent suicidal behavior. Acta Paedo psychiat (Basel), 38: 211-220, 1971.
- SAMPAIO, A. Suicídio - aspectos sociais. Neurobiologia (Recife), 36 (supl.): 25-40, 1973.
- SCHECHTER, M.O. & STERNLOF, R.E. Suicide in adolescents. Postgrad Med, 47:220-3, 1970.

- SCHMIDT, E. H.; O'NEAL, P. & ROBINS, E. Evaluation of suicide attempts as guide to therapy. JAMA, 155: 549-557, 1954.
- SCHNEER, H.I. Hospitalized suicidal adolescents. Two generations. J Am Acad Child Psychiat, 14: 268-80, 1975.
- SCHNEER, H.I.; KAY, P. & BROZOVSKY, D. Events and conscious ideation leading to suicidal behavior in adolescence. Psychiat Quart, 35: 507-15, 1961.
- SCHRUT, A. Some typical patterns in the behavior and background of adolescents who attempt suicide. Am J Psychiat, 125: 69-74, 1968.
- SEIDEN, R.H. Campus tragedy: a study of student suicide. J Abnormal Psychol, 71: 389-99, 1966.
- SEIDEN, R.H. Suicide among youth - a review of the literature, 1900-1967. Bull of Suicidology (Suppl), National Institute of Mental Health, 1969.
- SENSEMAN, L.A. Attempted suicide in adolescents. Rhode Island Med J, 51:109-12, 1968.
- SHAFFER, J.W.; PERLIN, S; SCHMIDT, C.W. & STEPHENS, J.H. The prediction of suicide in schizophrenia. J Nerv Ment Dis, 159: 349-355, 1974.
- SHAFFER, D. Suicide in childhood and early adolescence. J Child Psychol Psychiat, 15: 275-291, 1974.
- SHNEIDMAN, E.S. & FARBEROW, N.L. Statistical comparisons between attempted and completed suicides. In: FARBEROW, N.L. & SHNEIDMAN, E.S. The cry for help, New York, McGraw Hill, 1965.
- SIANI, R.; GARZOTTO, N.; TANSELLA, C.Z. & TANSELLA, M. Predictive scales for parasuicide repetition. Further results. Acta psychiat scand, 59: 17-23, 1979.
- SIEGEL, S. Estatística não paramétrica, S.Paulo, McGraw Hill, 1975.
- SILVER, M.A.; BOHNERT, M.; BECK, A.T. & MARCUS, D. Relation of depression of attempted suicide and seriousness of intent. Arch Gen Psychiat, 25: 573-6, 1971.
- STANLEY, E.J. & BARTER, J.T. Adolescent suicidal behavior. Am J Orthopsychiat, 40: 87-96, 1970.
- STENGEL, E. Recent research into suicide and attempted suicide. Amer J Psychiat, 118: 725-7, 1962.

- STENGEL, E. Suicide & Attempted Suicide, Penguin Books, 1970.
- STEVENSON, E.K.; HUDGENS, R.W.; HELD, C.P.; MEREDITH, C.H.; HENDRIX, M.E. & CARR, D.L. Suicidal communication by adolescents. Dis Nerv Syst, 33: 112-122, 1972.
- STORK, J. Suizidverhalten und depressiver Zustand bei Adoleszenten. In: Proc. 4th. UEP Congr. Stockholm, Almqvist & Wiksell, 1971.
- SURREY, J.L.; SCOTT, L.J. & PHILIPS, E.L. Menstrual cycle and the decision to seek psychological services. Percept Mot Skills, 40:886, 1975.
- TABACHNICK, N. Interpersonal relations in suicidal attempts. Arch Gen Psychiat, 4: 16-21, 1961.
- TABACHNICK, N. & FARBEROW, N.L. The assessment of self-destructive potentiality. In: FARBEROW, N.L. & SHNEIDMAN, E.S. The cry for help, New York, McGraw Hill, 1965.
- TABACHNICK, N. Theories of self-destruction. Am J Psychoanal, 32: 53-61, 1972.
- TADIC, N.; RADULOVIC-MIHALJEVIC, K. & ANTONIC, Z. La tentative de suicide comme un symptôme de la dépression chez les enfants et les adolescents. In: Proc 4th. UEP Congr., Stockholm, Almqvist & Wiksell, 1971.
- TEICHER, J.D. Children and adolescents who attempted suicide. Ped Clin North Amer, 17: 687-96, 1970.
- TELLES, L.F. As meninas, Rio de Janeiro, J. Olympio, 1975.
- TOOLAN, J.M. Suicide and suicidal attempts in children and adolescents. Am J Psychiat 118: 719-24, 1962.
- TOOLAN, J.M. Suicide in children and adolescents. Am J Psychoter, 29: 339-44, 1975.
- TUCKMAN, J. & CONNON, H.E. Attempted suicide in adolescents. Am J Psychiat, 119: 228-32, 1962.
- TUCKMAN, J. & YOUNGMAN, W.F. Suicide risk among persons attempting suicide. Public Health Rep, 78: 585-7, 1963.
- TUCKMAN, J. & YOUNGMAN, W.F. Attempted suicide and family disorganization. J Genetic Psychol, 105: 187-93, 1964.
- TUCKMAN, J. & YOUNGMAN, W.F. A scale for assessing suicide risk of attempted suicide. J Clin Psychol, 2:17-19, 1968.

- UCHOA, D.M. A adolescência na família atual. In: KNOBEL, M.; PERESTRELLO, M. & UCHOA, D.M. A adolescência na família atual - visão psicanalítica, Rio, Atheneu, 1981.
- VANSAN, G.A. Estudo da mortalidade por suicídio no município de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 1978 (Dissertação de mestrado).
- VANSAN, G.A. Suicídio: aspectos sociais, clínicos e psicodinâmicos, Ribeirão Preto, 1981 (Tese de doutoramento).
- VIGY, M. Le syndrome pré-suicidaire. Le Concours Médical, 91: 6311-7, 1969.
- WALTON, H.J. Suicidal behavior in depressive illness - a study of aetiological factors in suicide. J Ment Sci, 104: 884-901, 1958.
- WEINBERG, S. Suicidal intent in adolescence: a hypothesis about the role of physical illness. J Pediatrics, 77: 579-86, 1970.
- WEISSMAN, A. & WORDEN, J.W. Risk-rescue rating in suicide assessment, In: BECK, A.T.; RESNIK, H.L.P. & LETTIERI, D.J. The prediction of suicide, Bowie, Maryland, Charles Press, 1974.
- WEISSMAN, M.; FOX, K. & KLERNAN, G.L. Hostility and depression associated with suicide attempts. Am J Psychiat, 130: 450-5, 1973.
- WEISSMAN, M.M. The epidemiology of suicide attempts, 1960 to 1971. Arch Gen Psychiat, 30: 737-46, 1974.
- WERKSTEIN, L. Handbook of suicidology, New York, Brunner-Mazel, 1979.
- WETZEL, R.D. & MCCLURE JR., J.N. Suicide and menstrual cycle: a review. Compr Psychiat, 13: 369-74, 1972.
- WILKINS, J. Suicidal behavior. Amer Sociol Rev, 32: 286-96, 1967.
- WINN, D. & HALLA, R. Observations of children who threaten to kill themselves. Canad Psychiat Ass J, 11 (suppl): 283-94, 1966.
- YAMPEY, N. Características de las personalidades suicidas. Acta psiquiat psicol Amer lat, 23: 267-73, 1977.
- ZILBOORG, G. Suicide among civilized and primitive races. Am J Psychiat, 92:1347-69, 1936.