

SABRINA STEFANELLO

**TENTATIVAS DE SUICÍDIO ATENDIDAS NO
HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNICAMP:
diferenças entre os sexos**

CAMPINAS

2007

SABRINA STEFANELLO

**TENTATIVAS DE SUICÍDIO ATENDIDAS NO
HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNICAMP:
diferenças entre os sexos**

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

ORIENTADOR: PROF. DR. NEURY JOSÉ BOTEGA

CAMPINAS

2007

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

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

St32t Stefanello, Sabrina
 Tentativas de suicídio atendidas no Hospital de Clínicas da
Unicamp: diferenças entre os sexos / Sabrina Stefanello. Campinas, SP
: [s.n.], 2007.

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

 1. Tentativa de suicídio. 2. Suicídio. 3. Sexo. 4.
Prevenção primária. 5. Saúde mental. I. Botega, Neury José. II.
Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.
III. Título.

**Título em inglês : Suicide attempts seen at Hospital de Clínicas Unicamp:
Sex differences**

Keywords: • Suicide, attempt
 • Suicide
 • Sex
 • Primary prevention
 • Mental health

**Titulação: Mestre em Ciências Médicas
Área de concentração: Saúde Mental**

Banca examinadora:

**Prof. Dr. Neury José Botega
Prof. Dr. Claudemir Benedito Rapeli
Profa. Dra. Renata Cruz Soares de Azevedo**

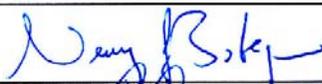
Data da defesa: 24 - 08 - 2007

Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

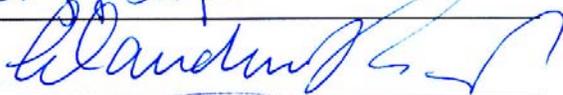
Orientador: Prof Dr. Neury José Botega

Membros:

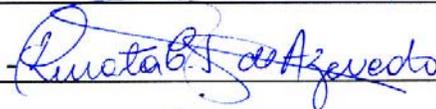
1. Prof. Dr. Neury José Botega -



2. Prof. Dr. Claudemir Benedito Rapeli -



3. Profa. Dra. Renata Cruz Soares de Azevedo -



Curso de pós-graduação em Ciências Médicas, da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 24/08/2007

DEDICATÓRIA

*Ao meu amado companheiro Deivisson e à minha
adorada família, Milton, Vera, Betina e Bianca,
pelo apoio incondicional.*

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Prof. Dr Neury José Botega, pela amizade, pela sinceridade, pela presença constante, pela paciência, pela incrível generosidade e pelo exemplo. Esse período de convivência foi marcado por intenso aprendizado.

Ao Prof. Dr. Carlos de Barros Mott, pela disponibilidade, pela atenção, pelo cuidado, pela generosidade e principalmente pela segurança transmitida nos momentos difíceis.

À Prof. Dr. Letícia Maria Furlanetto, pela criatividade, pela dedicação, pela preocupação com o ser humano, pelo comprometimento com o ensino e por ter me colocado no caminho da pesquisa.

Aos amigos da “vida real” Viviane, Carlos, Juliano, Daniela, Clarissa, Marisa, Petrus, Adriano, com os quais compartilhei alegrias e angústias.

Aos amigos distantes, porém sempre amigos, Graciela, Mônica, Salada, Yan, Cris, Lucy, Daniel, Leonardo, Giselen.

A todos os “amigos invisíveis”, pessoas que passaram por minha vida e que não sabem o quanto fizeram diferença.

A todos os pacientes, que em momentos tão delicados de suas vidas, permitiram a intromissão e colaboraram para a produção do conhecimento. Muito obrigada.

Por fim, mas não menos importante, à minha família, pelo grande amor, carinho, apoio e incentivo. Amo vocês.

Libertação

*... até que um dia por astúcia ou acaso, depois
de quase todos os enganos, ele descobriu a porta
do Labirinto.*

... Nada de ir tateando os muros como um cego.

Nada de muros.

*Seus passos tinham – enfim! – a liberdade de
traçar seus próprios labirintos.*

Mário Quintana

287.

*Adoramos a perfeição, porque a não podemos ter;
repugnamos--la-íamos, se a tivéssemos. O perfeito é o desumano,
porque o humano é imperfeito.*

288.

Que tragédia não acreditar na perfectibilidade humana!...

- E que tragédia acreditar nela!

Fernando Pessoa

	PÁG.
RESUMO	xxv
ABSTRACT	xxix
1- INTRODUÇÃO	33
1.1- Visão geral do suicídio	34
1.2- Comportamento suicida e diferenças entre os sexos	43
1.3- Comportamento suicida e diferenças entre os sexos na América do Sul e Brasil	55
1.4- Estudo multicêntrico de intervenção no comportamento suicida (SUPRE-MISS)	61
2- OBJETIVOS	65
3- MÉTODO	69
3.1- Local e delineamento do estudo	71
3.2- Sujeitos	71
3.2.1- Critérios de inclusão.....	71
3.2.2- Critérios de exclusão.....	72
3.3-Tamanho da amostra	72
3.4- Instrumento	73
3.5- Definição de variáveis	76
3.6- Procedimentos	80
3.7- Análise dos dados	81
3.8- Aspectos éticos	82

4- RESULTADOS.....	83
5- DISCUSSÃO.....	103
6- CONCLUSÃO.....	123
7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	127
8- ANEXOS.....	147
Anexo 1- Questionário SUPRE-MISS.....	149
Anexo 2- Termo de aprovação do Comitê de Ética da UNICAMP.....	177
Anexo 3- Termo de consentimento livre e esclarecido.....	179

LISTA DE ABREVIATURAS

DP	Desvio Padrão
EURO	Europa
HC	Hospital de Clínicas
IC	Intervalo de Confiança
OMS	Organização Mundial da Saúde
OR	Odds ratios
PS	Pronto Socorro
SUPRE-MISS	Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo
WHO	World Health Organization

	PÁG.
Tabela A- Comportamento suicida na cidade de Campinas.....	38
Tabela 1- Características sócio-demográficas da amostra, separadas por sexo.....	86
Tabela 2- Características relacionadas à moradia, ao emprego e à religião, separadas por sexo.....	87
Tabela 3- Descrição dos sentimentos após ter tentado o suicídio anteriormente.....	91
Tabela 4- Diagnósticos psiquiátricos, de acordo com a CID-10, separados por sexo.....	93
Tabela 5- Escalas psicométricas separadas por sexo.....	96
Tabela 6- Avaliação de cada item dicotomizado da escala de Desempenho do Papel Social separado por sexo.....	97
Tabela 7- Análise de cada item do Índice de Bem-Estar da OMS...	98
Tabela 8- Escalas psicométricas dicotomizadas.....	99
Tabela 9- Análise de regressão logística univariada para sexo (masculino vs. feminino).....	100
Tabela 10- Análise de regressão logística univariada quanto a itens das escalas de Desempenho do Papel Social, Bem-Estar OMS e Depressão de Beck para o sexo (masculino vs. feminino).....	101
Tabela 11- Análise de regressão logística multivariada para sexo (masculino vs. feminino).....	102

LISTA DE FIGURAS

	PÁG.
Figura 1- Dimensões do comportamento suicida.....	37

	PÁG.
Gráfico 1- Freqüência de 62 homens e 153 mulheres à igreja ou ao culto.....	88
Gráfico 2- Quanto às conseqüências físicas e perigo da tentativa de suicídio à vida.....	88
Gráfico 3- Tipo de cuidado médico recebido após tratamento de emergência.....	89
Gráfico 4- Método utilizado na tentativa de suicídio.....	89
Gráfico 5- História de tentativa de suicídio anterior.....	90
Gráfico 6- História de tratamento por problemas de saúde mental.....	91
Gráfico 7- Transtornos afetivos e altos escores no Inventário de Depressão de Beck.....	93
Gráfico 8- Transtorno mental por uso de substância psicoativa e uso diário de álcool, ingestão de álcool/drogas relacionada à tentativa de suicídio; com deterioração da capacidade de juízo ou uso intencional para facilitar a tentativa de suicídio.....	94
Gráfico 9- Comportamento anti-social: histórico de prisão e de condenação.....	95

RESUMO



Objetivo: Identificar diferenças entre os sexos em variáveis sócio-demográficas, psicossociais e clínicas entre aqueles que tentaram o suicídio e que foram atendidos no pronto socorro do Hospital de Clínicas (HC) da UNICAMP.

Método: Trata-se de estudo transversal, sub-projeto do Estudo Multicêntrico de Intervenção no Comportamento Suicida (SUPRE-MISS), organizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Duzentos e doze sujeitos participaram do estudo. A avaliação foi feita por meio de entrevista estruturada, contendo informações sobre saúde mental e física, contato com serviços de saúde, uso de substâncias psicoativas, eventos traumáticos de vida, dificuldades psicossociais, apoio social, diagnóstico psiquiátrico, problemas com a justiça, comportamento anti-social e escalas psicométricas. A comparação entre os sexos foi feita usando-se análise de regressão logística uni e multivariada.

Resultados: Do total, 49% estavam na faixa etária entre 25 a 44 anos, e 143 (68,1%) foram do sexo feminino. Quase todos os que tentaram suicídio tiveram um diagnóstico psiquiátrico (96%). Os transtornos do humor foram mais freqüentes entre as mulheres (54% versus 32%, $p=0,003$) e os transtornos mentais por uso de substâncias psicoativas, especialmente álcool, foi mais freqüente entre os homens (31% versus 7%, $p=0,0001$). As mulheres tiveram piores escores no Índice de Bem-Estar OMS ($p=0,005$), na escala de Beck de Depressão ($p=0,01$) e na escala de Desempenho do Papel Social ($p=0,03$). Mais mulheres (58%) que homens (35%, $p=0,002$) haviam tentado o suicídio anteriormente, e tinham sofrido abuso físico e/ou sexual (26% versus 8%, $p=0,002$). As mulheres haviam procurado mais frequentemente tratamento psiquiátrico (50% versus 34%, $p=0,03$) e freqüentaram mais o culto religioso (uma vez por semana: 45% versus 23%, $p=0,007$). As tentativas de suicídio envolveram maior risco de morte entre os homens (48% versus 28%, $p=0,01$), assim como o uso de álcool/drogas associado à tentativa de suicídio (30% versus 13%, $p=0,003$). Após uma tentativa de suicídio prévia, os homens sentiram mais pena de si mesmos (64% versus 36%, $p=0,01$). Na análise multivariada, as variáveis que melhor discriminaram diferenças entre os sexos foram: uso de álcool e/ou drogas relacionado à tentativa de suicídio atual

(2,9 vezes maior nos homens), abuso físico e/ou sexual (4,4 vezes menor nos homens), sentimento do Índice de Bem-Estar “sentir-se ativo e vigoroso” (4,5 vezes maior entre os homens) e a presença de transtorno mental por uso de substância psicoativa (3,6 vezes maior nos homens).

Conclusão: Os homens tiveram menos diagnóstico de depressão, menores escores na escala de depressão e disseram que estavam sentindo-se mais “ativos e vigorosos”. Embora os homens ingeriram bebida alcoólica mais frequentemente e fizeram tentativas de suicídio mais graves, eles sentiram mais vergonha e pena de si mesmos, tiveram mais problemas no trabalho e haviam feito menos tratamento psiquiátrico que as mulheres. As mulheres mais frequentemente sofreram abuso físico e/ou sexual prévio, estavam mais deprimidas e apresentaram mais dificuldades em lidar com crises.

ABSTRACT



Objective: The aim of this study was to identify sex differences in clinical, psicossocial and demographic variables among those who attempted suicide and were seen at the emergency room of the Hospital de Clínicas (HC) UNICAMP.

Methods: This was a cross-sectional study, sub-project of the Suicide Prevention – Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviors (SUPRE-MISS) organized by the World Health Organization (WHO). 212 subjects were enrolled in the study. A structured questionnaire covered a series of variables, including mental and physical health status, contact with health services, alcohol and drug related questions, traumatic experiences, psychosocial difficulties, life satisfaction, social support, psychiatric diagnosis, problems with justice, anti-social behavior and specific psychometric scales. A comparison between sexes was made using uni and multivariate logistic regression analysis.

Results: Overall 49% were between 25 and 44 years old, and 143 (68.1%) were females. Almost all suicide attempters had a mental disorder (96%). Affective disorders were more frequent among women (54% versus 32%, $p=0.003$) and mental disorders caused by psychoactive substance use, especially alcohol, were more frequent among men (31% versus 7%, $p=0.0001$). Females had worse scores at the WHO Index of Well-Being ($p=0.005$), at the Beck Depression Inventory ($p=0.01$) and at the Psychiatric Disability Assessment Schedule ($p=0.03$). More women (58%) than men (35%, $p=0.002$) had previously made a suicide attempt, and had suffered physical and/or sexual abuse (26% versus 8%, $p=0.002$). Women had more frequently looked for psychiatric treatment (50% versus 34%, $p=0.03$) and attended to religious cult (once a week: 45% versus 23%, $p=0.007$). Suicide attempts involved more risk of death among men (48% versus 28%, $p=0.01$), as well as the use of alcohol/drugs at the suicide attempt (30% versus 13%, $p=0.003$). After a previous suicide attempt men felt more pity of themselves (64% versus 36%, $p=0.01$). In the multivariate analysis, the variables which better discriminated differences between sexes were: ingestion of alcohol and/or drugs at suicide attempt (2.9 times more frequent in men), physical and/or sexual abuse (4.4 times less frequent in males), “active and

vigorous” well-being feelings (4.5 times more frequent in men) and a mental disorder caused by psychoactive substance use (3.6 more frequent in males).

Conclusion: Males had less diagnosis of affective disorder, lower scores at the depression scale and told they were feeling more “active and vigorous”. Although men consumed alcohol more frequently and had more serious suicide attempts, they felt more pity and shame of themselves, had more problems at work and had had less treatment than females. Women had more frequently suffered physical and/or sexual abuse, were more depressed and had difficulties to handle crisis.

1- INTRODUÇÃO

1.1- Visão geral sobre o suicídio

A palavra suicídio vem do latim, *sui* que significa *de si mesmo*, mais *cid* raiz de *caedere* que significa *matar*. Portanto, pode ser definida como o ato ou efeito de se matar (Houaiss e Villar, 2001).

Émile Durkheim, sociólogo francês, que publicou em 1897 obra dedicada ao estudo do suicídio, é reconhecido até hoje como um dos pioneiros nesse tema. Segundo Durkheim, *“pode-se chamar de suicídio todo o caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo praticado pela própria vítima, ato que a vítima sabia dever produzir esse resultado”* (Durkheim, 1897, 2005).

O suicídio é um fenômeno complexo e multifacetado, que envolve questões socioculturais, genéticas, psicodinâmicas, filosófico-existenciais, psiquiátricas e ambientais. Além do mais, vem ganhando impulso em termos numéricos e de impacto, como se pode ver pelos dados globais da Organização Mundial da Saúde (WHO, 1999, 2003) e do Brasil, Ministério da Saúde (2004).

- No ano de 2004, o número oficial de mortes por suicídio no Brasil foi 7.987, que representou 0,8% do total de óbitos daquele ano.
- Ainda de acordo com as projeções da OMS, no ano de 2020, mais de um milhão e meio de pessoas morrerão por suicídio no mundo todo;
- Nos últimos 45 anos a mortalidade global por suicídio vem migrando em participação percentual do grupo dos idosos para o de indivíduos mais jovens (15 a 45 anos).
- Na faixa etária entre 15 e 35 anos, o suicídio está entre as três maiores causas de morte.
- Em indivíduos entre 15 e 44 anos, o suicídio é a sexta causa de incapacitação.

- Para cada suicídio, há em média 5 ou 6 pessoas próximas ao falecido que sofrem intensas conseqüências emocionais, sociais e econômicas .
- Em comparação com o número de suicídios, estima-se que 10 a 20 vezes mais pessoas tentem o suicídio;
- No ano de 2001, as tentativas de suicídio representaram cerca de 1,4% do ônus global das doenças; as projeções indicam que atingirá 2,4% em 2020.

O suicídio não é somente uma triste realidade global, mas também um problema de saúde pública, que atinge países desenvolvidos e em desenvolvimento. De um modo geral existe um aumento linear dos suicídios com o aumento da idade, com dois picos importantes, entre os adultos-jovens e entre os idosos. As pesquisas sugerem um aumento nas taxas de suicídio, principalmente entre adultos jovens ou um deslocamento do grupo dos idosos para os mais jovens, nas localidades em que as taxas de suicídio permanecem estáveis (Schmidtke et al., 1996; Maris et al., 2000).

No Brasil, as taxas de suicídio (3,5 a 4,6 por 100.000 habitantes por ano) são baixas, principalmente quando comparadas às de alguns países europeus que atingem 40 por 100.000 habitantes por ano. Contudo, em números absolutos de suicídio, por tratar-se de um país populoso, o Brasil está entre os 10 países com maior número de mortes (Barros et al., 2004; Wang et al., 2004; Mello-Santos et al., 2005). Em alguns grupos populacionais, como o de jovens em grandes cidades, o de indígenas no Centro-Oeste e do Norte e entre lavradores do interior do Rio Grande do Sul, os valores aproximam-se aos de países do leste europeu e Escandinávia (Brasil: Ministério da Saúde, 2004; Botega, 2007). Seguindo a tendência mundial, tem-se observado, também no Brasil, um aumento do suicídio nas faixas etárias mais jovens (Barros et al., 2004; Meneguel et al., 2004; Mello-Santos et al., 2005).

Sem levar em conta a questão da sub-notificação dos suicídios, o Brasil ainda possui mais uma questão que encobre a importância do suicídio em termos de impacto na sociedade: a violência nos grandes centros urbanos. Em 2004, as mortes relacionadas a agressões eram seis vezes maiores que as por suicídio. A taxa de homicídios praticamente dobrou nas últimas duas décadas, sendo que 90% das vítimas foram homens e 52,2% adolescentes ou adultos-jovens (Botega e Garcia, 2004).

O suicídio representa somente uma parte dentro de um conjunto maior de condições e de ações humanas, denominado **comportamento suicida**. Desta forma, o comportamento suicida pode ser concebido ao longo de um *continuum*: a partir de pensamentos de autodestruição, passando planos, tentativas de suicídio e, finalmente o suicídio (Figura 1) (Werlang e Botega, 2004).

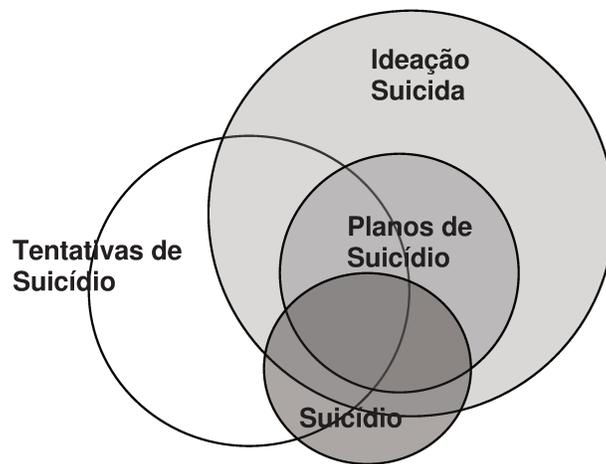


Figura 1- Dimensões do comportamento suicida.

Fonte: Modificado de Werlang, B.G.; Botega, N.J. (2004). *Comportamento Suicida*. Porto Alegre: Artmed Editora.

Para ilustrar melhor a dimensão do comportamento suicida, estão reproduzidos na tabela A os resultados de um inquérito populacional, com 515 indivíduos da população urbana de Campinas, com idade igual ou superior a 14 anos, selecionados aleatoriamente, sobre o comportamento suicida (Botega et al., 2005).

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

	Ao longo da vida	Nos últimos 12 meses
Ideação suicida	17,1%; (IC 95%: 12,9 – 21,2)	5,3%; (IC 95%: 3,5 – 7,2)
Plano suicida	4,8%; (IC 95%: 2,8 – 6,8)	1,9%; (IC 95%: 1,0 – 2,8)
Tentativa de suicídio	2,8%; (IC 95%: 0,09 – 4,6)	0,4%; (IC 95%: -0,3 – 1,1)

IC = intervalo de confiança

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

Existem vários fatores de risco para o suicídio que já são conhecidos. Entre eles, um histórico de tentativa de suicídio ou a presença de um transtorno mental são os maiores indicadores de risco para o suicídio (Gunnell et al., 1995; Gilbody et al., 1997; Harris e Barraclough, 1997; Tejedor et al., 1999). Mortensen et al. (2000), após estudo cuidadoso na Dinamarca, controlando para vários fatores socioeconômicos relacionados ao risco de suicídio, observou que a hospitalização psiquiátrica recente era o fator mais fortemente associado a tentativas de suicídio, o que reforça a idéia de transtorno mental grave como um dos principais indicadores de risco de suicídio.

Bertolote e Fleischmann (2002), em uma revisão sistemática de 31 artigos científicos publicados entre 1959 e 2001, que englobou 15.629 suicídios na população geral, demonstraram que, por meio de autópsia psicológica ou de diagnósticos registrados antes da morte, em 97% dos casos caberia um diagnóstico de transtorno mental na ocasião do ato fatal. Nos dias atuais, cada vez

mais o suicídio está associado à existência de um transtorno mental, mesmo que um diagnóstico formal não tenha sido feito (Botega et al., 2006).

Entre os transtornos mentais, os decorrentes do uso de álcool estão fortemente relacionados a um maior risco de suicídio (Crombie et al., 1998; Garlow, 2002; Evans et al., 2004; Suominen et al., 2004a, Ali, 2005; Larosa et al., 2005; Soukas et al., 2005). Atualmente, estudos mostram a diminuição de suicídios quando são implementadas ações para o controle do consumo de álcool (Wasserman e Varnik, 1998; Lester, 1999; Mann et al., 2005). A proporção geral de suicídio de homens:mulheres é 2,3:1, contudo, entre os dependentes de álcool é 5,2:1. Mesmo com uma menor representatividade feminina nos estudos sobre etilismo, as mulheres dependentes de álcool que se suicidam costumam ser casos mais graves (Murphy, 2000).

Segundo Murphy (2000), mulheres dependentes de álcool parecem perder alguns fatores protetores que geralmente acompanham o sexo feminino. Esses fatores protetores seriam: maior inter-relação com outras mulheres, com maior liberdade para falar de seus sentimentos, pedir e aceitar ajuda; maior liberdade para mudar de idéia, repensando sobre as conseqüências de seus atos para os outros e para elas mesmas, sem necessariamente perder a auto-estima. Sendo assim, essas mulheres estariam tão isoladas quanto os homens. O consumo de bebida alcoólica pode funcionar como um fator de risco para o suicídio em longo prazo; fazer parte da tentativa de suicídio aumentando a desinibição e atuando como um facilitador do suicídio; como parte do método, aumentando o risco de desfecho fatal; ou então como o próprio método do suicídio (Kerkhof, 2000).

Assim como o abuso de álcool, os transtornos depressivos também se associam ao suicídio. Pesquisas como as realizadas por Rhimer et al. (2001), Rutz (2001b), Bruce et al. (2004) mostraram que o diagnóstico e o tratamento adequado da depressão, diminuem a ideação suicida, tentativas de suicídio e o suicídio. Um grande estudo de revisão realizado por Mann et al. (2005) concluiu que intervenções terapêuticas para o tratamento da depressão têm impacto na

diminuição das taxas de suicídio. Isso mostra que apesar dos transtornos mentais funcionarem como fatores de risco para o suicídio, o tratamento adequado ajuda a preveni-lo.

Já entre os casos de tentativas de suicídio, é difícil determinar ao certo, entre o número de pessoas que tentam o suicídio, quantas têm um transtorno psiquiátrico. As estimativas variam de acordo com os critérios utilizados para a definição de caso e com o momento escolhido para a avaliação. Os diagnósticos mais freqüentes são: transtornos do humor, transtorno mental por uso de substância psicoativa, esquizofrenia e transtornos de personalidade (Lucero et al., 2003; Suominen et al., 2004b; Botega et al., 2006).

Em muitos casos os sintomas diminuem rapidamente e podem mesmo desaparecer, uma vez tendo-se superado a crise que motivou o comportamento auto-agressivo (Botega, 2006). Uma história recente de perda é o que mais se encontra nesse grupo, sendo esta perda real, imaginada ou temida. Fazem parte dos fatores psicológicos que predispõem a uma tentativa de suicídio: perda recente, perda dos pais na infância, instabilidade familiar, datas importantes (reações de aniversário), traços de personalidade (impulsividade, labilidade de humor), história familiar de doença afetiva, alcoolismo ou suicídio (Botega, 2006).

Situações clínicas outras, independentes da presença simultânea ou não de doença mental, também são fatores de risco, como, por exemplo, doenças físicas incapacitantes, dolorosas ou terminais, lesões desfigurantes perenes, epilepsia, trauma medular, neoplasias malignas, síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA) (Bertolote et al., 2000; Botega, 2006).

Entre os fatores sociodemográficos de risco para suicídio podemos citar: sexo masculino, faixas etárias entre 14 e 40 anos e acima dos 65 anos, estratos econômicos extremos (muito ricos e muito pobres), residentes em áreas urbanas, desempregados (principalmente perda recente do emprego), aposentados, ateus, protestantes, separados ou divorciados, solteiros, migrantes, isolamento social (Gunnel et al, 1995; Bertolote, et al., 2000; Stravynski e Boyer, 2001; Botega, 2006).

Como fator protetor para o suicídio, Dervic et al. (2004) observou em 371 pacientes deprimidos internados, que a religiosidade, independente da religião praticada, estava relacionada a maior objeção moral em relação ao suicídio e isso relacionava-se a uma diminuição na ideação suicida e nas tentativas de suicídio. A religiosidade parece funcionar como um aspecto positivo protetor do comportamento suicida em pessoas que enfrentam eventos estressantes e que estão deprimidas ou desesperançosas. Os resultados desse estudo indicam que participar de uma religião pode reduzir o comportamento suicida por duas vias, tanto pela diminuição dos níveis de agressividade quanto pelas objeções morais ao suicídio.

A religiosidade também parece auxiliar no enfrentamento de doenças graves e debilitantes (Koenig et al., 2001; Almeida e Neto, 2004; O'Donnell et al., 2004). Koenig et al. (2001), após revisarem vários estudos sobre o tema, observaram que a partir dessas experiências negativas do processo de adoecimento, ao invés de os pacientes sentirem-se derrotados, por meio do envolvimento religioso, eles eram capazes de lidar melhor com essa experiência de saúde precária e vivenciavam um crescimento psicológico. Quando as pessoas ficam doentes, muitas delas podem recorrer às práticas religiosas para aliviar o estresse, manter um senso de controle, manter a esperança e um senso de significado para a vida.

Outro dado observado que está relacionado à religião são as menores taxas de suicídio observadas entre os islâmicos quando comparados a outros grupos religiosos (Cheng e Lee, 2000). Segundo Cheng e Lee (2000), as menores taxas de suicídio no islamismo poderiam ser explicadas por algumas características mais rígidas dessa religião, como a proibição do consumo de álcool. Para o islamismo, o suicídio é visto como uma forma de homicídio, com duras sanções. Além do mais, Cheng e Lee (2000) perceberam que o islamismo ensina uma “técnica de resolução de problema” para momentos de maior estresse, que seria recitar trechos do Alcorão, reduzindo assim a impulsividade.

Sabe-se também que fatores culturais influenciam as taxas de suicídio (Canetto e Sakinofsky, 1998; Murphy, 1998; Tousignant et al., 1998; Kerkhof, 2000). Dependendo do tipo de sociedade, seus valores podem atuar como fatores de proteção ou de risco. Por exemplo, sociedades que valorizam a interdependência, onde existe estímulo para conversas sobre os problemas e são mais abertas a mudanças de opinião, podem proteger em relação ao suicídio, pois esses valores parecem funcionar como fatores protetores, encontrados principalmente no sexo feminino (Murphy, 1998). Por outro lado, em sociedades onde a independência e a capacidade de tomar decisões são valorizadas, e pedir ajuda é visto como um sinal de fraqueza, pode ocorrer o oposto. Murphy (1998) considera que essas características predominam no sexo masculino, e funcionariam como fatores de risco para o suicídio.

Malone et al. (2000), avaliaram pacientes somente com depressão que chegaram para atendimento em dois hospitais universitários da costa leste norte-americana. Apesar da amostra total pequena (84 participantes), conseguiram separá-los em dois grupos, com (45) e sem tentativa de suicídio (39), e foi aplicado um inventário de razões para viver. Conforme o esperado, os pacientes que não haviam tentado o suicídio anteriormente tiveram escores mais altos no inventário, ou seja, segundo sua percepção, possuíam mais motivos para continuarem vivendo. Os itens com maior diferença entre os dois grupos foram: acreditar que conseguiriam lidar com os problemas e sobreviver, grande medo por sofrer desaprovação social e maior objeção moral em relação ao suicídio entre aqueles que não tentaram. Os eventos de vida nos dois grupos não tiveram diferença significativa, contudo o grau de desesperança entre os que tentaram o suicídio foi consideravelmente maior. Os achados sugerem que uma percepção menos negativa e mais otimista em relação aos eventos de vida, independentemente da intensidade da depressão pode funcionar como fator protetor para o suicídio.

Outros fatores, pesquisados por Zweig et al. (2002), em 12.578 estudantes do segundo grau, que podem funcionar como proteção ao comportamento suicida quando presentes, e o inverso, quando ausentes, foram:

valorização de si mesmo, capacidade de tomar decisões, integração com a escola, proximidade com os pais e relacionamento geral com a família. Seguindo essa mesma linha, O'Donnell et al. (2004) em um estudo com 879 estudantes afro-americanos e latinos, que vivem em bairros de Nova Iorque onde predominam suas etnias, apesar de não ter encontrado fatores protetores relacionados à identidade étnica, percebeu que a proximidade com a família funciona como importante fator protetor para ideação e tentativa de suicídio. Morar com os dois pais não funcionou como proteção para o comportamento suicida e morar somente com um deles não apresentou risco significativo. Todavia, sentir que a família estará disposta a ajudar quando for necessário, foi um ponto importante para os adolescentes do estudo e foi associado negativamente ao comportamento suicida.

No sexo feminino, Wang et al. (2004) observaram que a gravidez e a maternidade parecem auxiliar para que as mulheres tenham menores taxas de suicídio, em especial nos primeiros anos após a gestação. Outra forma de proteção percebida por Kwan et al. (2005), encontrada particularmente no sexo masculino, é ter uma ocupação, estar empregado.

Quanto à possibilidade de proteção farmacológica, alguns estudos, apesar de não conclusivos, sugerem que o lítio, usado no tratamento do transtorno afetivo bipolar, protege contra o suicídio, inclusive em baixas doses (Tondo e Baldessarini, 2000; Coryell et al., 2001; Gelenberg, 2001).

1.2- Comportamento suicida e diferenças entre os sexos

O sexo é um fator importante na definição de risco para o suicídio. Émile Durkheim (1897, 2005), observou isso, no período de 1840-70, por meio do número de suicídio entre os “*alienados em asilos*”. Apesar do maior número de mulheres nessa população, a porcentagem de mortes por suicídio entre os homens era superior, em todas as regiões pesquisadas: Áustria, Prússia, Itália, Saxônia, França, Dinamarca e Inglaterra. As taxas de suicídio encontradas por

Durkheim indicavam que para cada mulher que se suicidava, existia em média quatro homens suicidas. Após análise dos recenseamentos realizados nos asilos, Durkheim (1897, 2005, p.46) ponderou que:

o número mais considerável de indivíduos do sexo feminino recenseados em dado momento não provaria que a mulher tem maior tendência para a loucura, mas simplesmente que ela sobrevive melhor que o homem nessa condição, como, aliás, em todas as outras. Mas nem por isso deixa de ser verdade que a população de alienados compreende mais mulheres que homens; se, portanto, como parece legítimo, concluirmos partindo dos loucos para os nervosos, somos levados a admitir que existem mais neurastênicos do sexo feminino que do sexo masculino. Por conseqüência, se houvesse entre as taxas de suicídio e a neurastenia uma relação de causa e efeito, deveriam suicidar-se mais mulheres do que homens. Ou pelo menos elas deveriam se suicidar tanto quanto os homens. Pois mesmo em se levando em conta a menor mortalidade das mulheres e, conseqüentemente, corrigindo as indicações dos recenseamentos, tudo o que se poderia concluir é que as mulheres têm uma predisposição para a loucura sensivelmente igual à do homem; a dízima mortuária mais fraca e a superioridade numérica do sexo feminino em todos os recenseamentos de alienados compensam-se de maneira quase exata. Ora, a aptidão das mulheres para a morte voluntária está longe de ser superior ou equivalente à do homem, do que se infere que o suicídio é uma manifestação essencialmente masculina.

Em vista do que foi exposto, desde as primeiras análises de Durkheim existem evidências mostrando que os homens cometem mais suicídio que as mulheres. Contudo, há no sexo feminino maior freqüência de comportamento suicida sem desfecho fatal (Canetto e Sakinovsky, 1998; Juarez-Aragon et al., 1999; Skogman et al., 2004; Ali, 2005; Fekete et al., 2005;

Fleishmann et al., 2005). Tal fenômeno é chamado de paradoxo do gênero (Canetto e Sakinovsky, 1998). Ainda não se sabe exatamente o porquê disso.

Uma das hipóteses que tenta explicar esse paradoxo é a da letalidade, segundo a qual os homens usariam métodos mais violentos do que as mulheres, principalmente armas de fogo, portanto morreriam mais (Mòsciki, 1994; Canetto e Sakinovsky, 1998; Hawton, 2000). Essa afirmativa sofre críticas, principalmente por vir frequentemente associada a uma visão de que as mulheres seriam menos capazes, inaptas física e cognitivamente (Canetto e Sakinovsky, 1998; Murphy, 1998; Range e Leach, 1998). Estatísticas dos Estados Unidos da América, analisadas por Murphy (1998), mostram que mesmo com o aumento do uso de métodos violentos entre as mulheres, como o maior uso de armas de fogo, as taxas de suicídio entre elas não aumentou proporcionalmente.

Um estudo recente observou que outra variável parece influenciar a escolha do método: se o suicídio é cometido dentro do lar. A chance de uso de arma de fogo é 2,5 vezes maior dentre os suicídios ocorridos em casa do que fora de casa; e a chance de auto-envenenamento e enforcamento é 3,0 vezes maior dentro de casa do que em ambientes abertos. Quando o suicídio acontece em um hotel/motel a chance de auto-envenenamento é 4,9 vezes maior que em locais abertos (Kposowa e McElvain, 2006). A escolha do método também se associa à acessibilidade. Por exemplo, no meio rural chinês a maioria dos suicídios ocorre por auto-envenenamento com pesticidas (Cheng e Lee, 2000; Yip, 2001; Pearson et al., 2002).

Uma segunda hipótese é a do viés de recordação, levantada por Mòscicki em 1994, porém pouco comentada. Ele sugere que em virtude de as mulheres, mais que os homens, fornecerem informações mais acuradas sobre seu histórico de saúde, presume-se que elas dariam mais informações também em relação ao comportamento suicida. Isso poderia valer para as estatísticas de tentativas de suicídio, mas não para os casos de suicídio, uma vez que, quando se coletam os dados diretamente em hospitais e atendimentos de urgência, observa-se maior número de tentativas entre as mulheres e mortes por suicídio

entre os homens (Abbinante et al., 1995; Aghanwa, 2004; Fleishmann et al., 2005; Gibb et al., 2005).

Uma terceira hipótese é a teoria das diferentes taxas de depressão e de abuso de álcool entre os sexos. Defende que em mulheres há maior incidência e prevalência de depressão, maiores taxas de episódios depressivos recorrentes e que elas buscariam mais tratamento. Especula-se que as altas taxas de comportamento suicida entre as mulheres estariam relacionadas à depressão e o seu tratamento atenuaria a gravidade das tentativas de suicídio, portanto, preveniria o suicídio. Já entre os homens, as taxas de abuso e dependência de álcool são maiores e eles buscariam menos tratamento quando comparados com o sexo feminino (Canetto, 1991; Mòsciki, 1994; Canetto e Sakinovsky, 1998; Murphy, 1998; Suominen et al., 2004a; Suominen, et al., 2004b). Também entre o sexo masculino parece existir maior co-morbidade, como por exemplo, transtornos afetivos associados ao consumo exagerado de álcool (Cantor, 2000).

Rutz (2001a, 2001b) realizou um estudo na década de oitenta, na ilha de Gotland, que possuía uma das mais altas taxas de suicídio da Suécia, especialmente entre as mulheres, o que, supostamente, estaria relacionado à depressão. Foi oferecido um programa de treinamento para todos os clínicos gerais da ilha por dois anos, com foco em depressão, suicídio e tratamento. Dois anos depois, as taxas de suicídio caíram 60%. A principal redução nessa taxa foi entre as pessoas com diagnósticos de depressão e que estavam em contato com o clínico geral, um grupo cuja maioria era de mulheres. No mesmo período, os índices de suicídio entre os homens praticamente não mudaram, e a maioria dos homens falecidos por suicídio não estava utilizando o sistema de saúde. O único grupo masculino que teve redução nos índices de suicídio foi o acima de sessenta anos, o qual mantinha contato freqüente com o serviço médico. Os únicos homens que tiveram contato com o sistema de saúde e cometeram suicídio posteriormente pertenciam a um grupo com diagnóstico de depressão e história de comportamento agressivo, abuso de álcool, baixa adesão ao tratamento e incapacidade em aceitar ajuda.

Rutz (1995, 2001b) chegou a sugerir outro modelo de depressão no sexo masculino. Ele defende que essa doença é subdiagnosticada e subtratada na população masculina. Esse novo modelo de síndrome depressiva no sexo masculino seria caracterizado por: baixa tolerância ao estresse (alteração temporária), atuação (*acting out*), agressividade, diminuição do controle dos impulsos, indecisão, irritabilidade, abuso de substância psicoativa, comportamentos anti-sociais, desconforto durante a manhã, pensamentos com conteúdo depressivo, e fatores hereditários relacionados ao suicídio (depressão e alcoolismo).

Uma quarta hipótese é a teoria da socialização. Ela sugere que tanto os homens, como as mulheres, tendem a adotar comportamentos autodestrutivos que são congruentes com seus papéis culturais (Wilson, 1981; Mòsciki, 1994; Canetto e Sakinovsky, 1998; Cheng e Lee, 2000; Kerkhof, 2000). Por exemplo, Canetto (1991) sugere que nos Estados Unidos da América o abuso de álcool no sexo masculino poderia ser uma alternativa à “tentativa de suicídio”, já que existe um estigma associado à tentativa de suicídio não fatal, em especial à que se dá por auto-envenenamento, que é vista como um comportamento mais feminino. Portanto, o suicídio seria visto entre os homens como uma alternativa mais aceitável que uma tentativa de suicídio, que tem uma conotação mais feminina. E mesmo que a tentativa de suicídio seja repudiada entre o sexo feminino, ainda assim, ela seria “mais aceitável”, julgada de forma menos pejorativa que o suicídio.

Anteriormente, Wilson (1981) em uma análise sobre as diferenças entre homens e mulheres em relação ao comportamento suicida, atribuiu parte dessas diferenças ao método letal utilizado. Mas, de uma forma geral, defende que as mulheres matam-se menos do que os homens pela natureza de seu papel social: mais difuso, com um padrão de sucesso e fracasso menos definido que o do sexo oposto. Com isso, o sexo feminino teria menor freqüência de fatores precipitantes, pois mesmo que uma área de investimento afetivo seja comprometida, existiriam outros envolvimento, relacionados ao papel social, que permaneceriam

funcionando e proporcionando recompensas. Wilson (1981) defende que os maiores índices de tentativa de suicídio entre as mulheres também estariam relacionados ao papel social ocupado na sociedade. A tentativa de suicídio funcionaria como um pedido de ajuda ou para que se considere a situação da vítima, diante de dificuldades com as quais não consegue lidar.

Na obra “História do Suicídio – a sociedade ocidental perante a morte voluntária”, Georges Minois (1998), traça um panorama de como o suicídio era visto ao longo das diferentes épocas, e quais as discussões provocadas em cada período histórico. Apesar de ser um importante livro sobre o suicídio, ele não chega a avaliar os significados contidos em cada um desses períodos e também não aborda a questão do gênero. Ao perceber a ausência de interpretações na obra de Minois, Brown (2001) resolveu ir além, no livro “*The Art of Suicide*”, e investigou como o ato suicida tem sido descrito, interpretado e construído através de imagens da Antiguidade Clássica ao século XX, também no Ocidente, principalmente na Europa. Essas imagens foram analisadas nos seus contextos sociais e filosóficos, tentando estabelecer uma maior compreensão dos “significados” dos suicídios. Ao longo da análise surge a questão do gênero em intensidade diferente, dependendo do período.

Na antiguidade, por exemplo, o suicídio era representado principalmente em imagens masculinas, e existia uma ligação do método utilizado com o motivo. Se o método era considerado um mau método, ele sugeria que o motivo também o era. Por exemplo, a espada tinha uma conotação heróica, logo, o suicídio com uma espada indicava uma forma honrosa de retornar à terra. Porém, o suicídio com uma corda deixava o corpo pendurado entre o céu e a terra, portanto o enforcamento era visto como uma morte inadequada e associada a um motivo ruim. Um exemplo dessa representação é a morte de Jocasta, na versão de Sófocles, que morre enforcada, como penalidade pelo incesto. O motivo do suicídio teria sido a vergonha diante da consciência da ocorrência do incesto (Brown, 2001).

O pequeno número de imagens femininas em suicídios da Antiguidade pode indicar um status da mulher de então, semelhante ao dos excluídos; pessoas comuns, soldados, escravos, plebeus, que não eram representados e que não tinham propriedades de terra. O maior poder dos homens nessa época parece exercer um efeito no direito à vida e à morte. Os suicídios geralmente eram embutidos de uma conotação heróica e os métodos utilizados eram na maioria das vezes violentos (Brown, 2001).

Com o passar dos tempos, e com a maior influência da igreja, o suicídio passou a ser estigmatizado, visto como um crime. No século XVIII ocorreu uma proliferação de imagens de mulheres suicidas. A fascinação dos artistas masculinos pelas mortes de belas mulheres fica evidente e surge uma associação do suicídio com fraqueza. Nesse período, as mulheres são vistas como vítimas e pecadoras, com imagens carregadas de romantismo. Até os suicídios masculinos representados eram carregados de feminilidade (Brown, 2001).

A partir da metade do século XIX, os suicídios foram relacionados a problemas mentais e isso se tornou um fenômeno moderno. A associação de suicídio com sensibilidade e instabilidade mental foi ligada às mulheres, à feminilidade. A motivação era associada à doença, fraqueza, e desintegração do eu (*self*). Somente no século XX o suicídio passou a ser representado com ambigüidade (Brown, 2001). As representações artísticas servem para dar uma noção das características culturais de cada época, e, apesar de ser limitada ao ocidente, de uma forma geral, chama a atenção para os aspectos culturais que podem estar envolvidos no comportamento suicida.

Andriolo (1998), em uma análise sobre suicídios do ponto de vista cultural chegou à conclusão de que existem várias formas de suicídio aceitas socialmente em diferentes culturas. Em algumas sociedades indígenas na Amazônia e em sociedades muçulmanas no Sudeste Asiático existe o que a autora denominou *suicídio mascarado*. Nessa forma de suicídio, o indivíduo encontra uma situação em que a chance de ser morto por outros é muito grande. Seu comportamento segue um modelo cultural, pelo qual o indivíduo comunica

seu desejo de morte. Embora a morte seja interpretada como um ato de bravura, é claramente distinta das outras formas de suicídio. Sendo assim, nesse “suicídio disfarçado” as normas sociais não são quebradas, sabe-se o que acontece e isso funciona como uma forma alternativa de partida. Nas sociedades guerreiras, os homens são considerados superiores e mais valiosos que as mulheres. A morte em batalhas deve ser glorificada para assegurar um contínuo suprimento de jovens guerreiros. Petrovich et al. (2001), observaram que em períodos de guerra e luta entre povos as taxas oficiais de suicídio costumam cair.

Algumas sociedades também oferecerem uma forma nobre de suicídio para as mulheres, como o *sati*¹ na Índia, e o suicídio para manter a honra na Roma antiga e no início da sociedade Cristã. Contudo, os dados sugerem que estes atos somente são considerados nobres quando servem aos interesses de uma segunda parte. Portanto, nesse tipo de sociedade, os atos masculinos e femininos em relação ao suicídio são vistos de forma dicotômica, relacionados, respectivamente, com força e fraqueza (Andriolo, 1998).

Na Índia, Tousignant et al. (1998) perceberam que apesar de as taxas de suicídios serem semelhantes entre homens e mulheres, os motivos atribuídos a eles são significativamente diferentes. A população, em geral, culpa as mulheres e tende a simpatizar com os suicídios masculinos. Mesmo que o comportamento do marido tenha originado o problema que contribuiu para o suicídio, a culpa ainda recai sobre a esposa.

Khan e Reza (1998) fizeram um estudo na maior cidade do Paquistão, a partir dos registros de todos os casos de tentativa de suicídio que chegaram ao hospital universitário, no período de 1989 a 1995. Obtiveram 447 casos, a maioria das tentativas de suicídio foi feita por mulheres jovens e casadas, na razão de 4:1 (mulheres:homens). O principal motivo descrito para a tentativa de suicídio foi problema de relacionamento com o cônjuge e/ou parentes, significativamente maior entre o sexo feminino. Aqui, a hipótese levantada foi de que a sociedade e

¹ No *sati* a viúva parte para a auto-imolação ao se atirar para morrer na pira funerária do marido.

os aspectos culturais também exerçam um papel importante, funcionando como fator estressor para o sexo feminino, através da discriminação social, econômica e legal. Tudo isso serve para exemplificar o importante papel que a cultura exerce em relação ao comportamento suicida.

Apesar de o paradoxo do gênero ser observado na maioria dos países, em alguns locais, como Índia, Singapura, Hong Kong, Kuwait e Japão, as taxas de suicídio entre homens e mulheres são semelhantes (Tousignant et al., 1998; Cheng e Lee, 2000; Yip, 2001). No Sri Lanka, Marecek (1998) percebeu que apesar dos altos índices de suicídio, de um modo geral, as diferenças entre os sexos, têm diminuído ao longo dos anos. Ainda não se tem uma explicação para essa mudança.

Mesmo com essa semelhança nas taxas de suicídio entre os sexos nos países citados acima, ou a uma tendência na aproximação desses índices, existe uma exceção marcante, a China, que sempre chamou a atenção nas pesquisas por possuir taxas de suicídio cerca de três vezes maior entre o sexo feminino quando comparado ao sexo masculino (Cantor, 2000). No meio rural chinês, Phillips et al. (2002a) observaram que ambos os sexos possuem altas taxas de suicídio, representando a quarta causa de morte entre as mulheres e a oitava entre os homens. Contudo, na região urbana, o suicídio representa, respectivamente, a décima segunda e décima quarta causa de morte. Essa chamativa diferença entre os sexos nos índices de suicídio ocorre em virtude das altíssimas taxas de suicídio entre mulheres jovens do meio rural. Com essa importante diferença entre rural versus urbano que acontece na China, suspeita-se que a letalidade do método mais usado nas tentativas de suicídio (ingestão de pesticidas), a falta de pessoal treinado no tratamento dessas intoxicações e o difícil acesso para se obter o tratamento, resulte em maiores taxas de mortalidade entre pessoas que agem impulsivamente (Phillips et al., 2002a).

Em outro estudo, de caso-controle, também realizado por Phillips et al. (2002b), que usou autópsia psicológica em várias regiões da China, encontraram-se fatores de risco semelhantes entre a população chinesa e de

outros países. Chamou a atenção a menor frequência de transtornos mentais (63%) naqueles que cometeram o suicídio quando comparados a outras pesquisas internacionais desse mesmo tipo, onde essa taxa costuma ser elevada, em torno de 90%. Os autores levantaram a hipótese de suicídios impulsivos, com baixa intencionalidade e verificaram a importância de eventos estressores agudos como desencadeadores dos atos impulsivos que, conseqüentemente, podem levar ao suicídio.

Mesmo levando em consideração alguns problemas específicos enfrentados pelos chineses, especialmente na população rural, como a pressão dos programas para controle de natalidade, o maior número de abortos e a preferência por filhos homens, Phillips et al. (2002b) não obtiveram diferença significativa entre os casos de suicídio e os controles. Esses problemas enfrentados também não fizeram parte dos eventos negativos mais citados entre os dois grupos: dificuldades financeiras e doença grave ou incapacitante. O que foi destaque entre os que se suicidaram foi ter vivido grave evento estressante nos dois dias que precederam o suicídio. Esses eventos foram, na maior parte dos casos, conflitos interpessoais intensos.

No caso da China, não só o suicídio, mas a ideação suicida é também mais freqüente entre o sexo feminino, principalmente no meio rural, independente da etnia, ocupação ou nível educacional (He e Lester, 2001). Esse achado adiciona maior complexidade à questão chinesa, que, assim como outros países em desenvolvimento, ainda é deficiente em pesquisas nessa área.

Em relação às tentativas de suicídio, um estudo realizado pela Organização Mundial da Saúde, em colaboração com 16 centros de pesquisa, em 13 países da Europa (WHO/EURO), observou-se que somente em Helsinque (Finlândia), os homens tiveram maior número de tentativas de suicídio que as mulheres, numa proporção de 1,5:1 em indivíduos acima dos 15 anos de idade. Um outro estudo de seguimento realizado no mesmo local, por Suominen et al. (2004c), mostrou que após 37 anos de seguimento, a mortalidade entre os homens que haviam tentado o suicídio era significativamente maior.

Gibb et al. (2005), seguiram por 10 anos 3.690 indivíduos que tentaram o suicídio e foram atendidos em um hospital. Verificaram que o risco de uma nova tentativa de suicídio era de 28,1% e a mortalidade por suicídio de 4,6%. O risco de readmissão por tentativa de suicídio foi mais alto entre o sexo feminino e após uma tentativa com método de baixa letalidade. O risco de morte por suicídio permaneceu mais alto entre o sexo masculino e naqueles que deram entrada com método de maior letalidade. Sabe-se que os homens tendem a usar métodos mais violentos tanto em suicídios quanto em atos auto-lesivos (Hawton, 2000; Skogman et al., 2004).

Após estudo sobre o comportamento violento de homens e mulheres internados em unidades psiquiátricas, Krakowski e Czobor (2004), mostraram que apesar de as mulheres apresentarem comportamento violento e agressividade com mais frequência no início da internação, isso logo diminui. Entretanto, os atos de violência dos homens resultavam em lesões mais graves e eles possuíam mais episódios de violência física na comunidade quando comparados às mulheres. Uma proporção significativamente maior de homens apresentou história de faltas à escola, crime não-violento e abuso de substância psicoativa.

Fatores estressores, como problemas econômicos, de saúde ou empregatício, possuem um papel mais importante em homens que em mulheres (Khan e Reza, 1998; Taylor et al., 1998; Qin et al., 2000). Outros fatores, de acordo com Qin et al. (2000), que apresentaram uma forte associação com o sexo foram: história de hospitalização psiquiátrica, mais frequentemente observada entre mulheres, aumentando o risco de suicídio, e ter um filho com menos de 2 anos de idade, que funcionou como fator protetor entre as mulheres.

Lester (2001) percebeu que variações econômicas não afetavam as taxas de suicídio entre as mulheres. Em um estudo ecológico sul-africano, de Burrows e Laflamme (2005), mudanças políticas, como o fim do apartheid, parecem ter influenciado as taxas de suicídio de homens negros e brancos, estes com maiores taxas.

Zhang et al. (2005), em um estudo populacional com 7.968 adultos entre 17 e 39 anos, observaram que uma auto-avaliação ruim, em relação ao próprio estado de saúde, no sexo feminino, estava fortemente associada a um maior risco de comportamento suicida.

Diferenças entre os sexos relacionadas ao suicídio são vistas já na adolescência. Fennig et al. (2005), em uma amostra de 404 adolescentes internados e divididos em quatro grupos, homens com (76) e sem (103) tentativa de suicídio, mulheres com (143) e sem (82) tentativa de suicídio, utilizou instrumentos padronizados e encontrou maior prevalência de sintomas depressivos e ansiosos naqueles que tentaram o suicídio. A agressividade, a raiva, o comportamento destrutivo, a impulsividade e o comportamento anti-social estavam associados ao comportamento suicida, sendo que este último foi mais prevalente entre os homens. A percepção de morte era mais agradável e menos definitiva entre os que haviam feito tentativa de suicídio. O sexo masculino percebeu a morte como menos definitiva que o feminino. Os homens que tentaram o suicídio usaram mais a repressão, como mecanismo de defesa, enquanto as mulheres usaram mais a formação reativa.

Howard e Wang (2005) observaram que história de abuso sexual entre as adolescentes está relacionada a um maior número de tentativas de suicídio, bem como andar armado o está entre os meninos adolescentes. Entre as vítimas femininas, o abuso sexual foi associado à maior frequência de ideação suicida, brigas, tabagismo, uso de álcool e drogas. Ter sofrido abuso sexual na infância associou-se mais fortemente do que um diagnóstico de transtorno de personalidade borderline, ao longo de sete anos, com ideação suicida persistente e repetição nas tentativas de suicídio (Soderberg et al, 2004).

Outros estudos com adolescentes mostraram que aqueles com famílias adotivas possuíam maiores taxas de ideação suicida, destacando assim a importância da estrutura familiar ao longo do desenvolvimento. Desesperança, depressão, não conhecer o pai, história de uso de álcool, brigas e agressões na

família também mostraram associação com o risco de suicídio (Ali, 2005; Larosa et al, 2005).

Em vista do que foi exposto, há bastante tempo se observam diferenças entre homens e mulheres quanto ao comportamento suicida, principalmente no ocidente. Essas diferenças, apesar de não totalmente compreendidas ou explicadas, podem ser um reflexo da interação dos diversos fatores de risco e de proteção que influenciam diferentemente cada um dos sexos.

1.3- Comportamento suicida e diferenças entre os sexos na América do Sul e no Brasil

Seguindo a tendência observada em países desenvolvidos, observou-se um aumento no número de suicídios na faixa etária mais jovem nos seguintes países da América do Sul: Uruguai, Argentina, Chile, Brasil, Colômbia e Venezuela (Abbinante et al, 1995; Lucero, 1998; Arie, 2002; Kirschbaum et al., 2002; Lopez, 2002; Sánchez et al., 2002b; Barros et al., 2004; Mello-Santos et al., 2005).

Um estudo de Lucero et al. (2003), em Montevidéu, no Uruguai, comparou pessoas que tentaram o suicídio (82) com aquelas que se suicidaram (80), entre os anos 2000 e 2001, utilizando a autópsia psicológica e entrevista psiquiátrica. Entre os que cometeram suicídio predominou o sexo masculino 2,1:1 em relação ao sexo feminino. No grupo com tentativa de suicídio houve predomínio do sexo feminino 1,4:1. Dentre os que se suicidaram, 51% relataram pelo menos uma tentativa de suicídio prévia, sendo que 17,5% fizeram tentativas de suicídio cada vez mais graves ao longo do tempo. No grupo com tentativa de suicídio, 26% tinham pelo menos uma tentativa anterior. Os métodos mais utilizados nas tentativas de suicídio foram: uso de medicamentos (60%), venenos (15%) e lesões provocadas por objetos cortantes (11%). Entre os homens que se suicidaram o principal método usado foi arma de fogo, seguido de enforcamento. Porém entre as mulheres suicidas não houve um método predominante, com

distribuição semelhante quanto ao uso de arma de fogo (25%), enforcamento (22%), queda de altura (20%), ingestão de medicação (14%). Noventa por cento dos suicidas tiveram sintomas psiquiátricos e em 67% deles, um diagnóstico psiquiátrico pode ser feito. Predominou o diagnóstico de transtorno depressivo (53%) entre os que faleceram.

No grupo dos que tentaram o suicídio, 51% tiveram o diagnóstico de transtorno depressivo e 18,3% de transtorno de adaptação com sintomas depressivos e ansiosos. Antes do estudo, 72% dos suicidas já tinham pelo menos um diagnóstico psiquiátrico, contrastando com somente 10% dos que tentaram o suicídio. Quanto ao uso de substância psicoativa, predominou o consumo de álcool em 52,6% dos que morreram e em 19,5% dos que tentaram o suicídio. Em relação aos antecedentes familiares, os principais em ambos os grupos foram doença psiquiátrica e alcoolismo (Lucero et al., 2003).

Apesar de ainda serem poucas as pesquisas sobre tentativas de suicídio em países em desenvolvimento, um estudo de Sánchez et al. (2002b), realizado com 197 estudantes universitários em Bogotá, Colômbia, encontrou uma prevalência de 4,4% de ideação suicida no momento da entrevista e de 13% no último ano. Os pensamentos sobre suicídio no último ano foram mais freqüentes em mulheres (19,3% versus 7,7%, $p = 0,016$). História de abuso infantil estava relacionada à maior incidência de transtornos psiquiátricos e à ideação suicida.

Em um estudo brasileiro, Souza et al. (2002) avaliaram o suicídio de adolescentes examinando taxas de mortalidade nas principais capitais brasileiras. Ao longo de alguns anos, que incluiu três décadas diferentes, verificou-se que a taxa de suicídio entre o sexo masculino, no período de 1979 a 1998, sempre foi superior à do feminino, com um aumento desta proporção nos últimos anos. As razões entre o suicídio masculino e feminino foram: 1,6 em 1979; 2,9 em 1985; 3,1 em 1990; 3,6 em 1995 e 2,7 em 1998.

Rodrigues e Werneck, em 2005, analisaram as taxas de suicídio no Rio de Janeiro no período de 1979 a 1998 utilizando o sistema de informações sobre mortalidade do Brasil, ou seja, dados oficiais. Apesar das maiores taxas de

suicídio entre os homens quando comparados às mulheres, as tendências de aumento ao longo dos anos foram semelhantes. Entre os anos de 1991 e 1992 houve uma queda nas taxas de suicídio e depois se verificou um novo aumento, principalmente entre o sexo masculino. Entretanto, os autores levantaram a hipótese que essa queda nas taxas de mortalidade por suicídio entre 1991 e 1992, pode ter sido resultado da sub-notificação, pois muitas mortes foram classificadas como indeterminadas. Apesar dos esforços feitos para melhorar as notificações, os registros oficiais sobre o suicídio, provavelmente, ainda são subestimados.

Outro estudo, realizado nas regiões de Jundiaí e São José do Rio Preto (SP), entre os anos de 1980 e 1995, com base nos dados obtidos nos Institutos Médico-Legais e nos Institutos de Criminalística locais, o suicídio predominou entre os homens e adulto-jovens (Paulete-Vanrell et al., 1996). A faixa etária dos 20 aos 40 anos compreendeu a maioria dos suicídios, que diminuíram com o aumento da idade. Para cada suicídio feminino existiram aproximadamente dois masculinos. O estado civil predominante foi o casado (46%), seguido do solteiro em 35% dos casos. Foram observadas diferenças significativas entre os métodos usados nos suicídios nas Regiões de Jundiaí e São José do Rio Preto. Na primeira região o enforcamento ocupou o primeiro lugar, seguido pelos ferimentos por projétil de arma de fogo e por intoxicações. Contrariamente, na segunda Região, a seqüência encontrada foi, exatamente a inversa, isto é: intoxicação, lesões por projétil de arma de fogo e enforcamento. Não foram verificadas se existiam diferenças entre os sexos quanto ao método utilizado no suicídio.

Marin-León e Barros (2003) encontraram maior mortalidade entre os homens, 2,7 vezes maior que a feminina, de acordo com os dados oficiais do banco de dados de óbito de Campinas. Ao longo do período analisado, de 1976 a 2001, houve uma diminuição nas taxas de suicídio entre os idosos e um aumento no grupo adulto entre 35 e 54 anos. Os métodos mais usados nos suicídios foram: enforcamento (36%) e armas de fogo (32%), entre o sexo masculino; envenenamento (24%), seguido por armas de fogo (21%) e enforcamento (21%), entre o sexo feminino. Verificou-se que o local de óbito predominante dependeu

do meio utilizado. As mortes por enforcamentos ocorreram predominantemente no domicílio (75,7%); apenas 12,9% chegaram ao hospital. Nas mortes por armas de fogo, 46,8% aconteceram no domicílio, enquanto 50% foram levados ao atendimento hospitalar, onde faleceram. Já nos envenenamentos, apenas 25% morreram no domicílio; predominou a morte no hospital (70,8%), enquanto recebia atendimento.

Pietro e Tavares (2005) fizeram uma revisão recente sobre fatores de risco para o suicídio e para tentativas de suicídio com dados somente do Brasil. Nessa revisão observou-se a influência do sexo novamente. Em todos os estudos analisados, as maiores taxas de suicídio foram observadas no sexo masculino, enquanto as mulheres apareciam como a maioria quando eram avaliadas as tentativas de suicídio.

Cassorla (1984a, 1984b) foi um dos pioneiros a estudar grupos com tentativas de suicídio. Em 1984, com uma amostra de adolescentes e em um estudo de caso-controle, apontou a maior frequência de tentativas de suicídio entre as mulheres. Encontrou também maior abuso de álcool entre os que tentaram o suicídio. Em 1987, Cassorla discutiu os aspectos psicodinâmicos envolvidos nas tentativas femininas, sugerindo uma tendência à repetição. Descreveu uma “carreira” na qual incorriam mulheres oriundas de famílias desestruturadas que propiciavam pouca vinculação afetiva ou modelos de identificação (Cassorla, 1987; Cassorla, 1991). Segundo Cassorla (1991), as primeiras tentativas de suicídio ocorreriam na adolescência; período de recrudescimento do complexo de Édipo que em estruturas egóicas frágeis levaria essas jovens a buscarem relações simbióticas com seus parceiros. Qualquer ameaça de ruptura nessas relações seria sentida, subjetivamente, como uma possibilidade de desintegração/aniquilamento, daí a tentativa de suicídio como recurso desesperado para manter tais relações.

Uma pesquisa de Teixeira e Luis (1997), realizada no período de 1988 a 1993, com adolescentes, em um centro de atendimento de urgências psiquiátricas de Ribeirão Preto, observou que no sexo feminino, o suicídio e as

lesões auto-infligidas estavam entre as principais causas de atendimento, enquanto que no sexo masculino sobressaíram-se os quadros relacionados ao álcool e a drogas.

Feijó et al. (1996) ao descreverem um perfil dos jovens que tentam o suicídio, observaram um predomínio do sexo feminino, na etapa intermediária da adolescência (15 a 17 anos), sendo a intoxicação o método mais utilizado.

Em um estudo com adolescentes grávidas realizado em Piracicaba (SP), Freitas e Botega (2002) detectaram uma elevada prevalência de ideação suicida e de história de tentativa de suicídio. Cerca de 14% dessas adolescentes já tinham tentado o suicídio pelo menos uma vez e 17% tinham ideação suicida no momento em que a entrevista foi feita. A ideação suicida apresentou associação estatisticamente significativa com depressão, ansiedade, baixo apoio social e estado civil solteira. Esse resultado reforça a associação entre transtorno mental e comportamento suicida, assim como a interação com fatores sociais.

Rapelli e Botega (2005), em uma análise de pacientes internados por tentativas de suicídio, conseguiram determinar três grupos distintos. O primeiro, com predomínio de mulheres, englobou as tentativas de suicídio com maior impulsividade, menor intencionalidade e menor letalidade. Nos outros dois grupos predominaram os homens, com graus de intencionalidade e letalidade moderado e alto, respectivamente. Entre os internados por tentativa de suicídio grave, predominaram os homens, que tiveram maior intencionalidade suicida, solicitaram menos ajuda após a tentativa, prepararam-se com mais detalhes e acreditavam mais no poder letal do método escolhido, em um ato menos impulsivo do que o das mulheres (Rapeli e Botega, 1998).

Cais (2006), em dissertação de mestrado, derivada do projeto SUPRE-MISS, comparou 102 indivíduos que tentaram o suicídio pela primeira vez com 61 indivíduos que tiveram pelo menos três tentativas prévias, denominados “repetidores”. Encontrou-se uma maior prevalência de mulheres entre os “repetidores”, com uma chance 4,2 vezes maior de repetir tentativas de suicídio do

que um homem. Os resultados da análise multivariada: sexo, idade (maior risco entre 25-44 anos), situação empregatícia (pior nos repetidores) e disfunção no desempenho dos papéis sociais (pior desempenho nos repetidores), reforçam a influência de vários fatores na repetição da tentativa de suicídio.

Freitas (2007), em dissertação de doutorado, realizou estudo caso-controle com adolescentes grávidas e não-grávidas sobre o comportamento suicida na cidade de Piracicaba. Observou-se que as adolescentes grávidas são diferentes das adolescentes que nunca engravidaram da mesma idade e área de moradia, principalmente na história de vida e nos indicadores de saúde mental. O estudo mostrou uma associação entre o comportamento suicida e a gravidez na adolescência, sendo que a prevalência de tentativa de suicídio anterior entre as adolescentes grávidas foi 3,5 vezes maior que a do grupo-controle. Na semana anterior à entrevista, as adolescentes grávidas tiveram uma frequência maior de ideação suicida (16,3% vs 9%), porém não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p=0,10$). A presença de ideação suicida esteve associada à desesperança, à ansiedade e à tentativa de suicídio, revelando ser esta uma variável importante para identificar sofrimento mental e grupos de risco para a tentativa de suicídio.

Sendo assim, as principais informações existentes na literatura sobre as diferenças entre os sexos quanto ao comportamento suicida são as seguintes: o sexo feminino predomina nas tentativas de suicídio, porém, uma maior proporção do sexo masculino se suicida. A gestação e os anos próximos a ela funcionam como um fator de proteção para o comportamento suicida no sexo feminino. No sexo masculino, as situações empregatícia, econômica e política exercem maior influência do que no sexo feminino. Abuso sexual, principalmente na infância e entre o sexo feminino, está fortemente associado à tentativa de suicídio. Comportamento agressivo e anti-social predominam entre os homens com comportamento suicida. Há maior prevalência de depressão nas mulheres e de abuso de álcool nos homens que manifestam comportamento suicida. Há um

predomínio, no sexo masculino, de métodos mais violentos nas tentativas de suicídio e no suicídio.

Em relação aos dados nacionais, não existem estudos sobre as diferenças entre os sexos especificamente quanto ao comportamento suicida, mas já se observou uma clara diferença, que é vista em praticamente todo o ocidente, em que predominam as tentativas de suicídio entre o sexo feminino e o suicídio entre o sexo masculino.

Apesar de tudo o que foi exposto, ainda faltam informações sobre o comportamento suicida, principalmente nos países em desenvolvimento, como o Brasil. À medida que se avança na sua compreensão, mais medidas de prevenção podem ser desenvolvidas e adotadas.

1.4- Estudo multicêntrico de intervenção no comportamento suicida (SUPRE-MISS)

Este mestrado deriva-se de uma parte do programa SUPRE (*Suicide Prevention*) realizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que inclui uma série de ações com a finalidade de reduzir o impacto da morbi-mortalidade do comportamento suicida.

Dentro deste programa de prevenção encontra-se o **Estudo Multicêntrico de Intervenção no Comportamento Suicida (*Suicide Prevention – Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviors / SUPRE-MISS*)**, que foi realizado no intuito de desenvolver métodos para o estudo do comportamento suicida em diferentes contextos, avaliar estratégias de tratamento e estabelecer bases científicas para futuras pesquisas (WHO, 2000; Bertolote et al., 2005). Trata-se de um projeto transcultural realizado em oito países (Brasil, Estônia, Índia, Irã, China, África do Sul, Sri Lanka e Vietnã) dentro de uma iniciativa destinada à prevenção do suicídio, com a supervisão científica do *Australian Institute for Suicide Research and Prevention, Griffith University, Brisbane*,

Australia, e do National Centre for Suicide Research and Prevention of Mental Health, Karolinska Institute, Stocolmo, Suécia.

Além de um estudo de intervenção, a partir de casos que demandaram atendimento emergencial (Fleischmann et al., 2005), outra fase do estudo deteve-se na investigação do comportamento suicida na população, com questões relacionadas a pensamento, planejamento e tentativas de suicídio nas diferentes comunidades estudadas (Bertolote et al., 2005; Botega et al., 2005). Também faz parte do projeto SUPRE-MISS uma descrição das características sócio-culturais dessas comunidades.

Os primeiros dados globais contendo informações coletadas nos países participantes e alguns dados nacionais do inquérito populacional já foram publicados (Bertolote et al., 2005; Fleischmann et al., 2005). O projeto SUPRE-MISS realizou-se, no Brasil, no Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP.

O SUPRE-MISS compreendeu três sub-projetos. O primeiro, **estudo de intervenção**, avaliou características do comportamento suicida e estratégias de tratamento por meio de um estudo clínico randomizado em centros de atendimento de emergência em uma área definida. Os indivíduos que deram entrada no pronto socorro do HC-UNICAMP por tentativa de suicídio, entre outubro de 2002 e agosto de 2004, foram entrevistados por meio de um questionário estruturado (Anexo 1) que coletava diversos dados, entre eles: sócio-demográficos, informações a respeito do método e condições de execução da tentativa de suicídio, dados a respeito de intencionalidade, histórico e descrição de tentativas anteriores, eventos estressantes, dados de saúde física, histórico de tratamento e internações psiquiátricas, problemáticas mais relevantes no último ano, antecedentes e padrão de uso atual de álcool e drogas, Índice de Bem-Estar (WHO, 1998), Inventário de Depressão (Beck e Steer, 1993), Escala de Traços de Raiva (Spilberger e Biaggio, 1994), Escala de Apoio Social (Bille-Brahe, 1999), antecedentes de comportamento anti-social e Escala de Disfunção em Papéis Sociais (WHO, 1988; Chaves et al., 1990).

A partir da concordância em participar do estudo, os pacientes foram divididos, aleatoriamente, em dois grupos: a) tratamento usual, no qual os sujeitos foram encaminhados para o seguimento clínico habitual; b) intervenção breve, no qual, além do encaminhamento para o seguimento usual, o paciente passava por uma entrevista motivacional, de aproximadamente 60 minutos, e por contatos posteriores (telefonemas ou visitas domiciliares) na 1^a, 2^a, 4^a, 7^a e 11^a semanas e no 4^o, 6^o, 12^o e 18^o mês após a tentativa de suicídio. Além disso, esse grupo recebia, na entrevista motivacional, uma brochura contendo uma série de telefones de serviços de saúde e instruções de como entrar em contato com os mesmos e com a equipe do estudo. O intuito maior dessa intervenção foi favorecer a adesão ao tratamento e evitar o comportamento suicida futuro. O perfil dos pacientes que integraram esse estudo, nos oito países participantes, já se encontra publicado (Fleischmann et al., 2005). O seguimento dos dois grupos já foi finalizado, e os dados estão em vias de publicação.

O segundo sub-projeto do SUPRE-MISS foi o **inquérito populacional** para identificar ideação e comportamento suicida na comunidade: 515 indivíduos da população urbana de Campinas, com idade igual ou superior a 14 anos, foram aleatoriamente selecionados e entrevistados. Os primeiros dados globais contendo informações coletadas nos oito países participantes já foram publicados (Bertolote et al., 2005), bem como os dados brasileiros (Botega et al., 2005; Silva et al., 2006).

Por fim, a **descrição da comunidade**, o terceiro sub-projeto, envolveu a descrição de aspectos socioculturais, antropológicos e sociodemográficos da comunidade envolvida na pesquisa.

O projeto SUPRE-MISS encontra-se acessível no seguinte endereço eletrônico: http://www.who.int/mental_health/media/en/64.pdf

Este estudo avaliará as características dos indivíduos incluídos no estudo de intervenção do centro brasileiro participante do SUPRE-MISS, comparando-os segundo o sexo.

2- OBJETIVOS

Geral

Este estudo tem como objetivo geral descrever as principais características das pessoas que tentaram o suicídio e que foram atendidas em um serviço hospitalar de emergência.

Específico

O objetivo específico é identificar se existem diferenças significativas entre os sexos nas seguintes variáveis:

- Sociodemográficas: faixa etária, situação conjugal, escolaridade, situação empregatícia, religiosidade;
- Psicossociais: apoio social, bem estar geral, disfuncionalidade no desempenho dos papéis sociais, utilização de serviços de assistência médica, história de maus tratos e de abuso sexual;
- Clínicas: letalidade, intencionalidade, método usado na tentativa de suicídio, diagnóstico psiquiátrico, grau de depressão, traços de raiva, tratamento psiquiátrico, nível de envolvimento com substâncias psicoativas, comportamento anti-social.

3- MÉTODO

3.1- Local e delineamento do estudo

Esse é um estudo observacional seccional, sub-projeto do Estudo Multicêntrico de Intervenção no Comportamento Suicida (SUPRE-MISS), que avaliou o perfil clínico e demográfico de indivíduos que tentaram o suicídio e foram atendidos em um serviço hospitalar de emergência, entre outubro de 2002 e agosto de 2004. Essa estratégia foi adotada porque permite conhecer de que maneira características de interesse se distribuem em determinada população, nesse caso, os que tentaram o suicídio e chegaram ao HC UNICAMP.

Com esse tipo de delineamento é possível obter estimativas populacionais, como prevalências instantâneas e médias, ou levantar hipóteses etiológicas.

O HC UNICAMP é um hospital geral terciário, público, que realizou no ano de 2006 cerca de 249.000 consultas ambulatoriais, 13.600 internações e 13.290 cirurgias. Apesar de sua estrutura com 403 leitos, atualmente, 376 estão ativos. O Pronto Socorro atende aproximadamente 80.000 consultas por ano e conta com psiquiatra de plantão *in loco* 24 horas por dia.

3.2- Sujeitos

Para que um ato de auto-agressão fosse considerado como tentativa de suicídio, o indivíduo teria que afirmar que tinha consciência de que seu ato poderia ter posto sua vida em risco, mesmo quando executado com ambivalência, definição de Asberg et al. (1976).

3.2.1- Critérios de inclusão

- dar entrada no Pronto Socorro do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (PS HC UNICAMP) por tentativa de suicídio;
- idade mínima de 14 anos;
- consentir em participar do estudo.

3.2.2- Critérios de exclusão

- idade menor que 14 anos;
- incapacidade em responder ao questionário.

3.3- Tamanho da amostra

O tamanho amostral foi determinado pelo encerramento da captação de casos no projeto SUPRE-MISS: foram 212 indivíduos, e não os 600 inicialmente planejados para o estudo de intervenção (Fleischmann et al., 2005). Por essa razão, para embasar a interpretação dos resultados obtidos no presente estudo, procedeu-se ao cálculo do tamanho amostral *a posteriori*. Para tanto, tomou-se o “n” obtido como referencial, um poder estatístico ($1 - \beta$) de 85%, um nível de significância (α) de 0,05 e as diferenças entre sexos que já se mostravam nos resultados obtidos, a partir de cinco variáveis por nós definidas. As variáveis escolhidas foram: conseqüências físicas da tentativa de suicídio, tentativa de suicídio prévia, uso freqüente de álcool, tratamento psiquiátrico e depressão, essa última, avaliada pela escala de Beck de Depressão. O motivo da variável tentativa de suicídio prévia foi porque essa costuma ser uma das principais diferenças encontradas na maioria dos estudos que abordam a diferença entre os sexos no comportamento suicida. As outras variáveis escolhidas estão envolvidas nas principais teorias que tentam explicar essas diferenças encontradas entre os sexos.

Em pelo menos três variáveis de interesse (conseqüências físicas da tentativa de suicídio, existência de tentativa de suicídio anterior e uso freqüente de álcool) obteve-se o número mínimo de indivíduos, a partir do qual seriam observadas diferenças significativas entre os sexos. O cálculo foi feito levando-se em consideração uma proporção igual de homens e mulheres na amostra. Já para depressão e tratamento psiquiátrico, de acordo com o cálculo estatístico, seria necessária uma amostra maior do que a obtida para que fossem verificadas diferenças significativas entre homens e mulheres, em uma mesma proporção.

3.4- Instrumentos

Foi utilizado o questionário estruturado elaborado para o SUPRE-MISS, o qual foi baseado no *European Parasuicide Study Interview Schedule (EPSIS)*, usado no WHO/EURO estudo multicêntrico do comportamento suicida (Kerkhof et al., 1999) (Anexo 1). O questionário possui várias seções: sociodemográfica, histórico de comportamento suicida no indivíduo e na sua família, eventos estressantes, bem estar físico, contato com serviços de saúde e de saúde mental, questões relacionadas a suporte social, uso de substâncias psicoativas, desesperança, problemas com a justiça, comportamento anti-social, eventos traumáticos de vida, fatores desencadeantes recentes, alguns dados sobre o exame psicológico e diagnóstico psiquiátrico se possível, além de escalas psicométricas, entre as quais:

- a) Escala de Intencionalidade Suicida de Beck (Beck et al., 1979) (modificada) – avalia quantitativamente a intencionalidade suicida, através de 15 itens com pelo menos 3 alternativas cada, as quais correspondem a pontuações de 0 a 2 ou 0 a 3, de forma que o indivíduo pode pontuar entre 0 e 30 pontos. Os 15 itens se distribuem em 2 seções na Escala, a primeira seção (itens de 1 a 9) se refere às circunstâncias objetivas da tentativa de suicídio como:

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

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

1 – pensou em escrever uma carta ou bilhete.

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

A segunda seção se refere à subjetividade do paciente quando da tentativa de suicídio (pensamentos, sentimentos, etc.) como:

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

0 – Eu não quis morrer.

1 – Não me preocupei se iria morrer ou viver.

2 – Eu quis morrer.

As modificações feitas nessa escala, para o estudo multinacional, foram a retirada de três itens da segunda seção da escala. Portanto a gama de variação da pontuação total, neste estudo, foi de 0 a 27. Essa escala já foi utilizada em outros estudos brasileiros (Botega et al., 1995; Rapeli e Botega, 1998; Rapeli e Botega, 2005) e corresponde aos itens 5.1 a 5.12 do questionário SUPRE-MISS (em Anexo 1).

b) Inventário de Depressão de Beck (Beck e Steer, 1993; Gorenstein e Andrade, 1996) – avalia quantitativamente sintomas depressivos, através de 21 itens com 4 alternativas cada, com pontuações de 0 a 3, de forma que o indivíduo pode pontuar entre 0 e 63 pontos. Os 15 itens se distribuem em sintomas somáticos, sensações e alterações na cognição, com predomínio deste último. Essa escala já foi validada no Brasil por Gorenstein e Andrade em 1996.

c) Escala de Spielberger para Traço de Raiva (Spielberger et al., 1983) - avalia quantitativamente a percepção do indivíduo sobre a frequência que sente raiva no dia a dia e em situações específicas, através de 10 itens com 4 alternativas, que correspondem a pontuações de 1 a 4, de forma que o indivíduo pode pontuar entre 10 e 40 pontos. Esta escala já foi amplamente usada no Brasil (Spielberger e Biaggio, 1994).

- d) Escala de Apoio Social (Bille-Brahe et al., 1999) - avalia quantitativamente a percepção subjetiva da rede de apoio social, através de 4 seções distintas: a intensidade que o indivíduo sente **necessitar** de apoio pragmático e moral; a intensidade que o indivíduo sente **receber** apoio pragmático e moral; a intensidade que o indivíduo sente que os **outros** necessitam de receber apoio pragmático e moral dele; a intensidade que o indivíduo sente que **dá** apoio pragmático e moral aos outros. A avaliação é feita através de 4 itens por seção com 3 alternativas cada, as quais correspondem a pontuações de 0 a 2, de forma que o indivíduo pode pontuar entre 0 e 8 pontos em cada uma das seções da escala. Foi usada em nosso meio por Gaspari e Botega (2002).
- e) Índice de Bem-Estar da OMS - avalia quantitativamente a percepção subjetiva do indivíduo da frequência de uma série de sensações como: satisfação, calma, vigor, estar saudável, interesse. Possui 5 itens, com 6 alternativas cada, cuja pontuação pode variar de 0 a 5 nas alternativas. Portanto, o indivíduo pode pontuar entre 0 e 25 pontos (WHO, 1998; Heun et al., 1999; Bonsignore et al., 2001).
- f) Escala de Avaliação de Disfuncionalidade no Desempenho de Papéis Sociais da OMS - avaliação quantitativa, por parte do entrevistador, da disfunção em papéis como cuidar dos filhos, relacionar-se com o conjugue, agir em situações emergenciais e outros papéis sociais, através de 10 itens. Cada um com 6 alternativas que correspondem a pontuações de 0 a 5, de forma que o indivíduo pode pontuar entre 0 e 50 pontos. Já foi utilizada na população brasileira por Chaves et al. (1990) e Lima e Botega (2001).

3.5- Definição de variáveis

As variáveis a seguir foram criadas e utilizadas na comparação entre homens e mulheres.

A) ESCALAS PSICOMÉTRICAS

Para todas as escalas obteve-se a mediana e considerou-se positivo os valores acima dela, e negativos os valores abaixo.

Beck – Foi mensurada pelos 21 itens do Inventário de Depressão de Beck (do item 10.1 até item 10.22, excluindo-se o item 10.20 do questionário SUPRE-MISS).

Dar Apoio Social - A comparação dos dois grupos foi feita usando os itens da Escala de Apoio Social relacionados à percepção de **dar** apoio social (item 13.7.1 até 13.8.2) do questionário SUPRE-MISS. Compreendeu quatro questões, cada item pode variar de 0 a 2, portanto, pontuação total poderia variar de 0 a 8.

Receber Apoio Social – Foi comparado, entre homens e mulheres, a sensação de **receber** apoio social, utilizando-se itens da Escala de Apoio Social relacionados à percepção de receber apoio social (item 13.3 até 13.4) do questionário SUPRE-MISS. Cada questão poderia variar de 0 a 2, como eram quatro itens a pontuação total poderia variar de 0 a 8.

Família/amigos Necessitando de Apoio Social – Avaliou-se entre os grupos a percepção da **necessidade da família/amigos** de receber apoio do paciente. Foram usados os itens da Escala de Apoio Social relacionados à percepção da necessidade de apoio que família/amigos teriam (item 13.5.1 até 13.6.2) do questionário SUPRE-MISS. Para cada um dos quatro itens as respostas poderiam variar de 0 a 2 e a soma dos itens de 0 a 8.

Necessitar Apoio Social – Comparou-se a percepção da **necessidade de receber** apoio prático ou moral da família/amigos. Para tanto, foram usados os itens da Escala de Apoio Social relacionados à percepção da necessidade de

apoio (item 13.1.1 até 13.2.2) do questionário SUPRE-MISS. A soma dos quatro itens poderia variar de 0 a 8 e em cada item de 0 a 2.

Intencionalidade Suicida – Mensurada por 12 itens da Escala de Intencionalidade Suicida de Beck (item 5.1 até item 5.12 do questionário SUPRE-MISS).

Disfunção no Desempenho – Cada questão da Escala de Disfunção no Desempenho de Papel Social da OMS (item 15.1 até item 15.10 do questionário SUPRE-MISS) foi dicotomizada: os indivíduos com pontuação 0 ou 1 foram considerados “sem disfunção”, os que pontuaram acima disso (2 a 5) foram considerados “com disfunção”. Para análise do resultado total da escala, foram somados todos os itens “com disfunção”.

Raiva – Mensurada pelos 10 itens da Escala de Traços de Raiva de Spielberger (item 12.1 até item 12.10 do questionário SUPRE-MISS).

Bem Estar – Mensurada pelos 5 itens da Escala de Bem-Estar da Organização Mundial da Saúde (item 9.1 até item 9.5) do questionário SUPRE-MISS (anexo 1). Cada resposta a uma proposição pode variar de 0 a 5, sendo que os números mais altos indicam melhor bem-estar.

Por exemplo:

“Eu tenho me sentido satisfeito e de bom humor”

0 = em tempo algum

1 = algumas vezes

2 = menos do que a metade do tempo

3 = mais do que a metade do tempo

4 = na maioria do tempo

5 = todo o tempo

B) OUTRAS VARIÁVEIS CLÍNICAS

Conseqüências físicas e perigo de vida – O risco clínico gerado pela tentativa de suicídio foi avaliado pelo item 3.6 do questionário SUPRE-MISS.

Violência do Método – O item 3.5 do questionário SUPRE-MISS aplicou a classificação de método da tentativa de suicídio da Classificação Internacional de Doenças (CID-10, X60 até X84). Em seguida, nomearam-se métodos violentos de X70 (inclusive) a X84 (inclusive) e não-violentos os outros. Considerou-se método não-violento o auto-envenenamento de qualquer tipo e violento todas as auto-lesões intencionais; por enforcamento, uso de arma ou outros materiais.

Cuidado Médico Recebido - Considerou se o indivíduo teve que ser internado por motivos clínicos (não psiquiátricos) logo após a tentativa ou não, item 3.7 do questionário SUPRE-MISS.

Uso de álcool/drogas na tentativa atual – Foram usadas as respostas à questão 5.12 do questionário SUPRE-MISS para discriminar os indivíduos que não haviam ingerido álcool/drogas, ou ingeriram sem relação com a tentativa de suicídio, ou os que ingeriram o suficiente para a deterioração da capacidade de juízo e/ou facilitar a tentativa de suicídio.

Diagnóstico psiquiátrico – Foram usados os diagnósticos psiquiátricos registrados na ficha de atendimento do pronto-socorro. Esses diagnósticos foram feitos pelo psiquiatra de plantão que atendeu o paciente e depois codificados de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), item 7.24 do questionário SUPRE-MISS. Para “fortalecer” tal diagnóstico há supervisão de docente no pronto-socorro onde foi realizada a pesquisa, pois se trata de um hospital-escola. Cada indivíduo poderia ter mais de um diagnóstico. Posteriormente agruparam-se estes diagnósticos de acordo com as principais categorias da CID-10: transtornos mentais orgânicos (F00 a F09); transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativas (F10 a F19); esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes

(F20 a F29); transtornos do humor/afetivos (F30 a F39); transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o “stress” e transtornos somatoformes (F40 a F48); síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos (F50 a F59); transtornos da personalidade e do comportamento adulto (F60 a F69); retardo mental (F70 a F79); transtornos do desenvolvimento psicológico (F80 a F89); transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência (F90 a F98) e transtorno mental não especificado (F99).

D) ANTECEDENTES

História de tentativa de suicídio – Foi utilizada a questão 6.1 do questionário SUPRE-MISS e foi considerado positivo se o indivíduo respondeu afirmativamente.

Sentimentos em relação à tentativa de suicídio anterior – Perguntado somente para os indivíduos que relataram tentativa de suicídio antes da atual, itens 6.5 e 6.6 do questionário SUPRE-MISS.

Tratamento em Saúde Mental – Foram considerados tratamentos em saúde mental: intervenções psicofarmacológicas, psicoterápicas e outras intervenções que visavam à saúde mental como, por exemplo, terapia ocupacional. Item 7.11 do questionário SUPRE-MISS.

Problemas e dificuldades enfrentadas – Foram usados os itens 7.15.1 ao 7.15.8 do questionário SUPRE-MISS, os quais detectavam problemas quanto à inaptidão ou doença física, no trabalho ou estudos, gravidez indesejada ou aborto, problemas com família, com polícia/justiça, financeiros e outros.

Álcool – Foi avaliado se havia diferença quanto ao uso “frequente” de álcool nos últimos três meses. Denominou-se uso frequente de álcool o uso praticamente diário, itens 8.1.2 e 8.2.2 do questionário SUPRE-MISS.

Maconha – O mesmo foi realizado em relação ao uso de maconha, contudo denominou-se uso freqüente de maconha o uso praticamente diário ou semanal, itens 8.1.3 e 8.2.3 do questionário SUPRE-MISS.

Cocaína – Denominou-se uso “freqüente” de cocaína o uso praticamente diário ou semanal, itens 8.1.4 e 8.2.4 do questionário SUPRE-MISS.

Estimulantes – Denominou-se uso “freqüente” de estimulantes o uso praticamente diário ou semanal, itens 8.1.5 e 8.2.5 do questionário SUPRE-MISS.

Experiência traumática – Considerou-se experiência traumática quando havia pelo menos uma resposta afirmativa a um dos itens a seguir: preconceito racial, político, religioso, por incapacidade física, por orientação sexual, ameaça de abuso físico ou sexual, abuso emocional, agressão física importante, violência sexual e tortura emocional ou física, que correspondem às questões 6.8.1, 6.8.2, 6.8.3, 6.8.4, 6.8.5, 6.9, 6.10, 6.11, 6.12 ou 6.17 do questionário SUPRE-MISS. Cada um destes itens também foi avaliado separadamente.

3.6- Procedimentos

Quando um caso de tentativa de suicídio dava entrada no PS, a equipe de plantão avisava o pesquisador e a entrevista era realizada pelo mesmo e não pela equipe que estava prestando atendimento ao caso.

A equipe de residentes de psiquiatria que trabalhou no hospital no período de coleta de dados esteve engajada na pesquisa. Portanto, sempre que era solicitada uma avaliação no hospital por tentativa de suicídio, o pesquisador de plantão era informado. Em casos nos quais o pesquisador não conseguiu chegar a tempo, se o paciente precisasse retornar ao hospital em outro momento, como, por exemplo, em consulta ambulatorial, o pesquisador era avisado.

A coleta de dados foi realizada por profissionais da saúde (psiquiatras e assistentes sociais), após treinamento com o instrumento e realização de reuniões periódicas para esclarecimento de dúvidas. Todas as entrevistas foram realizadas

face-a-face. Da totalidade das entrevistas cerca de 40% foram realizadas pelo mesmo psiquiatra treinado (Dr. Carlos Filinto da Silva Cais), que realizou estudo derivado do SUPRE-MISS.

3.7- Análise dos dados

Para verificar se existe associação entre as variáveis categóricas foi utilizado o Teste do Qui-Quadrado e, quando necessário o Teste Exato de Fisher, usado quando a amostra era muito pequena para que fosse realizado o Teste do Qui-Quadrado.

Para comparar variáveis contínuas foram calculadas medidas de tendência central (média e mediana), de dispersão dos dados (desvio-padrão, intervalo de confiança, mínimo-máximo) e fez-se uso do Teste de Mann-Whitney.

Para analisar a relação conjunta das variáveis de interesse com o sexo foi utilizada Análise de Regressão Logística, modelos univariado e multivariado, com critério *Stepwise* de seleção de variáveis. Esta análise foi usada de forma a se obter um perfil discriminante entre os dois sexos e não como modelo de identificação de fatores preditivos. Foi fixado o sexo masculino como comparativo e o feminino como referência, pois este era o grupo maior. As variáveis contínuas foram categorizadas pelo valor da mediana da amostra geral, em valores abaixo ou até a mediana, e valores acima da mediana.

O nível de significância adotado para todos os testes estatísticos foi de 5% ($p < 0,05$).

Para a análise estatística foi utilizado o programa computacional *Statistical Analysis System* (SAS) para Windows, versão 8.02.

3.8- Aspectos éticos

O projeto SUPRE-MISS foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa da FCM UNICAMP (Anexo 2). Cada participante foi informado sobre o estudo e aqueles que concordaram em participar assinaram o termo de consentimento (Anexo 3).

4- RESULTADOS

Foram elegíveis 229 sujeitos que, consecutivamente, foram atendidos no pronto socorro do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas, por tentativa de suicídio. Foram excluídos 16 pacientes que não estavam em condições de responder com fidedignidade o questionário. Somente uma pessoa recusou-se a participar do estudo. Fizeram parte da pesquisa 212 pessoas, duas das quais se declararam transexuais. Esses dois indivíduos foram excluídos das análises que visavam explorar diferenças entre sexos. Da amostra final de 210 indivíduos, 143 (68,1%) foram do sexo feminino e 67 (31,9%) do sexo masculino. A média de idade encontrada entre os homens foi de 33 anos, com desvio-padrão (DP) igual a 13. Entre as mulheres, a média de idade foi de 32 anos, com o mesmo DP. O estado civil predominante nos dois sexos foi o casado (50% entre os homens e 39% entre as mulheres), seguido do solteiro (27% entre os homens e 36% entre as mulheres). A média de escolaridade entre os homens foi de 6,7 anos, com DP= 3,8. Entre as mulheres foi de 7,3, com DP= 3,7. Ainda em relação à escolaridade, maior número de mulheres estava freqüentando a escola no momento da pesquisa (tabela 1).

A maioria dos entrevistados estava morando com alguém à época do atendimento e tinha um emprego, mesmo que temporário. Não se encontrou, entre os gêneros, diferença significativa quanto à denominação religiosa, porém as mulheres freqüentavam mais a igreja (ou local de culto) que os homens (tabela 2 e gráfico 1).

Quanto à gravidade da tentativa de suicídio, os homens fizeram tentativas mais graves. Contudo não houve diferença significativa em relação ao método utilizado (gráficos 2, 3 e 4).

Tabela 1- Características sócio-demográficas da amostra, separadas por sexo.

Variáveis	N	n (%) homens	n (%) mulheres
Faixa etária			
(sem dados = 3)			
Até 24 anos	65	20 (30,8)	45 (31,7)
25 a 44 anos	102	32 (49,2)	70 (49,3)
≥ 45 anos	40	13 (20,0)	27 (19,0)
Estado civil			
(sem dados = 2)			
Solteiro	69	18 (27,3)	51 (35,9)
Casado	89	33 (50,0)	56 (39,4)
Viúvo	07	02 (3,0)	05 (3,5)
Divorciado	13	13 (19,7)	30 (21,2)
Escolaridade[*]			
(sem dados = 21)			
0 a 4 anos	51	23 (35,4)	28 (22,6)
≥ 5 anos	138	28 (64, 6)	96 (77,4)
Freqüenta escola[†]			
(sem dados = 1)			
Não	169	60 (90,9)	109 (76,2)
Sim	40	06 (9,1)	34 (23,8)

* $p=0,05$, teste do qui-quadrado.

† $p= 0,01$, teste do qui-quadrado.

Tabela 2- Características relacionadas à moradia, ao emprego e à religião, separadas por sexo.

Variáveis*	N	n (%) homens	n (%) mulheres
Vivem com			
(sem dados = 4)			
Marido/esposa (com ou sem filhos) ou com os pais	123	45 (69,2)	78 (55,2)
Sozinho	20	09 (13,8)	11 (7,8)
Somente com filhos	15	00 (0,0)	15 (10,6)
Outros parentes, lares, outros	48	11 (17,0)	37 (26,4)
Situação empregatícia			
(sem dados = 5)			
Empregado(a) (inclusive temporário)	97	38 (57,6)	59 (42,5)
Desempregado(a) ou de licença-saúde	50	17 (25,7)	33 (23,8)
Estudante integral ou dona-de-casa	35	01 (1,5)	34 (24,4)
Aposentado ou outros	23	10 (15,2)	13 (9,3)
Religião			
(sem dados = 6)			
Nenhuma	37	14 (22,2)	23 (16,3)
Protestante	57	10 (15,9)	47 (33,3)
Católico	99	37 (58,7)	62 (44,0)
Outras	11	02 (3,2)	09 (6,4)

* Nenhuma diferença estatisticamente significativa foi observada, teste do qui-quadrado.

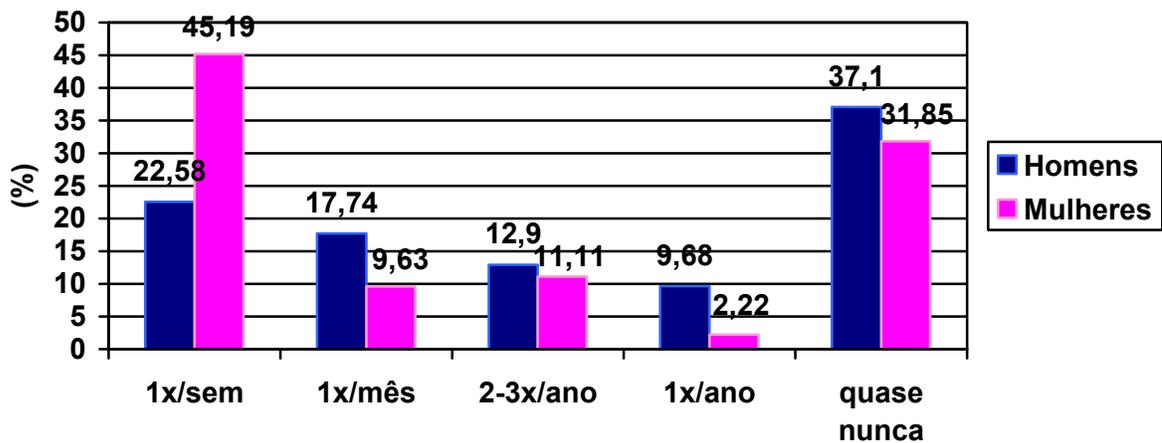


Gráfico 1- Frequência de 62 homens e 135 mulheres à igreja ou ao culto ($p = 0,007$ teste exato de Fisher; sem dados = 13).

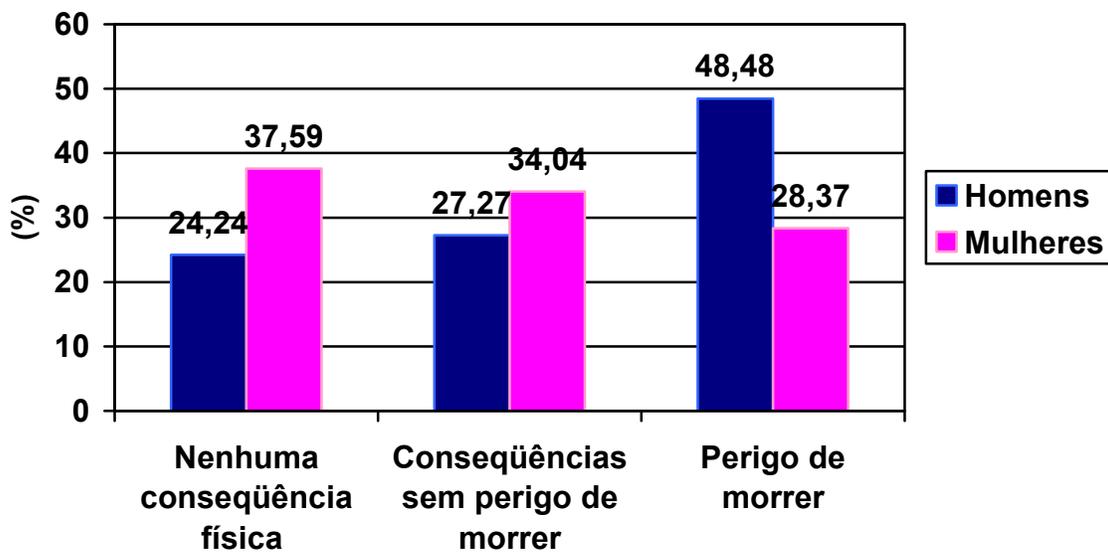


Gráfico 2- Quanto às conseqüências físicas e perigo da tentativa de suicídio à vida ($p = 0,01$ teste do qui-quadrado; sem dados = 3).

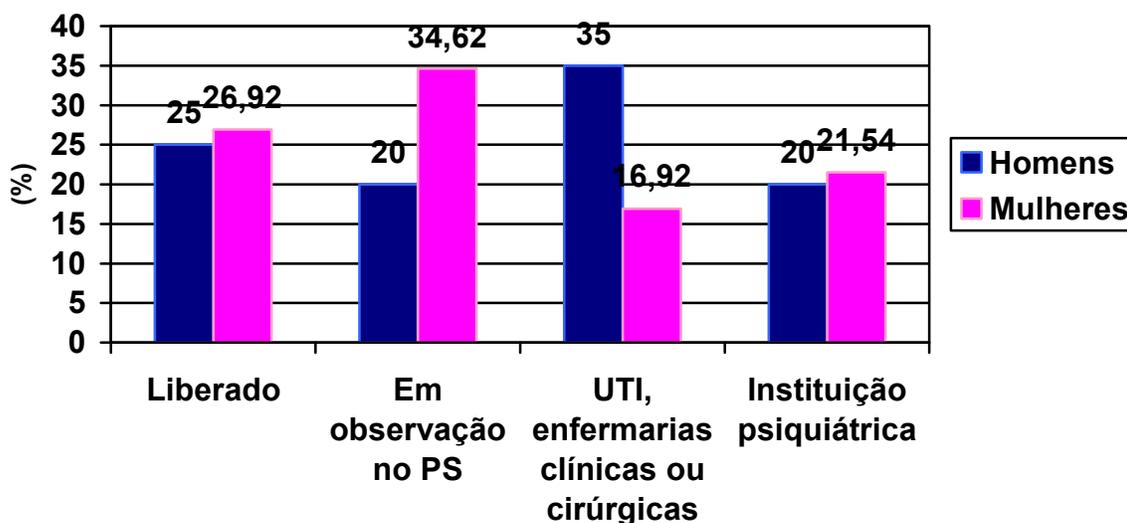


Gráfico 3- Tipo de cuidado médico recebido após tratamento de emergência ($p = 0,02$ teste do qui-quadrado; sem dados = 20).

PS = pronto socorro; UTI = unidade de tratamento intensivo.

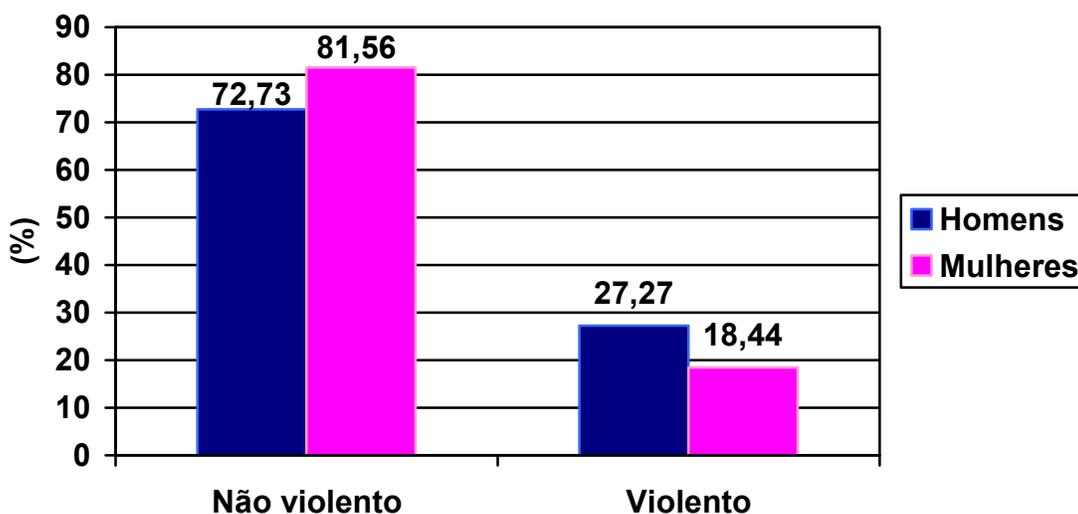


Gráfico 4- Método utilizado na tentativa de suicídio ($p = 0,147$ teste do qui-quadrado; sem dados = 3).

Um significativo número de mulheres referiu tentativas de suicídio anteriores (gráfico 5). Somente 17,3% relataram suicídio de pessoas próximas, sem diferença entre gêneros.

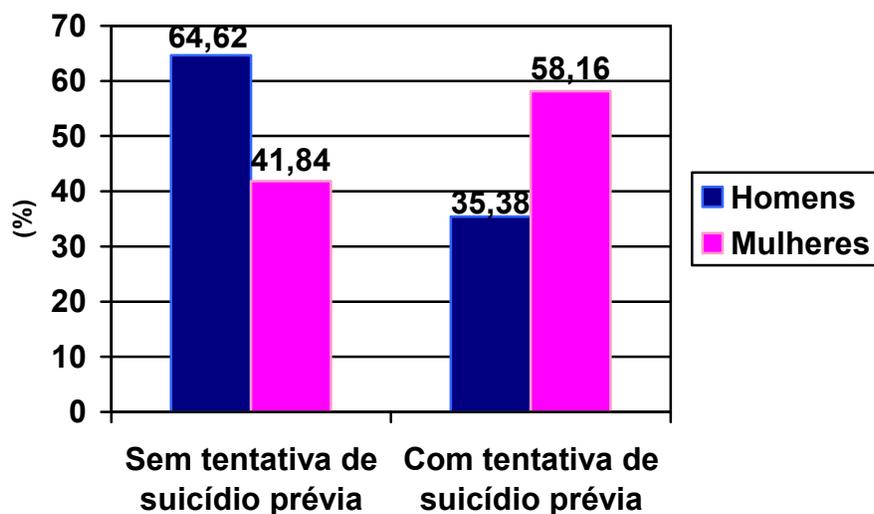


Gráfico 5- História de tentativa de suicídio anterior ($p = 0,002$ teste do qui-quadrado; sem dados = 4).

Para aqueles que tiveram tentativa(s) de suicídio prévia(s) ($N=102$) foram feitas algumas perguntas relacionadas aos seus sentimentos em relação à primeira tentativa (tabela 3).

Uma porcentagem significativamente maior de mulheres já havia feito algum tipo de tratamento psiquiátrico ou psicológico (gráfico 6), e diferiram em relação aos homens, principalmente em relação a terem se submetido a tratamento particular: 20,6% das mulheres e 9,5% dos homens haviam feito algum tipo de tratamento com psicólogo particular ($p = 0,05$; teste do qui-quadrado). Quanto a ter consultado psiquiatra particular 11,1% dos homens e 23,5% das mulheres responderam afirmativamente ($p = 0,04$; teste do qui-quadrado). Apesar de a diferença não ter sido significativa, mais mulheres (52,5%) que homens (39,7%) estavam em tratamento em saúde mental à época da entrevista ($p = 0,09$; teste do qui-quadrado).

Tabela 3- Descrição dos sentimentos após ter tentado o suicídio anteriormente (N=102).

Sentimentos após tentativa de suicídio	SIM n (%)	
	homens	mulheres
Sentiu-se bem	4 (18,2)	12 (15,0)
Sentiu-se aliviado, libertado	3 (13,6)	18 (22,5)
Orgulhoso, por ter conseguido fazer aquilo	00 (0,0)	04 (5,0)
Pena de si mesmo*	14 (63,6)	29 (35,8)
Raiva de si próprio	17 (77,3)	59 (72,8)
Medo de si mesmo	13 (59,1)	37 (46,3)
Inseguro consigo mesmo	15 (68,2)	48 (60,8)
Sentiu-se envergonhado	16 (72,7)	44 (54,3)
Inseguro em relação aos outros	12 (54,5)	42 (52,5)
Sentiu-se sem saber o que fazer	28 (44,4)	77 (56,2)

* $p = 0,01$; teste do qui-quadrado e teste exato de Fisher.

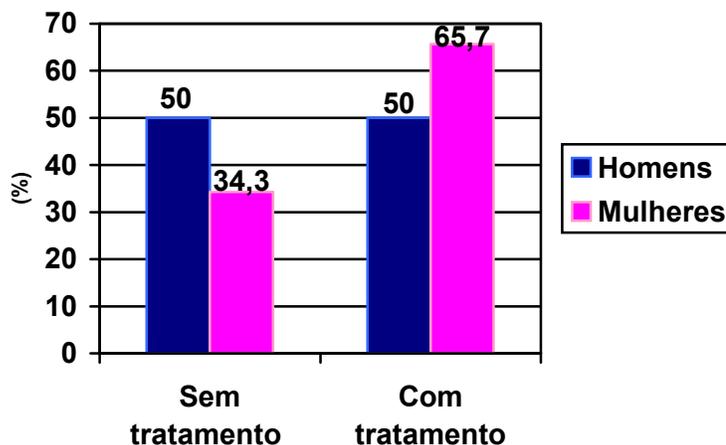


Gráfico 6- História de tratamento por problemas de saúde mental ($p = 0,03$ teste do qui-quadrado; sem dados = 6).

Quanto às experiências traumáticas pelas quais o indivíduo passou, de uma forma geral, unindo todos os tipos de experiência pesquisados (preconceito racial, político, religioso, por incapacidade física, por orientação sexual, ameaça de abuso físico ou sexual, abuso emocional, agressão física importante, violência sexual e tortura emocional ou física) não houve diferença importante quanto ao sexo. Entre o sexo masculino, 49,2% sofreram algum tipo de experiência traumática citada acima e entre o feminino, 56,4%. Contudo, quando analisados separadamente, 36% das mulheres e 17,5% dos homens relataram ter sofrido ameaça de abuso físico ou sexual ($p = 0,007$; teste do qui-quadrado); 26,4% das mulheres e 7,9% dos homens ($p = 0,002$; teste do qui-quadrado) declararam terem sido forçados física ou psicologicamente a fazer sexo não desejado ou terem sido violentados sexualmente.

Os principais transtornos mentais diagnosticados em ordem decrescente de frequência, segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), foram: transtornos afetivos (47%), transtornos de personalidade (26,2%), transtornos neuróticos, relacionados ao estresse e somatoformes (22,3%), transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substância psicoativa (14,4%) e esquizofrenia, transtorno esquizotípico ou transtorno delirante (6,9%) (tabela 4). De toda a amostra estudada, somente 8 indivíduos não tiveram diagnósticos definidos e a mesma pessoa poderia ter mais de um diagnóstico. Não houve diferença significativa estatisticamente entre os sexos, exceto para transtornos afetivos e transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substância psicoativa. Os transtornos afetivos foram mais frequentes entre as mulheres, que também tiveram escores mais altos (acima da mediana), quando comparadas aos homens, no Inventário de Depressão de Beck, gráfico 7.

Tabela 4- Diagnósticos psiquiátricos, de acordo com a CID-10, separados por sexo.

Transtornos psiquiátricos	n (%) masculino	n (%) feminino
Transtornos do humor (afetivos)*	21 (32,3)	74 (54,0)
Transtornos de personalidade	14 (21,5)	39 (28,5)
Transtornos neuróticos, relacionados ao “stress” e somatoformes	17 (26,1)	28 (20,4)
Transtornos mentais e de comportamentos decorrentes do uso de substância psicoativa [†]	20 (30,8)	09 (6,6)
Esquizofrenia, transtorno esquizotípico ou transtorno delirante	4 (6,1)	10 (7,3)
Outros	03 (4,6)	11 (8,0)
Sem diagnóstico	01 (1,5)	07 (4,9)

* $p=0,003$; teste do qui-quadrado.

[†] $p= 0,0001$; teste do qui-quadrado.

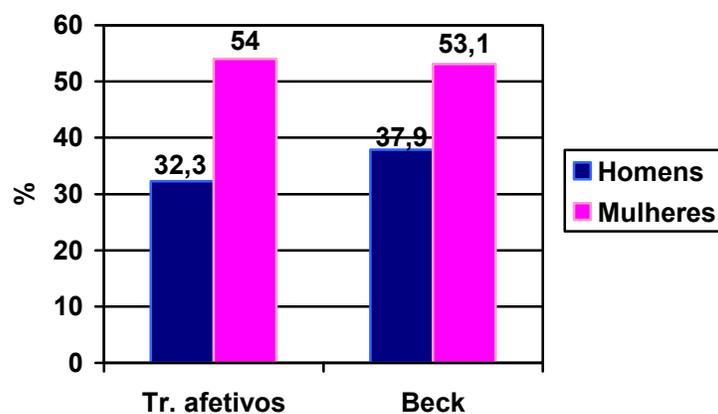


Gráfico 7- Transtornos afetivos ($p = 0,003$ teste do qui-quadrado; sem dados = 0) e altos escores (acima da mediana) no Inventário de Depressão de Beck ($p = 0,05$ teste qui-quadrado; sem dados = 24).

O diagnóstico de transtorno mental por uso de substâncias psicoativas foi mais prevalente nos homens, bem como o uso freqüente de álcool. Mais homens utilizaram álcool ou drogas antes da tentativa de suicídio (gráfico 8). Não houve diferença entre sexos quanto ao uso das substâncias que serão descritas: entre os 51 que referiram uso de maconha, 9 faziam uso semanal ou diário. Trinta e cinco participantes referiram uso de cocaína, sendo que 9 deles faziam uso freqüente. Dos 17 que declararam usar estimulantes, somente 2 faziam-no freqüentemente.

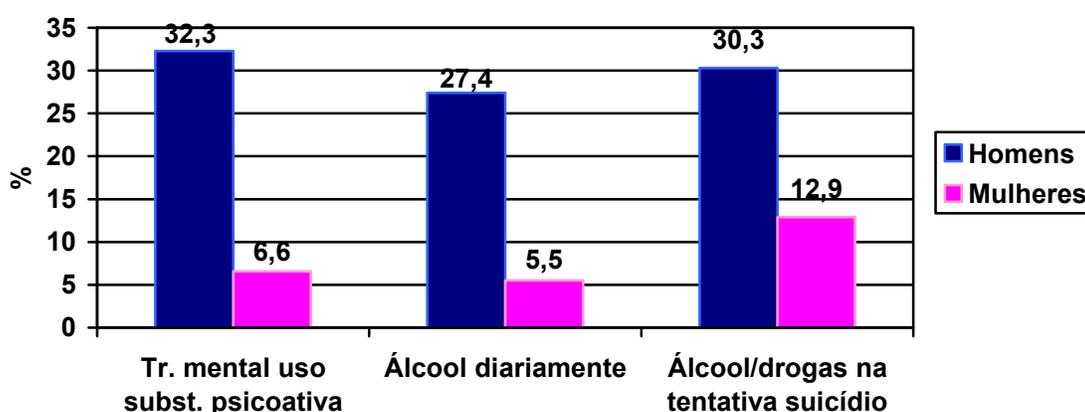


Gráfico 8- Transtorno mental por uso de substância psicoativa (Tr. mental uso subst. psicoativa, $p < 0,0001$; teste do qui-quadrado, sem dados = 0) e uso diário de álcool ($p < 0,0001$; teste do qui-quadrado, sem dados = 0), ingestão de álcool/drogas relacionada à tentativa de suicídio; com deterioração da capacidade de juízo ou uso intencional para facilitar a tentativa de suicídio ($p = 0,003$; teste do qui-quadrado, sem dados = 4).

Não se encontrou diferença entre os sexos quanto ao comportamento anti-social, no que diz respeito a ter sido preso ou condenado (gráfico 9).

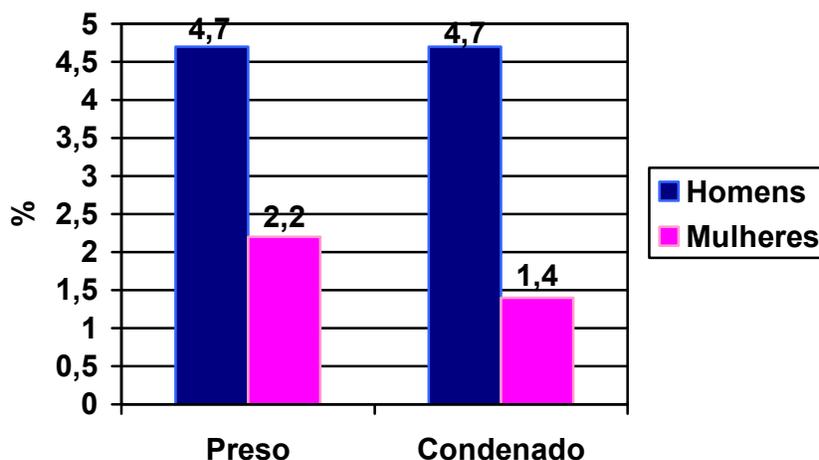


Gráfico 9- Comportamento anti-social: histórico de prisão e de condenação, $p = 0,38$ e $p = 0,18$ respectivamente (sem dados = 7 para ambos).

Nas questões relacionadas a problemas ou dificuldades enfrentadas durante o último ano, as mulheres tiveram maior dificuldade relacionada à inaptidão ou doença física (feminino = 14,4%, masculino = 4,6%, $p = 0,05$; teste exato de Fisher), enquanto os homens tiveram maior dificuldade no trabalho ou estudos (masculino = 58,5%, feminino = 43,1%, $p = 0,04$; teste do qui-quadrado). Onze (7,8%) mulheres referiram problemas relacionados à gravidez não desejada ou aborto recente (provocado). Os outros problemas (pais, família, polícia/justiça, financeiro, outros) não diferiram entre os sexos, sendo que os mais comuns foram: 52,4% com família, 47,5% financeiro sério e 38,3% com pais. Somente 8,3% referiram problemas com polícia ou justiça.

Não houve diferença estatisticamente significativa entre gêneros nas seguintes escalas psicométricas: Intencionalidade Suicida de Beck, Traço de Raiva de Spielberger e de Apoio Social (necessitar, receber, dar, família/amigos necessitando). Contudo, nas Escalas de Bem-Estar da OMS, Inventário de Depressão de Beck e Escala de Desempenho do Papel Social, a diferença entre sexos foi significativa, sendo que as mulheres tiveram pior desempenho em todas elas (tabela 5). Por essa razão cada item dessas escalas foi examinado quanto a diferenças entre os sexos.

Tabela 5- Escalas psicométricas separadas por sexo.

Escalas	Sexo	N	Média	DP*	Mediana	p
Bem-Estar OMS	masc	57	10,42	6,94	10,0	0,005
	fem	127	7,40	5,71	6,0	
Inventário de Depressão Beck	masc	58	23,95	12,48	24,0	0,01
	fem	128	28,77	12,83	31,0	
Desempenho do Papel Social	masc	65	3,11	2,12	3,0	0,03
	fem	138	4,0	2,6	4,0	
Intencionalidade Suicida de Beck	masc	66	10,50	3,93	11,0	0,36
	fem	141	10,13	3,81	10,0	
Traço Raiva Spielberger	masc	55	24,35	8,15	23,0	0,24
	fem	127	25,55	7,14	25,0	
Apoio Social - Necessitar	masc	62	5,5	2,27	6,0	0,63
	fem	132	5,33	2,26	6,0	
Apoio Social - Receber	masc	61	3,8	2,3	4,0	0,68
	fem	132	3,72	2,59	4,0	
Apoio Social - Dar	masc	62	4,39	2,28	4,5	0,84
	fem	132	4,33	2,25	4,0	
Apoio Social - Família/amigos Necessitando	masc	61	4,85	2,48	5,0	0,42
	fem	130	4,49	2,61	4,0	

* DP = desvio padrão. Teste de Mann-Whitney.

Na Escala de Desempenho do Papel Social, após análise separada dos itens, somente na questão a respeito do comportamento em situações de emergência observou-se diferença significativa entre os gêneros, sexo feminino com 51,8% de disfunção e sexo masculino com 32,6%, $p = 0,02$. Nas questões relacionadas a atividades domésticas, papel marital, parental, sexual, ocupacional (desempenho e interesse), interesse/informação e contato social, não houve diferença significativa entre os gêneros (tabela 6).

Tabela 6- Avaliação de cada item dicotomizado da escala de Desempenho do Papel Social separado por sexo.

Itens da Escala Desempenho do Papel Social	n (%) homens		n (%) mulheres		p^*
	sem disfunção	com disfunção	sem disfunção	com disfunção	
Atividades domésticas (sem dados = 7)	38 (58,5)	27 (41,5)	74 (53,6)	64 (46,4)	0,51
Papel marital – afetivo (sem dados = 61)	17 (37,8)	28 (62,2)	30 (28,8)	74 (71,2)	0,28
Papel marital – sexual (sem dados = 74)	21 (50,0)	21 (50,0)	33 (35,1)	61 (64,9)	0,10
Papel parental (sem dados = 69)	20 (51,3)	19 (48,7)	63 (61,8)	39 (38,2)	0,25
Papel sexual (não cônjuge) (sem dados = 122)	15 (53,6)	13 (46,4)	29 (48,3)	31 (51,7)	0,64
Contato social (sem dados = 11)	43 (67,2)	21 (32,8)	80 (59,3)	55 (40,7)	0,28
Papel ocupacional – desempenho (sem dados = 56)	29 (56,9)	22 (43,1)	47 (45,6)	56 (54,4)	0,18
Papel ocupacional – interesse em iniciar (sem dados = 50)	31 (63,6)	17 (35,4)	55 (49,1)	57 (50,9)	0,07
Interesse e informação (sem dados = 46)	27 (58,7)	19 (41,3)	61 (51,7)	57 (48,3)	0,41
Comportamento em situações de emergência (sem dados = 52)	31 (67,4)	15 (32,6)	54 (48,2)	58 (51,8)	0,02

* Teste do qui-quadrado.

Já no Índice de Bem-Estar da OMS, obtivemos diferenças importantes entre sexos na maioria dos itens. (tabela 7)

Tabela 7- Análise de cada item do Índice de Bem-Estar da OMS.

Itens Índice de Bem-Estar OMS	Acima da metade do tempo		<i>p</i> *
	n (%) homens	n (%) mulheres	
Se sentido satisfeito e de bom humor	21 (38,2)	25 (20,3)	0,06
Se sentido calmo e relaxado	17 (31,5)	25 (17,5)	0,19
Se sentido ativo e vigoroso	28 (53,8)	26 (21,7)	0,0006
Se sentido saudável e descansado	23 (42,6)	26 (22,0)	0,05
Se interessado pelas coisas da vida diária	31 (58,5)	38 (31,2)	0,03

* Teste do qui-quadrado e exato de Fisher.

Na avaliação separada dos itens do Inventário de Depressão de Beck, 59,7% das pessoas do sexo feminino tiveram altos escores relacionados à tristeza, enquanto no sexo masculino 36,8%, $p = 0,03$; teste do qui-quadrado. Mais mulheres, 76%, sentiam-se decepcionadas, versus 71,9% dos homens, $p = 0,05$; teste do qui-quadrado. Em relação a pensamentos sobre morte, predominou entre o sexo feminino, 72,1% quando comparada aos homens, 52,6%, $p = 0,05$; teste do qui-quadrado. Quanto ao interesse sexual, 43,3% das mulheres referiam estar bem menos interessadas ou completamente sem interesse e 10,5% dos homens disseram o mesmo, $p = 0,0001$; teste exato de Fisher. Nos outros itens desta escala não houve diferença significativa entre os gêneros.

As seguintes escalas foram, ainda, categorizadas dicotomicamente: Escala de Intencionalidade Suicida de Beck, Escala de Depressão de Beck, Índice de Bem-Estar da OMS, Escala Traço de Raiva de Spielberger (tabela 8).

Tabela 8- Escalas psicométricas dicotomizadas.

Escalas dicotomizadas	n (%) homens		n (%) mulheres		<i>p</i> *
	≤ mediana	> mediana	≤ mediana	> mediana	
Bem-Estar OMS (sem dados = 26)	22 (38,6)	35 (61,4)	72 (56,7)	55 (43,3)	0,02
Inventário Depressão Beck (sem dados = 24)	36 (62,1)	22 (37,9)	60 (46,9)	68 (53,1)	0,05
Intencionalidade Suicida Beck (sem dados = 3)	36 (54,5)	30 (45,5)	90 (63,8)	51 (36,2)	0,2
Traço Raiva Spielberger (sem dados = 23)	35 (61,4)	22 (38,6)	70 (53,8)	60 (46,1)	0,3

* Teste do qui-quadrado.

A tabela 9 mostra os resultados da análise univariada para o sexo (masculino versus feminino). Foram incluídas todas as variáveis que apontaram diferenças significativas entre os sexos mostradas anteriormente para determinar quais permaneceriam significativas e a razão de risco para o sexo masculino quando comparado ao feminino. Entre as variáveis em que se observou diferença, o uso freqüente de álcool e o diagnóstico de transtorno mental por uso de substância psicoativa representou um risco pelo menos seis vezes maior de estar presente entre os homens que tentam o suicídio do que entre as mulheres. Por outro lado, as mulheres que tentaram o suicídio tiveram uma chance 4,17 vezes maior que os homens de terem sofrido abuso físico e/ou sexual, e 3,6 vezes mais dificuldade por inaptidão ou doença física.

Tabela 9- Análise de regressão logística univariada para o sexo (masculino vs. feminino)*.

Variável	Categoria	OR†	IC 95% OR‡	p-valor
Frequência à escola	Sim	1,00	---	--
	Não	3,12	1,24 – 7,85	0,016
Escolaridade	≥ 5 anos	1,00	---	--
	Até 4 anos	1,88	0,97 – 3,63	0,061
	1 vez/semana	1,00	---	--
Frequência à igreja/culto	1 vez/mês	3,69	1,37 – 9,93	0,010
	1-3 vezes/ano	3,39	1,37 – 8,41	0,009
	Nunca	2,33	1,08 – 5,04	0,031
	Nenhuma	1,00	---	--
Consequência física	Consequências s/ perigo de morrer	1,24	0,57 – 2,71	0,585
	Perigo de morrer	2,65	1,28 – 5,48	0,009
	Liberado	1,00	---	--
Cuidado médico recebido	Observação (pronto-socorro)	0,62	0,26 – 1,50	0,290
	UTI, unidades clínicas ou cirúrgicas	2,23	0,95 – 5,21	0,065
	Instituição psiquiátrica	1,00	0,40 – 2,48	0,999
Tentativa de suicídio prévia	Sim	1,00	---	--
	Não	2,72	1,47 – 5,02	0,001
Sentimento de pena após tentativa se suicídio anterior	Sem sentimento de pena	1,00	---	--
	Com sentimento de pena	2,91	1,08 – 7,85	0,034
História de tratamento em saúde mental	Sim	1,00	---	--
	Não	1,92	1,02 – 3,05	0,034
Tratamento com psiquiatra particular anteriormente	Sim	1,00	---	--
	Não	2,46	1,02 – 5,93	0,045
Tratamento com psicólogo particular anteriormente	Sim	1,00	---	--
	Não	2,46	0,96 – 6,29	0,060
História de abuso físico e/ou sexual	Sim	1,00	---	--
	Não	4,17	1,55 – 11,18	0,005
História de ameaça de abuso físico e/ou sexual	Sim	1,00	---	--
	Não	2,66	1,27 – 5,55	0,009
Uso de álcool/drogas na tentativa de suicídio	Não	1,00	---	--
	Sim (1,2)	2,95	1,43 – 6,06	0,003
Diagnóstico de transtorno mental por uso de substância psicoativa	Não	1,00	---	--
	Sim	6,21	2,63 – 14,66	<0,001
Uso freqüente de álcool	Não	1,00	---	--
	Sim	6,48	2,40 – 17,53	<0,001
Diagnóstico de Transtorno do Humor (Afetivo)	Sim	1,00	---	--
	Não	2,29	1,39 – 4,82	0,003
Escala de Depressão de Beck Categorizada	Alta (>mediana)	1,00	---	--
	Baixa (≤mediana)	1,59	0,81 – 3,12	0,175
Dificuldade no trabalho e/ou estudos no último ano	Ausente	1,00	---	--
	Presente	1,86	1,02 – 3,38	0,042
Dificuldade por inaptidão e/ou doença física no último ano	Presente	1,00	---	--
	Ausente	3,65	1,05 – 12,70	0,042
Índice de Bem-Estar OMS categorizado	Baixo (≤mediana)	1,00	---	--
	Alto (>mediana)	2,51	1,28 – 4,94	0,008
Escala de Desempenho do Papel Social	Alta (>mediana)	1,00	---	--
	Baixa (≤mediana)	2,26	1,22 – 4,17	0,009

* Grupos: sexo feminino (n=143); sexo masculino (n=67).

† OR = Razão de risco para o sexo masculino.

‡ IC 95% = Intervalo de 95% de confiança para OR.

Quanto aos itens de algumas escalas que entraram na análise univariada, os resultados encontram-se na tabela 10. Os itens do Índice de Bem-Estar na OMS foram os que tiveram maior contraste entre os sexos. O sexo masculino se sentiu ativo e vigoroso 4,2 vezes mais que o sexo feminino, e demonstrou interesse pelas coisas da vida diária 3,6 vezes mais que as mulheres.

Tabela 10- Análise de regressão logística univariada quanto a itens das escalas de Desempenho do Papel Social, Bem-Estar OMS e Depressão de Beck para o sexo (masculino vs. feminino)*.

Itens das escalas	Categoria	OR†	IC 95% OR‡	p-valor
Desempenho do Papel Social				
Papel Ocupacional: Interesse em iniciar	Com Disfunção	1,00	---	0,074
	Sem Disfunção	1,89	0,94 – 3,80	
Comportamento em situações de emergência	Com Disfunção	1,0	---	0,030
	Sem Disfunção	2,22	1,08 – 4,56	
Bem-Estar OMS				
Se sentido ativo e vigoroso	≤ metade do tempo	1,00	---	<0,001
	> parte do tempo	4,22	2,10 – 8,47	
Se sentido saudável e descansado	≤ metade do tempo	1,00	---	0,006
	> parte do tempo	2,63	1,31 – 5,25	
Se interessado pelas coisas da vida diária	≤ metade do tempo	1,00	---	<0,001
	> parte do tempo	3,12	1,60 – 6,07	
Inventário Depressão Beck				
Tristeza	Sim (1,2,3)	1,00	---	0,075
	Não (0)	2,05	0,93 – 4,52	
Decepcionado	Sim (1,2,3)	1,00	---	0,558
	Não (0)	1,24	0,61 – 2,51	
Ideação Suicida	Sim (1,2,3)	1,00	---	0,011
	Não (0)	2,33	1,21 – 4,48	
Desinteresse Sexual	Sim (1,2,3)	1,00	---	0,020
	Não (0)	2,13	1,12 – 4,05	

* Grupos: sexo feminino (n=143); sexo masculino (n=67).

† OR = Razão de risco para o sexo masculino.

‡ IC 95% = Intervalo de 95% de confiança para OR.

O resultado da análise multivariada (tabela 11) indica que as variáveis que melhor discriminaram conjuntamente os sexos foram: uso de álcool e drogas relacionado à tentativa de suicídio atual (maior nos homens), abuso físico e/ou sexual (menor nos homens), sensação de bem-estar (ativo e vigoroso maior entre os homens) e a presença de transtorno mental por uso de substância psicoativa (maior nos homens).

Tabela 11- Análise de regressão logística multivariada para o sexo (masculino vs. feminino)*.

Variável Selecionada	Categoria	OR†	IC 95% OR‡	p-valor
Uso de álcool/drogas na tentativa de suicídio	Não (0)	1,00	---	--
	Sim (1,2)	2,94	1,09 – 7,95	0,033
Diagnóstico de transtorno mental por uso de substância psicoativa	Não	1,00	---	--
	Sim	3,65	1,21 – 11,08	0,022
História de abuso físico e/ou sexual	Sim	1,00	---	--
	Não	4,44	1,33 – 14,89	0,016
Item Índice de Bem-Estar OMS				
Se sentido ativo e vigoroso	≤ metade do tempo	1,00	---	--
	> parte do tempo	4,47	1,91 – 10,47	<0,001

* Grupos: sexo feminino (n=100); sexo masculino (n=46). Critério *Stepwise* de seleção de variáveis.

† OR = Razão de risco para o sexo masculino.

‡ IC 95% = Intervalo de 95% de confiança para OR.

5- DISCUSSÃO

*“Uma hipótese compreensiva, uma intervenção criativa,
somente assim podemos lidar com fenômenos tão ricos e complexos”*

Cassorla

Com este estudo procurou-se entender melhor o comportamento suicida, no que diz respeito a diferenças existentes entre os sexos. Um dos principais achados é que entre todas as variáveis estudadas, as que melhor discriminaram homens e mulheres que tentaram o suicídio foram: maior frequência de transtorno mental por uso de substância psicoativa entre o sexo masculino (30,8% versus 6,6%) e uso de álcool ou drogas na tentativa de suicídio quase três vezes maior entre os homens.

Outro dado importante e em concordância com o que tem sido visto na literatura é que quase todos os que tentaram suicídio tiveram um diagnóstico psiquiátrico, com diferenças significativas entre os sexos quanto aos transtornos do humor, predominantes em mulheres, e por uso de substâncias psicoativas, notadamente de álcool, mais freqüente entre os homens. As mulheres tiveram maior prejuízo na vida diária; com piores índices na escala de Bem-Estar e na escala de Desempenho do Papel Social. Mais da metade delas (58,16%), em contraposição aos 35,38% de homens, havia tentado o suicídio previamente. Por outro lado, no sexo masculino as tentativas de suicídio foram mais graves, com maior risco de morte e com maior freqüência de ingestão de bebida alcoólica associada ao ato suicida.

Algumas limitações metodológicas devem ser consideradas. As definições operacionais adotadas influenciaram os resultados e devem ser levadas em conta na comparação com outros estudos. Este estudo incluiu como tentativa de suicídio apenas atos de auto-agressão sobre os quais, em algum momento da entrevista, o indivíduo afirmasse que tinha consciência de que tal ato poderia ter posto sua vida em risco, mesmo quando executado com ambivalência. Outro estudo, como o de Bille-Brahe et al. (1996a), incluiu sujeitos que fizeram pequenas

lesões, “*self-harm*”, com pouquíssima correlação com o desejo de morte. Certos indivíduos, como os que possuem transtorno de personalidade borderline, podem recorrer a expedientes, como cortes em membros, para que a dor objetiva gerada pelos mesmos alivie a angústia subjetiva e/ou amenize a sensação de despersonalização (Favazza, 1998).

Infelizmente, não alcançamos o tamanho amostral almejado pelo projeto SUPRE-MISS (n=600), o que pode ter prejudicado a análise de algumas variáveis. Em relação à violência do método utilizado na tentativa de suicídio, por exemplo, embora não tenhamos encontrado diferença significativa nesse quesito entre os sexos, sabe-se que os homens costumam usar métodos mais violentos (Hawton, 2000; Skogman et al., 2004; Gibb et al., 2005). O mesmo pode ter acontecido em relação ao comportamento anti-social, que costuma ser mais freqüente no sexo masculino (Hall, 1996; Fennig, 2005).

Outro ponto a ser observado é que os indivíduos que fizeram parte do estudo foram aqueles que chegaram ao atendimento hospitalar. Portanto, não se sabe como se comportam os que tentam o suicídio, mas que não chegam ao atendimento médico. No estudo da comunidade, realizado em Campinas, também parte do SUPRE-MISS, Botega et al. (2005) verificaram que de cada três tentativas de suicídio, apenas uma chegou a ser atendida em um serviço médico.

Em relação à perda amostral, é possível que seja maior do que a identificada, pois algumas pessoas podem ter sido liberadas do hospital antes que o entrevistador fosse avisado e outras podem não ter informado que o motivo por trás de uma lesão era ideação suicida, portanto não sendo caracterizada tentativa de suicídio.

Um aspecto que chamou a atenção foi que entre todos os indivíduos abordados, somente um recusou-se a participar. Um dos motivos, provavelmente, foi porque quando o indivíduo não poderia ser entrevistado naquele momento em que foi abordado, o pesquisador retornava em um momento mais oportuno. Outro, o fato de estar recebendo tratamento especializado em hospital público. O

sentimento de gratidão, pois, pode ter facilitado a participação na pesquisa, como uma forma de retribuição.

É preciso ponderar também que os dados obtidos nesse estudo foram, em sua maioria, baseados nos relatos dos indivíduos. Esses relatos podem ter sido minimizados, por causa do medo das conseqüências que poderiam advir disso, como internação psiquiátrica, o estigma associado, ou até mesmo como mecanismo de defesa psicológico. Ou o oposto, os relatos podem ter sido superestimados, talvez com o intuito de receber melhor atenção e/ou mais dedicação por parte da equipe de atendimento.

Mais uma limitação a ser considerada é o momento em que a entrevista foi feita, em uma situação de crise, logo após uma tentativa de suicídio, o que pode “igualar” as respostas dos questionários e não corresponder às diferenças entre os sexos que seriam obtidas fora de uma situação de crise.

O diagnóstico psiquiátrico não foi obtido por meio de uma entrevista estruturada. Não se cogitou utilizar essa última em virtude do longo questionário do SUPRE-MISS. Sabe-se que não é o método ideal, porém o pronto-socorro em questão conta com residente de psiquiatria e supervisão de psiquiatra da equipe do pronto-socorro. Sendo assim, todos os casos atendidos são discutidos com o supervisor e são feitas hipóteses diagnósticas.

Ainda como limitação, não foi avaliado adequadamente o sentimento de desesperança, que segundo Kuo et al. (2004), em um estudo de treze anos na comunidade, mostrou ter importante associação com ideação suicida, tentativa de suicídio e suicídio.

Julgou-se que os dados sobre a renda de cada indivíduo participante do estudo não eram confiáveis, porque a renda foi avaliada somente com uma pergunta direta e muitos entrevistados não responderam a questão. Essa variável foi, então, excluída das análises.

Deve-se levar em consideração que os resultados encontrados neste trabalho são “médias” das populações de homens e de mulheres, as quais devem provavelmente possuir diferentes sub-grupos. Como os resultados foram obtidos de um estudo transversal, o mais apropriado é que consideremos os achados como “fatores associados” aos sexos nas tentativas de suicídio e não como fatores de risco.

Quanto aos achados, a faixa etária encontrada está de acordo com o que já se tem observado, com predomínio de tentativas de suicídio entre adultos-jovens (Schmidtke et al., 1996; Maris et al., 2000; Marin-León e Barros, 2003; De Leo et al., 2005; Mello-Santos et al., 2005). Inclusive nos outros países participantes do SUPRE-MISS, essa foi a faixa etária predominante, com uma maior proporção de mulheres. (Fleischmann et al., 2005). Em ambos os sexos predominou o estado civil casado e poucos moravam sozinhos. Em seis dos oito países participantes do estudo, o estado civil predominante foi o solteiro e sabe-se que ele varia, dependendo do estudo (Botega et al., 1995; Rapeli e Botega, 1998; Juarez-Aragon et al., 1999; Stravynski e Boyer, 2001; Fleischmann et al., 2005). Exceto em Campinas, nos outros países em que foi feita a mesma pesquisa, o estado civil mais freqüente entre as mulheres foi o solteiro (Fleischmann et al., 2005).

Pesquisas indicam que morar sozinho é fator de risco para homens e mulheres, independente do estado civil (Mortensen et al., 2000; Qin et al., 2000; Stravynski e Boyer, 2001; Fekete et al., 2005). Portanto, era de se esperar um maior número de indivíduos com esta característica. Faixa etária, número de entrevistados, aspectos culturais, e o fato de terem chegado a um hospital terciário, talvez com a ajuda de parentes, podem ter influenciado esse resultado. Diferente do que foi apontado por Fekete et al. (2005), em um estudo realizado na Hungria, em que o maior fator de risco para tentativa de suicídio entre o sexo feminino foi ser viúva, em nossa pesquisa, não encontramos diferença quanto a esta variável. Porém, isto também pode ser conseqüência do tamanho amostral.

Apesar de o desemprego e as dificuldades econômicas aparecerem como fator de risco entre o sexo masculino (Qin et al., 2000), não foram encontradas diferenças entre os sexos quanto à situação empregatícia. Novamente, como descrito acima, o tamanho da amostra pode ter influenciado esse resultado, visto que significativamente mais homens tiveram dificuldades relacionadas ao trabalho e/ou estudos no último ano, quase duas vezes mais que as mulheres.

Nessa pesquisa, as mulheres demonstraram maior índice de escolaridade e maior frequência à escola que o sexo oposto, mas essas variáveis não foram significativamente diferentes na análise univariada. Isso pode estar associado com o aumento nos anos de escolaridade entre as mulheres, tendência que tem sido registrada no país (IBGE, 2003). Em outros estudos, Schmidtke et al. (1996), Qin et al. (2000), Fekete et al. (2005) e Zhang et al. (2005), os graus de escolaridade de ambos os sexos foram semelhantes, inclusive nos outros países participantes do SUPRE-MISS, exceto em Yuncheng (China) onde os homens tiveram maior escolaridade (Fleischmann et al., 2005).

Os diagnósticos psiquiátricos encontrados nessa pesquisa estão de acordo com o que tem sido visto na literatura, sendo que os mais freqüentemente relacionados ao comportamento suicida são: transtornos do humor, transtornos mentais relacionados ao uso de álcool, esquizofrenia e transtornos de personalidade (Bertolote e Fleischmann, 2002; Suominen et al., 2004c; Lucero et al., 2003; Botega et al., 2006). Encontraram-se os mesmos citados acima e ainda, entre os mais freqüentes, os transtornos neuróticos, relacionados ao “stress” e somatoformes.

Dos 210 entrevistados, somente em oito não foi possível definir um diagnóstico psiquiátrico, ou seja, pelo menos 96,2% possuíam algum transtorno mental. Um número muito próximo (97%) foi encontrado por Bertolote e Fleischmann (2002), entre os que cometeram suicídio, em estudos de autópsia psicológica. Esses achados reforçam a importância do diagnóstico precoce e do tratamento adequado para evitar um comportamento que coloque em risco a vida.

A maior frequência de ingestão de álcool e problemas relacionados ao seu consumo predominantemente entre os homens foi um dos resultados dessa pesquisa e está em concordância com os dados da literatura (Suokas e Lonnqvist, 1995; Crombie et al., 1998; Garlow, 2002; Evans et al., 2004; Suominen et al., 2004a). Essa foi uma importante característica na diferenciação dos sexos. Estudos brasileiros realizados na comunidade (Lima et al., 2003; Costa et al., 2004; Almeida-Filho et al., 2005) e no Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (Carlini, 2007), mostraram um maior consumo de álcool pelo sexo masculino. Dependendo do critério usado para a avaliação do consumo, a razão entre o sexo masculino e o feminino pode variar de 3:1 a 6:1 (homens:mulheres). Alguns estudos multicêntricos (Bloomfield et al., 2006; Mäkelä et al., 2006 e Rahav et al., 2006) evidenciaram uma associação do uso de álcool com a posição social. Mesmo com uma maior ingestão de bebida alcoólica pelo sexo masculino, quanto maior a posição social das mulheres, menor fica a diferença entre os sexos quando se avalia o consumo alcoólico.

Os homens com sintomas depressivos também parecem ter maior ingestão de álcool associada (Marcus et al., 2005). Após o resultado da experiência na ilha de Gotland, Rutz (2001b) sugeriu um novo modelo de síndrome depressiva no sexo masculino, do qual fazem parte a agressividade, o comportamento anti-social e o abuso de substância psicoativa. Dessa forma, o comportamento agressivo e o alcoolismo poderiam mascarar os sintomas depressivos.

Mesmo sem uma diferença estatisticamente significativa, provavelmente por causa do tamanho da amostra desse estudo, o comportamento anti-social foi mais freqüente em homens. Esse padrão de comportamento predominante entre o sexo masculino já foi identificado em outras pesquisas (Eley et al., 1999; Potegal e Archer, 2004; Keung, 2005). Parece existir uma tendência maior no sexo masculino ao abuso de álcool, ao comportamento agressivo e anti-social, que pode estar relacionado tanto a fatores genéticos e biológicos quanto psicológicos e sociais.

Além dos sintomas depressivos serem mascarados por outros problemas já citados, como agressividade e abuso de álcool, os homens, quando comparados às mulheres, também parecem ter maior dificuldade em identificar os próprios sintomas depressivos e a necessidade de ajuda (Rutz, 2001b). Por mais que isso possa acontecer, quanto à necessidade em receber apoio social, ambos os sexos tiveram pontuações altas. Isso significa que acreditavam precisar de muito apoio, portanto, no grupo estudado, eles conseguem identificar essa necessidade. Contudo, quanto a receber apoio, tiveram pontuações mais baixas e estariam recebendo menos apoio que o julgado necessário. Mesmo sem diferença entre os sexos na identificação da necessidade de ajuda, na questão de busca pelo tratamento e tentativa de obtenção do apoio necessitado, o sexo feminino se destacou.

Mais mulheres já haviam realizado tratamento psiquiátrico ou psicológico e, no momento da entrevista, mais da metade ainda estava em tratamento. Os homens tiveram uma chance quase duas vezes maior de nunca terem feito tratamento em saúde mental. Isso confirma o que tem sido visto nas pesquisas: o sexo feminino costuma procurar mais tratamento que o sexo masculino, independentemente da especialidade (Neighbors e Howard, 1987; Aalto-Setälä et al., 2002; Chang e Heitkemper, 2002; Hamada et al., 2002; French et al., 2004). Até mesmo em estudos com indivíduos deprimidos, ainda assim encontramos um maior número de mulheres em busca de cuidados em saúde mental (Aalto-Setälä et al., 2002; Hamada et al., 2002). Esse é um ponto que reforça a teoria das diferenças diagnósticas entre os sexos, relacionada à procura de atendimento, pois ela inclui a busca pelo tratamento mais freqüente no sexo feminino. Todavia, com essa pesquisa, não é possível afirmar que as mulheres tentam o suicídio, ao invés de matarem-se, por obterem mais tratamento. Não se pode correlacionar a maior busca por tratamento entre o sexo feminino com a eficácia do mesmo.

Assim como o abuso e a dependência de álcool estão fortemente associados ao comportamento suicida, o mesmo acontece com o diagnóstico de depressão (Bertolote e Fleischmann, 2002; Suominen et al., 2004c;

Lucero et al., 2003; Botega et al., 2006). Nessa pesquisa, o diagnóstico de depressão foi feito mais em mulheres, o que já era esperado, pois esse transtorno mental possui maior incidência e prevalência entre o sexo feminino (Weissman et al., 1984; Blazer et al., 1994; Weissman et al., 1996; Eaton et al., 1997). Contudo, essa variável não foi tão importante para a diferenciação entre os sexos. Mesmo com maior prevalência de depressão e início dos sintomas mais cedo no sexo feminino (Oquendo et al., 2007), isso indica que os sintomas depressivos também estão presentes nos homens que tentam o suicídio.

Praticamente não se encontrou diferenças entre os sexos quanto aos sintomas depressivos relatados. Quando levados em conta somente os sintomas depressivos usados nas classificações diagnósticas, não parece haver diferença significativa entre homens e mulheres (Bogner e Gallo, 2004). Não existe um consenso na literatura se existiria um padrão de sintomas depressivos diferente entre os sexos. Scheibe et al. (2003) encontrou maior frequência de sintomas vegetativos, ansiosos e de raiva entre as mulheres.

O sentimento de raiva é bastante associado ao comportamento suicida (Chance et al., 1996; Jollant et al., 2005; Tyano et al., 2006). Não se obteve diferença estatisticamente significativa entre os sexos na Escala de Traços de Raiva, o que pode significar que esse sentimento independe do sexo do indivíduo, mas costuma estar presente naqueles que tentam o suicídio. Entre os indivíduos entrevistados que tentaram o suicídio anteriormente, o sentimento de raiva esteve presente na maioria deles.

Levando-se em consideração a questão cultural, é possível que os homens tenham maior dificuldade em falar e em admitir alguns sintomas depressivos, pois podem interpretá-los como fraqueza. Portanto, pode existir um viés de informação, não necessariamente uma diferença significativa na sintomatologia depressiva, mas que dificulta o diagnóstico de depressão entre os homens.

Pelo menos metade dos entrevistados, de ambos os sexos, já enfrentou algum tipo de experiência traumática e, como um todo, não houve diferença quanto ao tipo de trauma sofrido. A exceção se faz para o abuso e ameaças de abuso físico, sexual ou psicológico, que foram mais freqüentes no sexo feminino. Por fim, história de abuso físico e/ou sexual foi uma variável importante, que serviu para diferenciar os sexos. Os homens tiveram 4,4 vezes menos relato de abuso físico e/ou sexual quando avaliado em conjunto com as outras variáveis. Tal fato pode ser um retrato da realidade, ou um viés de informação, no qual o sexo masculino tem dificuldade em admitir ter sofrido uma experiência desse tipo.

Estudos indicam que o abuso físico e sexual tem forte associação com o comportamento suicida (Stepakoff, 1998; Evans et al., 2004; Soderberg et al., 2004; Howard e Wang, 2005). Um grande estudo, Coorte retrospectivo, de Dube et al. (2001), com 17.337 adultos, mostrou que o risco de uma tentativa de suicídio ao longo da vida aumenta entre duas a cinco vezes se o indivíduo vivenciou no período da infância abuso emocional, físico ou sexual. Infelizmente, em nossa pesquisa, esse tema ficou restrito ao último ano.

Canetto e Lester (2002) realizaram um estudo em que foram examinadas cartas de suicidas e para ambos os sexos não se observou diferença nos motivos que precipitaram o ato, seja amoroso ou relacionado a conquistas no trabalho. Para as tentativas de suicídio em nosso meio, parece existir diferença nas dificuldades enfrentadas durante o último ano. O sexo masculino teve menos chance de ter problemas de saúde que o sexo feminino (3,6 vezes menos), enquanto que, relacionado a dificuldades no trabalho ou nos estudos, o oposto aconteceu, e os homens tiveram quase duas vezes mais chance de ter problemas que as mulheres. Como não houve diferença entre os sexos quanto a estar empregado, esse dado pode indicar que os homens exteriorizam suas dificuldades em ambientes como o trabalho, ou então, sofrem mais com esse tipo de problema. Já o sexo feminino, talvez por procurar mais os serviços de saúde, identifique mais doenças quando comparado ao sexo masculino. Outra possibilidade, como observado por Gamma (2001), é que por possuírem uma visão mais ampla de

bem-estar, ao apresentarem uma doença física, as mulheres sofram mais do ponto de vista psicológico.

Nesse estudo, realizado logo após uma tentativa de suicídio, os homens não relataram tanta piora no bem-estar como as mulheres. Quando foi comparada cada questão do Índice de Bem-Estar da OMS entre os sexos, na maioria houve diferença significativa, apontando para índices piores entre o sexo feminino. Um desses itens, “sentir-se ativo e vigoroso”, permaneceu como forte diferenciador entre os sexos na análise multivariada. Parte disso pode ser porque as mulheres tiveram mais freqüentemente diagnóstico de depressão e obtiveram piores índices na Escala de Beck de Depressão, e a escala em questão pode ser usada como um instrumento para rastreamento de depressão (Bonsignore et al., 2001). Mais um fator que pode influenciar esse resultado são os aspectos culturais, já que os homens precisam parecer “fortes” perante a sociedade.

Outro resultado desse estudo que chama a atenção é a questão da freqüência à igreja ou culto, pois é uma das formas de se avaliar o quanto o indivíduo está envolvido com a sua religião. Apesar de não encontrarmos diferenças significativas relacionadas à denominação da religião professada, os homens freqüentavam menos o culto religioso do que as mulheres. Dervic et al. (2004) verificaram que independentemente da religião praticada, quanto maior a objeção moral ao suicídio entre os seus afiliados, menor a freqüência de comportamento suicida.

Mesmo a religiosidade funcionando como um fator de proteção, em que as objeções morais podem proteger em relação ao suicídio, outros fatores devem atuar, para que as mulheres tentem mais o suicídio e menos freqüentemente tenham um desfecho fatal. É possível que, apesar de todos os fatores envolvidos no comportamento suicida, de alguma forma, seja ela através de objeção moral, princípios de bem-viver, tolerância, ou presença de rede de apoio, a religiosidade atue para que não se tenha um desfecho fatal.

Canetto (1997), ao revisar trabalhos norte-americanos verificou que as mulheres possuíam uma atitude mais condenatória em relação ao “direito de suicidar-se”. Talvez, esse seja um dos fatores que atue junto com outros, não totalmente esclarecidos, e acabe protegendo as mulheres de um comportamento suicida com desfecho fatal. Portanto, estimular as crenças religiosas que o indivíduo considera importante para lidar com o estresse pode ser bastante útil na prevenção do suicídio.

Diferente dos homens, em nosso estudo, as mulheres tiveram uma chance 2,7 vezes maior de já terem tentado o suicídio anteriormente. Cais (2006) realizou um estudo com esse mesmo grupo, comparou indivíduos com uma tentativa de suicídio (primeira vez) e com três ou mais (repetidores). Chamou a atenção o aumento da proporção do sexo feminino no grupo dos “repetidores”. Isso pode indicar uma maior dificuldade, no sexo feminino, em lidar com crises, ou uma forma de lidar com o sofrimento em que o único recurso encontrado é por meio de uma tentativa de suicídio.

Apesar de as mulheres serem a maioria nos estudos com indivíduos que tentam o suicídio, é normalmente o sexo masculino quem faz tentativas de suicídio com maior gravidade. Nesta pesquisa, os homens que tentaram o suicídio estiveram em condição de maior perigo de morte que o sexo feminino e precisaram de mais cuidados médicos, confirmando o que foi visto em outros estudos, como os de Rapeli e Botega (1998, 2005), Hawton (2000), Skogman et al. (2004) e Gibb et al. (2005).

Uma maior proporção de homens nessa pesquisa usou um método violento na tentativa de suicídio, embora a diferença não tenha sido estatisticamente significativa. Provavelmente, o tamanho da amostra não foi suficiente para detectá-la. Também não temos os dados sobre os métodos usados por aqueles que morreram por suicídio, no período em que durou o estudo. Já está bem estabelecido na literatura que, de um modo geral, os homens costumam usar métodos mais violentos e cometem mais suicídios, enquanto as mulheres

fazem mais tentativas (Canetto e Sakinofsky, 1998; Hawton, 2000; Skogman et al., 2004; Fekete et al., 2005; Fleischmann et al., 2005).

O método usado na tentativa de suicídio pode contribuir bastante para um desfecho fatal, ao ponto de fazer parte de uma das teorias que tenta explicar essa diferença encontrada entre os sexos. Portanto, seria importante explorar um pouco mais o que estaria por trás dessa escolha. Um estudo de Denning et al. (2000) não encontrou relação entre intencionalidade suicida e o método escolhido pelos sexos para cometer o suicídio. Skogman (2004), em uma pesquisa com 1.052 indivíduos que tentaram o suicídio, também não observou diferença entre os sexos quanto à intencionalidade. Uma vez que os atos auto-lesivos (*self-harm*) foram incluídos, sua amostra pode ter tido indivíduos com comportamentos mais impulsivos. Em nossa análise isso se repetiu, pois não se encontrou diferença significativa entre os sexos na escala de Intencionalidade Suicida.

A intencionalidade suicida deve influenciar na escolha do método, mas pelo que se tem visto na literatura científica, não consegue explicar totalmente a diferença observada entre homens e mulheres. Esses achados reforçam a complexidade do comportamento suicida e ajudam a evitar a banalização que poderia acontecer se todas as tentativas de suicídio entre o sexo feminino fossem consideradas com baixa intenção de morrer. Pode ser que um grande número de tentativas de suicídio no sexo masculino também não tenha planejamento. É possível que, sob o efeito de substâncias psicoativas, como o álcool, os homens ajam de forma impulsiva, com deterioração da capacidade de juízo e responsabilidade, o que pode facilitar ainda mais um desfecho fatal.

Ainda em relação à escolha do método, o acesso a ele pode influenciar na escolha. Por exemplo, a maior familiaridade dos homens com armas de fogo faz com que este seja um dos métodos mais usados entre o sexo masculino nos Estados Unidos da América (Canetto e Sakinofsky, 1998). Kposowa e McElvain (2006) em um estudo com 643 casos de suicídio, concluíram que as pessoas

costumam usar métodos para cometer suicídio aos quais elas têm fácil acesso, principalmente dentro dos seus lares.

Outro aspecto que precisa ser levado em consideração é a maior agressividade associada ao sexo masculino (Krakowski e Czobor, 2004). Dumais et al. (2005) após pesquisa com autópsia psicológica, observou que, mesmo controlando fatores como idade, sexo, uso de substância psicoativa e as principais patologias (eixo 1 e 2 do Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais versão IV), uma história de vida com agressividade e a interação entre impulsividade e comportamento agressivo, estiveram associados ao uso de método violento nos suicídios.

Hyde (2005) identificou diferenças estatisticamente significativas entre os sexos em características como: comportamento motor, alguns aspectos da sexualidade e agressividade, especialmente a física. Entretanto, mudanças no contexto, como em papéis sociais esperados, são capazes de alterar a magnitude e até inverter a direção de algumas diferenças identificadas (Hyde, 2005).

Estudos mostram que o padrão de diferenças entre os sexos e em grupos estereotipados socialmente, em geral, coincide com o que é esperado como papel-social (Lightdale e Prentice, 1994; Steele e Aronson, 1995; Steele, 1997, Anderson e Leaper, 1998). Entretanto, esses comportamentos, que seriam esperados socialmente, podem ser alterados quando se diminui o aspecto social. Um exemplo é o estudo de Lightdale e Prentice (1994), em que ao minimizar a influência social, o sexo feminino demonstrou comportamento tão violento ou mais que o sexo oposto. Sendo que na auto-avaliação, realizada pelos participantes da pesquisa, o comportamento mais agressivo não foi percebido e os relatos corresponderam ao que seria esperado socialmente em ambos os sexos.

Em vista do que foi exposto acima, as questões sócio-culturais parecem exercer uma grande influência no comportamento humano. Seguindo ainda essa linha, Canetto (1997) fez uma revisão dos estudos norte-americanos que abordavam o comportamento suicida entre jovens, com o objetivo de entender

melhor qual o significado para cada gênero. Tanto homens quanto mulheres tiveram graus semelhantes de estresse psicológico, porém os problemas eram percebidos pelas mulheres como pessoais e a ajuda foi buscada no sistema de saúde. Entretanto, os homens percebiam seus problemas como parte de uma doença cultural, econômica ou social, e procuraram ajuda por meio de programas sociais e de sistemas legais.

Ainda segundo Canetto (1997), o que levaria os homens e as mulheres norte-americanas a apresentarem comportamento suicida com desfechos diferentes, seria pelo menos em parte, a questão cultural. O comportamento suicida não fatal seria visto como um comportamento “feminino”, interpretado como um pedido de ajuda e “esperado” das mulheres. O suicídio, entre o sexo feminino, seria julgado de forma mais negativa que o masculino. Isso não significa que o comportamento suicida não fatal seria visto de forma positiva, pelo contrário, ele é frequentemente considerado covarde e doentio. Contudo, para os homens norte-americanos, sobreviver a um ato suicida é praticamente inaceitável do ponto de vista cultural. Porém, o suicídio, para os homens, seria visto com um menor grau de recriminação e como um comportamento masculino. Esses papéis sociais estariam relacionados à feminilidade e à masculinidade dos indivíduos, não dependendo necessariamente do sexo.

Justamente na questão do desempenho dos papéis sociais, um dos resultados desse trabalho foi que, de um modo geral, quase metade dos entrevistados tiveram alguma disfunção. Ou seja, tanto homens quanto mulheres não conseguiram corresponder ao que seria esperado socialmente. A escala usada na avaliação é centrada no mês antecedente à tentativa de suicídio, exceto quando avalia o funcionamento em situações de emergência em que a pergunta refere-se aos últimos seis meses. Especificamente nessa questão, sobre o funcionamento em situações de emergência, mais mulheres demonstraram disfunção: obtiveram duas vezes mais chance de ter dificuldades que o sexo masculino. Isso pode significar que elas já tinham um prejuízo em cumprir atividades sociais há mais tempo que os homens. Ou então, que quando a

atividade exige um desempenho imediato, uma ação mais rápida e que foge da rotina, o sexo feminino tem maior dificuldade em agir.

Outro desempenho avaliado foi o papel ocupacional relacionado ao interesse em iniciar uma atividade, como procurar um emprego. Apesar de não se ter encontrado diferença estatisticamente significativa entre os sexos, o que pode ser conseqüência do tamanho da amostra, mais mulheres demonstraram disfunção quanto à procura de trabalho ou estudo, enquanto mais homens estavam em busca de trabalho ou estudo. A maior freqüência de depressão entre o sexo feminino pode ter sido um fator de influência, visto que menor interesse em iniciar uma atividade, com diminuição do prazer, é um sintoma depressivo. Ainda pode ter influenciado esse resultado, um aspecto social predominante, no qual se espera que os homens sejam os provedores da família, enquanto as mulheres ficariam responsáveis pelos cuidados com a casa e dos filhos. Conseqüentemente, procurar um trabalho pode não ser considerado prioridade para o sexo feminino, ou então pode ser visto como uma tarefa mais difícil.

Socialmente, parece existir uma maior “cobrança” para que os homens trabalhem fora de casa. Isso pode fazer com que, apesar dos problemas enfrentados eles tentem ao máximo preservar seu funcionamento social, mesmo que traga conseqüências desastrosas no futuro e contribua para que seja postergada a procura de ajuda. Não se pode deixar de considerar que, especificamente na escala de Desempenho do Papel Social, um viés do avaliador pode existir. Por se tratar de um instrumento em que o grau de disfunção é definido pelo avaliador, mesmo com critérios a serem seguidos, os aspectos culturais podem exercer influência.

Os sentimentos percebidos pelos indivíduos que já tentaram o suicídio auxiliam na compreensão do contexto social. Pouco se sabe sobre os sentimentos daqueles que tentaram o suicídio depois de um tempo após a tentativa. Em geral, são abordados os sentimentos que a antecederam (Schnyder et al., 1999). Isso pode ajudar a entender também a dificuldade de adesão ao tratamento e o porquê muitos não buscam ajuda (Botega et al., 1995; Botega et al., 2005).

No presente estudo, a maioria dos entrevistados relatou sintomas negativos em relação a si mesmo, como raiva, medo, insegurança e vergonha. Esse último sentimento, apesar de não ter alcançado diferença estatisticamente significativa, foi mais relatado entre os homens (72,7% versus 54,3%). Ao se observar que a vergonha é um dos principais sentimentos seguintes à tentativa de suicídio, algumas medidas podem ser adotadas pelas equipes de saúde, que poderão contribuir para uma melhor recuperação entre os que tentaram o suicídio. Wiklander et al. (2003) observaram que uma posição de respeito, tolerância e não-julgamento auxiliam na diminuição do sentimento de vergonha e das expectativas em relação à vida diária entre os que tentaram o suicídio. Contudo, uma atitude negativa por parte da equipe que presta atendimento ao paciente faz com que a vergonha se exacerbe. Isso pode ter grande influência na adesão ao tratamento e, portanto, deve-se tomar cuidado com esse grupo para que se evite a exacerbação do sentimento de vergonha.

Uma importante diferença entre os sexos observada nesse estudo foi quanto aos sentimentos relatados após a tentativa de suicídio prévia. Os homens relataram mais frequentemente o sentimento de pena de si mesmo, três vezes mais que o sexo feminino. Pode ser que a tentativa de suicídio seja vista como um fracasso especialmente pelos homens, como já apontado por Canetto (1997), e que sua percepção individual é de que perante o seu meio social ele também será visto como um fraco. Portanto, ao mesmo tempo, surgiriam os sentimentos de pena e vergonha de si mesmo. As características culturais e sociais podem reforçar isso, como já mencionado anteriormente. Outro aspecto é que após a tentativa de suicídio, mesmo muitas vezes mobilizando familiares e/ou amigos, os problemas relatados não desaparecem rapidamente. Sentimentos ruins em relação a si mesmo podem durar por um tempo que é difícil estimar. Logo, os indivíduos que tentaram o suicídio anteriormente terão ainda que lidar com as conseqüências dessa tentativa, sejam elas físicas, psicológicas ou sociais.

Observou-se que os homens tiveram menos diagnóstico e menor grau de depressão, diziam-se “ativos e vigorosos”, porém ingeriam bebida alcoólica mais frequentemente, fizeram tentativas de suicídio mais graves, sentiam mais

vergonha e pena de si mesmos, demonstraram mais problemas no trabalho e buscaram menos tratamento. Já as mulheres relataram, com maior frequência, terem sofrido abuso físico e/ou sexual, tiveram mais frequentemente diagnóstico e maior grau de depressão, apresentaram maior dificuldade em lidar com crises, buscaram mais tratamento e freqüentaram mais os cultos religiosos.

O perfil descrito acima, para cada sexo, parece ser moldado, em maior parte, pelas características culturais e sociais. Atualmente, um número cada vez maior de mulheres tem exercido papéis antes considerados masculinos. Pode ser que em algum ponto dessa busca pela igualdade social entre os sexos, os comportamentos tornem-se cada vez mais parecidos, inclusive em relação ao suicídio. Como esta foi uma pesquisa clínica e não um estudo antropológico, considerou-se somente as características fisiológicas relacionadas à reprodução para a definição do sexo. Seria importante que outras pesquisas abordassem a questão da identidade de gênero, avaliassem os aspectos sócio-culturais das características masculinas e femininas em nosso meio e identificassem possíveis vieses culturais. Range e Leach (1998) fizeram uma pertinente crítica às formas de pesquisa relacionadas ao comportamento suicida que também estão sujeitas ao viés cultural, inclusive aos termos utilizados nos artigos publicados, pois “sobreviver a uma tentativa de suicídio” possui uma conotação de fracasso. Esse problema aparece especialmente em alguns termos comumente usados em inglês, como “*completed suicide*” e “*successful suicide*”, que traduzidos literalmente seriam “*suicídio completo*” e “*suicídio exitoso*”.

Para uma prevenção mais abrangente, seria necessário um grande investimento em educação social. Entretanto, a prevenção específica, focalizada nas necessidades de cada grupo em maior risco já poderia ser um bom começo. O sexo masculino, que teve problemas relacionados principalmente ao consumo de álcool, faz parte de um grupo com grande risco para o comportamento suicida. Infelizmente, esse é um grupo de risco importante e pouco conhecido pelos serviços de saúde. Sendo assim, medidas de prevenção específicas para esse grupo deveriam ser desenvolvidas, tendo como um dos objetivos diminuir o uso

excessivo de álcool. Esta tarefa não é fácil, pois o consumo de bebida alcoólica também está relacionado ao estilo de vida. Mesmo assim, uma tentativa de suicídio associada ao consumo freqüente de álcool torna a prevenção indicada nesse grupo e deveria ser realizada de forma ativa. Para o sexo feminino, medidas terapêuticas que auxiliem no enfrentamento de crises podem ter um efeito significativo na diminuição do comportamento suicida.

6- CONCLUSÃO

Quase todos os indivíduos que tentaram o suicídio tiveram um diagnóstico psiquiátrico. Houve diferença estatisticamente significativa entre os sexos quanto aos transtornos do humor, predominantes em mulheres, estas também com maior grau de depressão. Entre os homens predominou o transtorno mental por uso de substâncias psicoativas, notadamente de álcool.

As mulheres relataram mais dificuldades na vida diária, com piores índices na escala de Bem-Estar, na escala de Beck de Depressão e na escala de Desempenho do Papel Social, principalmente quando precisavam agir em situações de emergência. Um maior número de mulheres afirmou ter sofrido abuso físico e/ou sexual no último ano e mais da metade da população feminina estudada já havia tentado o suicídio anteriormente. O sexo feminino também teve mais problemas físicos de saúde no último ano, foi mais ao culto/igreja e buscou tratamento em saúde mental com maior frequência. Mesmo com essa procura por ajuda, as mulheres demonstraram maior dificuldade em lidar com situações de crise.

O sexo masculino teve menos diagnóstico de transtorno do humor, menor grau de depressão, disse sentir-se “mais ativo e vigoroso”, com melhores escores no Índice de Bem-Estar e na escala de Desempenho do Papel Social. Apesar disso, os homens consumiam bebida alcoólica com maior frequência e fizeram tentativas de suicídio com maior gravidade. Muitas vezes, a ingestão de bebida alcoólica ou o uso de drogas esteve associado ao ato suicida. No último ano, relataram mais problemas no trabalho. Também sentiram mais vergonha e pena de si mesmos após as tentativas de suicídio anteriores. Os homens parecem ter mais dificuldade em admitir o sofrimento, e é possível que, mais frequentemente, procurem alívio por meio do uso de álcool.

Entre todas as variáveis estudadas, as que discriminaram diferenças entre os sexos foram: transtorno mental por uso de substância psicoativa e uso de álcool ou drogas na tentativa de suicídio (pelo menos três vezes mais freqüente no sexo masculino), história de abuso físico e/ou sexual (aproximadamente quatro vezes mais freqüente entre as mulheres), e mais relatos entre os homens

(cerca de quatro vezes mais) em um dos itens do Índice de Bem-estar da OMS, o de “sentir-se ativo e vigoroso”, mesmo considerando que foram entrevistados logo após uma tentativa de suicídio.

7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aalto-Setälä T, Marttunen M, Tuulio-Henriksson A, Poikolainen K, Lonnqvist J. Psychiatric treatment seeking and psychosocial impairment among young adults with depression. *J Affect Disord* 2002;70(1):35-47.

Abbinante AF, Pasqualatto D, Paris V. Incidência de intentos de suicidio atendidos por el médico durante el periodo 1984-1991. *Farmacia al Día* 1995;6(4):194-195.

Aghanwa H. The determinants of attempted suicide in a general hospital setting in Fiji Islands: a gender-specific study. *Gen Hosp Psychiatry* 2004;26(1):63-9.

Ali A, Maharajh HD. Social predictors of suicidal behaviour in adolescents in Trinidad and Tobago. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005;40(3):186-91.

Almeida AM, Neto FLA. Religião e comportamento suicida - a cultura da morte. In: Meleiro AMAS, Teng CT, Wang YP, editors. *Suicídio estudos fundamentais*. São Paulo: Segmento Farma; 2004.

Almeida-Filho N, Lessa I, Magalhaes L, Araujo MJ, Aquino E, James SA, et al. Social inequality and alcohol consumption-abuse in Bahia, Brazil-- interactions of gender, ethnicity and social class. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005;40(3):214-22.

Anderson KJ, Leaper C. Meta-analyses of gender effects on conversational interruption: Who, what, when, where and how. *Sex Roles* 1998;39:225-252.

Andriolo KR. Gender and the cultural construction of good and bad suicides. *Suicide Life Threat Behav* 1998;28(1):37-49.

Arie S. Teenage suicides double as the future crumbles. *Bmj* 2002;324(7348):1238.

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

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

Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. *J Consult Clin Psychol* 1979;47(2):343-52.

Beck AT, Steer RA. *Beck Depression Inventory Manual*. San Antonio: Psychological Corporation; 1993.

Bertolote JM, Fleischmann A. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. *World Psychiatry* 2002;1(3):181-185.

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

Bertolote JM, Vijayakumar L, Ekeberg O, Lønnqvist J, Schlebush L, Värnik A, et al. *Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária*. Genebra: OMS; 2000.

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

Bille-Brahe U, Andersen K, Wasserman D, Schmidtke A, Bjerke T, Crepet P, et al. The WHO-EURO Multicentre Study: risk of parasuicide and the comparability of the areas under study. *Crisis* 1996a;17(1):32-42.

Bille-Brahe U, Kerkhof A, De Leo D, Schmidtke A, Crepet P, Lonnqvist J, et al. A repetition-prediction study on European parasuicide populations. Part II of the WHO/Euro Multicentre Study on Parasuicide in cooperation with the EC Concerted Action on Attempted Suicide. *Crisis* 1996b;17(1):22-31.

Blazer DG, Kessler RC, McGonagle KA, Swartz MS. The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: the National Comorbidity Survey. *Am J Psychiatry* 1994;151(7):979-86.

Bloomfield K, Grittner U, Kramer S, Gmel G. Social inequalities in alcohol consumption and alcohol-related problems in the study countries of the EU concerted action 'Gender, Culture and Alcohol Problems: a Multi-national Study'. *Alcohol Alcohol Suppl* 2006;41(1):i26-36.

Bogner HR, Gallo JJ. Are higher rates of depression in women accounted for by differential symptom reporting? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004;39(2):126-32.

Bonsignore M, Barkow K, Jessen F, Heun R. Validity of the five-item WHO Well-Being Index (WHO-5) in an elderly population. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2001;251 Suppl 2:II27-31.

Botega NJ. Suicide: moving away umbrage towards a National Prevention Plan. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2007;29(1):7-8.

Botega NJ, Barros MB, Oliveira HB, Dalgalarondo P, Marin-Leon L. Suicidal behavior in the community: prevalence and factors associated with suicidal ideation. *Rev Bras Psiquiatr* 2005;27(1):45-53.

Botega NJ, Cano FdO, Kohn SdC, Knoll AI, Pareira WAB, Bonardi CM. Tentativa de suicídio e adesão ao tratamento: um estudo descritivo em hospital geral. *Jornal brasileiro de psiquiatria* 1995;44(1):19-25.

Botega NJ, Garcia LSL. Brazil: the need for violence (including suicide) prevention. *World Psychiatry* 2004;3(3):157-158.

Botega NJ, Rapeli CB, Cais CFS. Comportamento suicida. In: Botega NJ, editor. *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*. 2 ed. Porto Alegre: Artmed; 2006. p. 431-445.

Brasil. Base de dados de mortalidade. In: DATASUS, editor. *Brasil: Sistema de Informações sobre Mortalidade*. Ministério da Saúde; 2004.

Brown RM. *The Art of Suicide*. London: Reaktion Books; 2001.

Bruce ML, Ten Have TR, Reynolds CF, 3rd, Katz, II, Schulberg HC, Mulsant BH, et al. Reducing suicidal ideation and depressive symptoms in depressed older primary care patients: a randomized controlled trial. *Jama* 2004;291(9):1081-91.

Burrows S, Laflamme L. Living circumstances of suicide mortality in a South African city: an ecological study of differences across race groups and sexes. *Suicide Life Threat Behav* 2005;35(5):592-603.

Cais CFS. Tentativa de suicídio recorrente: um estudo clínico de indivíduos que tentaram o suicídio ao menos três vezes [mestrado]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2006.

Canetto SS. Gender roles, suicide attempts, and substance abuse. *J Psychol* 1991;125(6):605-20.

Canetto SS. Meanings of gender and suicidal behavior during adolescence. *Suicide Life Threat Behav* 1997;27(4):339-51.

Canetto SS, Lester D. Love and achievement motives in women's and men's suicide notes. *The Journal of Psychology* 2002;136(5):573-576.

Canetto SS, Sakinofsky I. The gender paradox in suicide. *Suicide Life Threat Behav* 1998;28(1):1-23.

Cantor CH. Suicide in the Western World. In: Hawton K, Heeringen Kv, editors. *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*. Chichester: John Wiley & Sons; 2000. p. 9-28.

Carlini EA. II Levantamento Domiciliar sobre Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil – 2005. In: CEBRID/UNIFESP, editor.: *Secretaria Nacional Antidrogas/Gabinete de Segurança Institucional*; 2007. p. 1-76.

Cassorla RMS. Jovens que tentam suicídio. Antecedentes mórbidos e de condutas autodestrutivas. Um estudo comparativo com jovens normais e com problemas mentais (II). *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 1984a;33(2):93-98.

Cassorla RMS. Jovens que tentam o suicídio características demográficas e sociais. Um estudo comparativo com jovens normais e com problemas mentais (I). *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 1984b;33(1):3-12.

Cassorla RMS. Comportamentos Suicidas na Infância e Adolescência. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 1987;36(3):137-44.

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

Chance SE, Reviere SL, Rogers JH, James ME, Jessee S, Rojas L, et al. An empirical study of the psychodynamics of suicide: a preliminary report. *Depression* 1996;4(2):89-91.

Chang L, Heitkemper MM. Gender differences in irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 2002;123(5):1686-701.

Chaves A, Sarin L, Mari J. Escala de avaliação de incapacitação psiquiátrica (DAS). São Paulo: Escola Paulista de Medicina; 1990.

Cheng ATA, Lee C-S. Suicide in Asia and the Far East. In: Hawton K, Heeringen Kv, editors. *Suicide and Attempted Suicide*. Chichester: John Wiley & Sons; 2000. p. 29-48.

Coryell W, Arndt S, Turvey C, Endicott J, Solomon D, Mueller T, et al. Lithium and suicidal behavior in major affective disorder: a case-control study. *Acta Psychiatr Scand* 2001;104(3):193-7.

Costa JS, Silveira MF, Gazalle FK, Oliveira SS, Hallal PC, Menezes AM, et al. [Heavy alcohol consumption and associated factors: a population-based study]. *Rev Saude Publica* 2004;38(2):284-91.

Crombie IK, Pounder DJ, Dick PH. Who takes alcohol prior to suicide? *J Clin Forensic Med* 1998;5(2):65-8.

De Leo D, Cerin E, Spathonis K, Burgis S. Lifetime risk of suicide ideation and attempts in an Australian community: prevalence, suicidal process, and help-seeking behaviour. *J Affect Disord* 2005;86(2-3):215-24.

Denning DG, Conwell Y, King D, Cox C. Method choice, intent, and gender in completed suicide. *Suicide Life Threat Behav* 2000;30(3):282-8.

Dervic K, Oquendo MA, Grunebaum MF, Ellis S, Burke AK, Mann JJ. Religious affiliation and suicide attempt. *Am J Psychiatry* 2004;161(12):2303-8.

Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, Chapman DP, Williamson DF, Giles WH. Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: findings from the Adverse Childhood Experiences Study. *Jama* 2001;286(24):3089-96.

Dumais A, Lesage AD, Lalovic A, Seguin M, Tousignant M, Chawky N, et al. Is violent method of suicide a behavioral marker of lifetime aggression? *Am J Psychiatry* 2005;162(7):1375-8.

Durkheim É. *O Suicídio*. São Paulo: Martin Claret; 2005 (1897).

Eaton WW, Anthony JC, Gallo J, Cai G, Tien A, Romanoski A, et al. Natural history of Diagnostic Interview Schedule/DSM-IV major depression. The Baltimore Epidemiologic Catchment Area follow-up. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54(11):993-9.

Eley TC, Lichtenstein P, Stevenson J. Sex differences in the etiology of aggressive and nonaggressive antisocial behavior: results from two twin studies. *Child Dev* 1999;70(1):155-68.

Evans E, Hawton K, Rodham K. Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: a systematic review of population-based studies. *Clin Psychol Rev* 2004;24(8):957-79.

Favazza AR. The coming of age of self-mutilation. *J Nerv Ment Dis* 1998;186(5):259-68.

Feijó RB, Salazar CC, Bozko MP, Candiago R, Ávila S. O adolescente com tentativa de suicídio: características de uma amostra de 13 a 20 anos atendida em emergência médica. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 1996;45(11):645-64.

Fekete S, Voros V, Osvath P. Gender differences in suicide attempters in Hungary: retrospective epidemiological study. *Croat Med J* 2005;46(2):288-93.

Fennig S, Geva K, Zalzman G, Weitzman A, Apter A. Effect of gender on suicide attempters versus nonattempters in an adolescent inpatient unit. *Compr Psychiatry* 2005;46(2):90-7.

Fleischmann A, Bertolote JM, De Leo D, Botega N, Phillips M, Sisask M, et al. Characteristics of attempted suicides seen in emergency-care settings of general hospitals in eight low- and middle-income countries. *Psychol Med* 2005;35(10):1467-74.

Freitas GV, Botega NJ. Prevalence of depression, anxiety and suicide ideation in pregnant adolescents. *Rev Assoc Med Bras* 2002;48(3):245-9.

Freitas GVE. Adolescentes grávidas e comportamento suicida: um estudo de caso-controle [doutorado]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2007.

French CT, Fletcher KE, Irwin RS. Gender differences in health-related quality of life in patients complaining of chronic cough. *Chest* 2004;125(2):482-8.

Gamma A, Angst J. Concurrent psychiatric comorbidity and multimorbidity in a community study: gender differences and quality of life. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2001;251 Suppl 2:II43-6.

Garlow SJ. Age, gender, and ethnicity differences in patterns of cocaine and ethanol use preceding suicide. *Am J Psychiatry* 2002;159(4):615-9.

Gaspari VPP, Botega NJ. Social support and suicide attempt. *Jornal brasileiro de psiquiatria* 2002;51(4):233-204.

Gelenberg AJ. Can lithium help to prevent suicide? *Acta Psychiatr Scand* 2001;104(3):161-2.

Gibb SJ, Beautrais AL, Fergusson DM. Mortality and further suicidal behaviour after an index suicide attempt: a 10-year study. *Aust N Z J Psychiatry* 2005; 39(1-2):95-100.

Gilbody S, House A, Owens D. The early repetition of deliberate self harm. *J R Coll Physicians Lond* 1997;31(2):171-2.

Gorenstein C, Andrade L. Validation of a Portuguese version of the Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. *Braz J Med Biol Res* 1996;29(4):453-7.

Gunnell DJ, Peters TJ, Kammerling RM, Brooks J. Relation between parasuicide, suicide, psychiatric admissions, and socioeconomic deprivation. *Bmj* 1995;311(6999):226-30.

Hall W. What have population surveys revealed about substance use disorders and their co-morbidity with other mental disorders? *Drug Alcohol Rev* 1996;15(2):157-70.

Hamada N, Endo S, Tomita H. Characteristics of 2278 patients visiting the Nihon University Hospital Taste Clinic over a 10-year period with special reference to age and sex distributions. *Acta Otolaryngol Suppl* 2002(546):7-15.

Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br J Psychiatry* 1997;170:205-28.

Hawton K. Sex and suicide. Gender differences in suicidal behaviour. *Br J Psychiatry* 2000;177:484-5.

He ZX, Lester D. Sex differences in suicidal ideation in a community sample from China. *Crisis* 2001;22(3):132-4.

Heun R, Burkart M, Maier W, Bech P. Internal and external validity of the WHO Well-Being Scale in the elderly general population. *Acta Psychiatr Scand* 1999;99(3):171-8.

Houaiss A, Villar MS. *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva; 2001.

Howard DE, Wang MQ. Psychosocial correlates of U.S. adolescents who report a history of forced sexual intercourse. *J Adolesc Health* 2005;36(5):372-9.

Hyde JS. The gender similarities hypothesis. *Am Psychol* 2005;60(6):581-92.

IBGE. Educação: anos de estudo. In: *Brasil em Síntese*. Brasília: IBGE; 2003.

Jollant F, Bellivier F, Leboyer M, Astruc B, Torres S, Verdier R, et al. Impaired decision making in suicide attempters. *Am J Psychiatry* 2005;162(2):304-10.

Juarez-Aragon G, Castanon-Gonzalez JA, Perez-Morales AJ, Montoya Cabrera MA. [Clinical and epidemiological characteristics of severe poisoning in an adult population admitted to an intensive care unit]. *Gac Med Mex* 1999;135(6):669-75.

Kerkhof A, Bernasco W, Bille-Brahe U, Platt S, Schmidtke A. European Parasuicide Study Interview Schedule (EPISIS). In: Bille-Brahe U, editor. Facts and Figures: WHO/EURO. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1999.

Kerkhof JFM. Attempted Suicide: Patterns and Trends. In: Hawton K, Heeringen Kv, editors. Suicide and Attempted Suicide. Chichester: John Wiley & Sons; 2000. p. 49-64.

Keung H. The relation of gender-role classifications to the prosocial and antisocial behavior of Chinese adolescents. *J Genet Psychol* 2005;166(2):189-201.

Khan MM, Reza H. Gender differences in nonfatal suicidal behavior in Pakistan: significance of sociocultural factors. *Suicide Life Threat Behav* 1998;28(1):62-8.

Kirschbaum A, Solar FT, Zepeda GF, Escobar C. Suicidio en Santiago de Chile. *Psiquiatría y Salud Mental* 2002;19(4):197-203.

Koenig HG, Larson DB, Larson SS. Religion and coping with serious medical illness. *Ann Pharmacother* 2001;35(3):352-9.

Kposowa AJ, McElvain JP. Gender, place, and method of suicide. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006;41(6):435-43.

Krakowski M, Czobor P. Gender differences in violent behaviors: relationship to clinical symptoms and psychosocial factors. *Am J Psychiatry* 2004;161(3):459-65.

Kuo WH, Gallo JJ, Eaton WW. Hopelessness, depression, substance disorder, and suicidality--a 13-year community-based study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004;39(6):497-501.

Kwan YK, Ip WC, Kwan P. Gender differences in suicide risk by socio-demographic factors in Hong Kong. *Death Stud* 2005;29(7):645-63.

Larosa E, Consoli SM, Hubert-Vadenay T, Leclesiau H. [Factors associated with suicidal risk among consulting young people in a preventive health center]. *Encephale* 2005;31(3):289-99.

Lester BY. Learnings from Durkheim and beyond: the economy and suicide. *Suicide Life Threat Behav* 2001;31(1):15-31.

Lester D. Effect of changing alcohol laws in Iceland on suicide rates. *Psychol Rep* 1999;84(3 Pt 2):1158.

Lightdale JR, Prentice DA. Rethinking sex differences in aggression: Aggressive behavior in the absence of social roles. *Personality and Social Psychology Bulletin* 1994;20:34-44.

Lima MCP, Botega NJ. Hospital-dia: para quem e para quê? *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2001;23(4):195-199.

Lima MS, Dunn J, Novo IP, Tomasi E, Reisser AA. Gender differences in the use of alcohol and psychotropics in a Brazilian population. *Subst Use Misuse* 2003;38(1):51-65.

Lopez. Trabajo de investigación sobre el suicidio. Universidad Mayor de San Andrés. Facultad de Humanidades. Carrera de Psicología. Centro de documentacion OPS/OMS 2002.

Lucero R, Díaz N, Villalba L. Caracterización clínica y epidemiológica de los suicidios en Montevideo y de los intentos de autoeliminación (IAE) en el Hospital de Clínicas en el período abril 2000-abril 2001. *Revista de Psiquiatría del Uruguay* 2003;67(1):5-20.

Lucero RK. Suicidios en el Uruguay: su relación con la economía nacional (1972-1992). *Rev Med Uruguay* 1998;14:236-247.

Makela P, Gmel G, Grittner U, Kuendig H, Kuntsche S, Bloomfield K, et al. Drinking patterns and their gender differences in Europe. *Alcohol Alcohol Suppl* 2006;41(1):i8-18.

Malone KM, Oquendo MA, Haas GL, Ellis SP, Li S, Mann JJ. Protective factors against suicidal acts in major depression: reasons for living. *Am J Psychiatry* 2000;157(7):1084-8.

Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. *Jama* 2005;294(16):2064-74.

Marcus SM, Young EA, Kerber KB, Kornstein S, Farabaugh AH, Mitchell J, et al. Gender differences in depression: findings from the STAR*D study. *J Affect Disord* 2005;87(2-3):141-50.

Marecek J. Culture, gender, and suicidal behavior in Sri Lanka. *Suicide Life Threat Behav* 1998;28(1):69-81.

Marín-León L, Barros MBA. Suicide mortality: gender and socioeconomic differences. *Revista de Saúde Pública* 2003;37(3):357-63.

Maris RW, Berman AL, Silverman MM. *Comprehensive Textbook of Suicidology*. New York: The Guilford Press; 2000.

Mello-Santos C, Bertolote JM, Wang YP. Epidemiology of suicide in Brazil (1980-2000): characterization of age and gender rates of suicide. *Rev Bras Psiquiatr* 2005;27(2):131-4.

Meneghel SN, Victora CG, Faria NMX, Carvalho LA, Falk JW. Epidemiological aspects of suicide in Rio Grande do Sul, Brazil. *Revista de Saúde Pública* 2004;38(6):804-10.

Minois G. *História do Suicídio*. Lisboa: Editorial Teorema; 1998.

Mortensen PB, Agerbo E, Erikson T, Qin P, Westergaard-Nielsen N. Psychiatric illness and risk factors for suicide in Denmark. *Lancet* 2000;355(9197):9-12.

Moscicki EK. Gender differences in completed and attempted suicides. *Ann Epidemiol* 1994;4(2):152-8.

Murphy GE. Why women are less likely than men to commit suicide. *Compr Psychiatry* 1998;39(4):165-75.

Murphy GE. Psychiatric Aspects of Suicidal Behavior: Substance Abuse. In: Hawton K, Heeingen Kv, editors. *Suicide and Attempted Suicide*. Chichester: John Wiley & Sons; 2000. p. 135-146.

Neighbors HW, Howard CS. Sex differences in professional help seeking among adult black Americans. *Am J Community Psychol* 1987;15(4):403-17.

O'Donnell L, O'Donnell C, Wardlaw DM, Stueve A. Risk and resiliency factors influencing suicidality among urban African American and Latino youth. *Am J Community Psychol* 2004;33(1-2):37-49.

Oquendo MA, Bongiovi-Garcia ME, Galfalvy H, Goldberg PH, Grunebaum MF, Burke AK, et al. Sex differences in clinical predictors of suicidal acts after major depression: a prospective study. *Am J Psychiatry* 2007;164(1):134-41.

Paulete-Vanrell J, Paulete-Scaglia J, Scaglia de Paulete S. O comportamento suicida no Estado de São Paulo. Estudo comparativo dos últimos 16 anos em duas Regiões do Estado. *Saúde, Ética & Justiça* 1996;1(2).

Pearson V, Phillips MR, He F, Ji H. Attempted suicide among young rural women in the People's Republic of China: possibilities for prevention. *Suicide Life Threat Behav* 2002;32(4):359-69.

Petrovich B, Todorovich B, Kocich B, Cvetkovich M, Blagojevich L. Influence of socio-economic crisis on epidemiological characteristic of suicide in the region of Nis (southeastern part of Serbia, Yugoslavia). *Eur J Epidemiol* 2001;17(2):183-7.

Phillips MR, Li X, Zhang Y. Suicide rates in China, 1995-99. *Lancet* 2002a;359(9309):835-40.

Phillips MR, Yang G, Zhang Y, Wang L, Ji H, Zhou M. Risk factors for suicide in China: a national case-control psychological autopsy study. *Lancet* 2002b;360(9347):1728-36.

Pietro D, Tavares M. Risk factors for suicide and suicide attempt: incidence, stressfull events and mental disorders. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 2005;54(2):146-154.

Potegal M, Archer J. Sex differences in childhood anger and aggression. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2004;13(3):513-28, vi-vii.

Qin P, Agerbo E, Westergard-Nielsen N, Eriksson T, Mortensen PB. Gender differences in risk factors for suicide in Denmark. *Br J Psychiatry* 2000;177:546-50.

Rahav G, Wilsnack R, Bloomfield K, Gmel G, Kuntsche S. The influence of societal level factors on men's and women's alcohol consumption and alcohol problems. *Alcohol Alcohol Suppl* 2006;41(1):i47-55.

Range LM, Leach MM. Gender, culture, and suicidal behavior: a feminist critique of theories and research. *Suicide Life Threat Behav* 1998;28(1):24-36.

Rapeli CB, Botega NJ. Tentativas de suicídio envolvendo risco de vida: internações em um hospital geral. *Jornal brasileiro de psiquiatria* 1998;47(4):157-162.

Rapeli CB, Botega NJ. Clinical profiles of serious suicide attempters consecutively admitted to a university-based hospital: a cluster analysis study. *Rev Bras Psiquiatr* 2005;27(4):285-9.

Rihmer Z, Belso N, Kalmar S. Antidepressants and suicide prevention in Hungary. *Acta Psychiatr Scand* 2001;103(3):238-9.

Rodrigues NC, Werneck GL. Age-period-cohort analysis of suicide rates in Rio de Janeiro, Brazil, 1979-1998. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005;40(3):192-6.

Rutz W. Preventing suicide and premature death by education and treatment. *J Affect Disord* 2001a;62(1-2):123-9.

Rutz W. The role of primary physicians in preventing suicide: possibilities, short-comings, and the challenge in reaching male suicides. In: Lester D, editor. *Suicide Prevention Resources for the Millennium*. Philadelphia: Brunner-Routledge; 2001b.

Rutz W, von Knorring L, Pihlgren H, Rihmer Z, Walinder J. Prevention of male suicides: lessons from Gotland study. *Lancet* 1995;345(8948):524.

Sánchez R, Cáceres H, Gómez D. Ideación suicida en adolescentes universitarios: prevalencia y factores asociados. *Biomédica* 2002a;22:407-416.

Sánchez R, Orejarena S, Guzmán Y, Forero J. Suicidio en Bogotá: un fenómeno que aumenta en poblaciones jóvenes. *Biomédica* 2002b;22:417-424.

Scheibe S, Preuschhof C, Cristi C, Bagby RM. Are there gender differences in major depression and its response to antidepressants? *J Affect Disord* 2003;75(3):223-35.

Schmidtke A, Bille-Brahe U, DeLeo D, Kerkhof A, Bjerke T, Crepet P, et al. Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta Psychiatr Scand* 1996;93(5):327-38.

Schnyder U, Valach L, Bichsel K, Michel K. Attempted suicide. Do we understand the patients' reasons? *Gen Hosp Psychiatry* 1999;21(1):62-9.

Silva VF, Oliveira HB, Botega NJ, Marín-León L, Barros MBA, Dalgarrondo P. Fatores associados à ideação suicida na comunidade: um estudo de caso-controlado. *Cadernos de Saúde Pública* 2006;22(9):1835-1843.

Skogman K, Alsen M, Ojehagen A. Sex differences in risk factors for suicide after attempted suicide-a follow-up study of 1052 suicide attempters. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004;39(2):113-20.

Soderberg S, Kullgren G, Salander Renberg E. Childhood sexual abuse predicts poor outcome seven years after parasuicide. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004;39(11):916-20.

Souza ER, Minayo MCS, Malaquias JV. Suicide among young people in selected Brazilian State capitals. *Cadernos de Saúde Pública* 2002;18(3):673-683.

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

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

Steele CM. A threat in the air. How stereotypes shape intellectual identity and performance. *Am Psychol* 1997;52(6):613-29.

Steele CM, Aronson J. Stereotype threat and the intellectual test performance of African Americans. *J Pers Soc Psychol* 1995;69(5):797-811.

Stepakoff S. Effects of sexual victimization on suicidal ideation and behavior in U.S. college women. *Suicide Life Threat Behav* 1998;28(1):107-26.

Stravynski A, Boyer R. Loneliness in relation to suicide ideation and parasuicide: a population-wide study. *Suicide Life Threat Behav* 2001;31(1):32-40.

Suokas J, Lonnqvist J. Suicide attempts in which alcohol is involved: a special group in general hospital emergency rooms. *Acta Psychiatr Scand* 1995;91(1):36-40.

Suokas J, Suominen K, Lonnqvist J. Chronic alcohol problems among suicide attempters--post-mortem findings of a 14-year follow-up. *Nord J Psychiatry* 2005;59(1):45-50.

Suominen K, Isometsa E, Haukka J, Lonnqvist J. Substance use and male gender as risk factors for deaths and suicide--a 5-year follow-up study after deliberate self-harm. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004a;39(9):720-4.

Suominen K, Isometsa E, Martunnen M, Ostamo A, Lonnqvist J. Health care contacts before and after attempted suicide among adolescent and young adult versus older suicide attempters. *Psychol Med* 2004b;34(2):313-21.

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

Taylor R, Morrell S, Slaytor E, Ford P. Suicide in urban New South Wales, Australia 1985-1994: socio-economic and migrant interactions. *Soc Sci Med* 1998;47(11):1677-86.

Teixeira AMF, Luis MAV. Psychiatric disorders, suicide attempts, lesions and poisoning among adolescents treated in an emergency room, Ribeirão Preto, São Paulo, 1988-1993. *Cadernos de Saúde Pública* 1997;13(3):517-525.

Tejedor MC, Diaz A, Castillon JJ, Pericay JM. Attempted suicide: repetition and survival--findings of a follow-up study. *Acta Psychiatr Scand* 1999;100(3):205-11.

Tondo L, Baldessarini RJ. Reduced suicide risk during lithium maintenance treatment. *J Clin Psychiatry* 2000;61 Suppl 9:97-104.

Tousignant M, Seshadri S, Raj A. Gender and suicide in India: a multiperspective approach. *Suicide Life Threat Behav* 1998;28(1):50-61.

Tyano S, Zalsman G, Ofek H, Blum I, Apter A, Wolovik L, et al. Plasma serotonin levels and suicidal behavior in adolescents. *Eur Neuropsychopharmacol* 2006;16(1):49-57.

Wang YP, Mello-Santos C, Bertolote JM. Epidemiologia do suicídio. In: Meleiro A, Teng CT, Wang YP, editors. *Suicídio estudos fundamentais*. São Paulo: Segmento Farma; 2004.

Wasserman D, Varnik A. Suicide-preventive effects of perestroika in the former USSR: the role of alcohol restriction. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1998;394:1-4.

Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Faravelli C, Greenwald S, Hwu HG, et al. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *Jama* 1996;276(4):293-9.

Weissman MM, Leaf PJ, Holzer CE, 3rd, Myers JK, Tischler GL. The epidemiology of depression. An update on sex differences in rates. *J Affect Disord* 1984; 7(3-4):179-88.

Werlang BSG, Botega NJ. Introdução. In: Werlang BSG, Botega NJ, editors. *Comportamento Suicida*. Porto Alegre: Artmed Editora; 2004.

WHO. *Psychiatric Disability Assessment Schedule (WHO/DAS)*. Geneva: WHO; 1988.

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

WHO. *Figures and facts about suicide*. Geneva: World Health Organization; 1999.

WHO. *Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours – SUPRE-MISS: components and instruments*. Geneva: World Health Organization; 2000.

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

Wiklander M, Samuelsson M, Asberg M. Shame reactions after suicide attempt. Scand J Caring Sci 2003;17(3):293-300.

Wilson M. Suicidal behavior: toward an explanation of differences in female and male rates. Suicide Life Threat Behav 1981;11(3):131-40.

Yip PS. An epidemiological profile of suicides in Beijing, China. Suicide Life Threat Behav 2001;31(1):62-70.

Zhang J, McKeown RE, Hussey JR, Thompson SJ, Woods JR. Gender differences in risk factors for attempted suicide among young adults: findings from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. Ann Epidemiol 2005;15(2):167-74.

Zweig JM, Phillips SD, Lindberg LD. Predicting adolescent profiles of risk: looking beyond demographics. J Adolesc Health 2002;31(4):343-53.

8- ANEXOS



ANEXO 1- QUESTIONÁRIO SUPRE-MISS

INSTRUÇÕES PARA O ENTREVISTADOR

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

1. IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO

TRAT. USUAL

Assinale um dos dois quadros,
após Ter terminado a entrevista

INTERV. BREVE

1.1 País: _____

1.2 Serviço/ Hospital: _____

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

1.4 Hora de entrada (Hora / Minuto): _____

1.5 Atendido por: 1 _ Serviço de Emergência
 2 _ Unidade de Cuidados Intensivos
 3 _ Outros tipos, especificar: _____

1.6 Quem acompanha o paciente? _____

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

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

2. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: _____

Endereço Residencial _____

_____ Cidade _____ CEP _____ UF _____

TELEFONE RESIDENCIAL: _____ COMERCIAL: _____

E-MAIL: _____

TELEFONES PARA CONTATO: _____ (Quem? _____)

_____ (Quem? _____)

ACOMPANHANTE: _____ TELEFONE: _____

2.1 Número de identificação do paciente: _____

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

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

2.4 Estado civil:

1 _ Solteiro

2 _ Casado ou parceiro permanente; desde quando: ___ Dia ___ Mês ___ Ano

3 _ Viúvo; desde quando: ___ Dia ___ Mês ___ Ano

4 _ Divorciado / separado; desde quando: ___ Dia ___ Mês ___ Ano

2.5_ Anos de escolaridade: _____ anos:

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

1 _ Nenhuma

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

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

4 _ 2º grau ou Técnico

5 _ Instrução universitária

6 _ Outras: _____

2.7 O paciente freqüenta a escola atualmente? 1 _ Não 2 _ Sim

2.8 Qual é a ocupação do paciente? _____

Se estiver desempregado ou não for economicamente ativo:

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

2.8b Qual das seguintes categorias mais bem descreve a ocupação do paciente?
(Escolha apenas uma resposta, de acordo com a ocupação principal do paciente).

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

2.9 Qual é a situação empregatícia do paciente?

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

1 _ Emprego em tempo integral (incluindo autônomo)

2 _ Emprego de meio expediente (incluindo autônomo)

3 _ Empregado, mas de licença saúde

4 _ Trabalho temporário

5 _ Desempregado; **desde quando:** ___ Dia ___ Mês ___ Ano

- 6 _ Serviço nas Forças Armadas
7 _ Estudante tempo integral
8 _ Desempregado, invalidez permanente; **desde quando:** __ Dia __ Mês __ Ano
9 _ Aposentado; **desde quando:** __ Dia __ Mês __ Ano
10 _ Dona de casa/ trabalhos domésticos
11 _ Outros, especificar _____

3. TENTATIVA DE SUICÍDIO ATUAL

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

3.2 Dia da semana: _____

3.3 Hora: __ Horas __ Minutos

3.4 Lugar: _____

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

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

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

- 0 _ nenhum dano físico significativo, nenhum tratamento médico requerido
- 1 _ atenção médica/cirúrgicos requeridos, mas sem perigo de vida
- 2 _ atenção médica/cirúrgica requerida, houve/há perigo de vida

3.7 A respeito do tipo de cuidado médico recebido:

- 0 _ depois do tratamento de emergência o paciente foi liberado.
- 1 _ O paciente permaneceu sob observação/tratamento na emergência e foi liberado.
- 2 _ Da emergência o paciente foi transferido à unidade de cuidados intensivos ou para outras clínicas ou unidades cirúrgicas/enfermarias.
- 3 _ Da unidade de emergência o paciente foi diretamente transferido a instituição psiquiátrica.

3.8 (Se for aplicável:) Paciente foi encaminhado para: RESPOSTA: _____

- 0 _ não foi encaminhado a nenhum serviço profissional
- 1 _ foi encaminhado a centro de saúde geral (ou saúde primária)
- 2 _ foi encaminhado a psiquiatria clínica particular
- 3 _ foi encaminhado a serviço profissional particular

3.9 (Se aplicável:) Oferta dos cuidados profissionais:

- 0 _ O paciente aceitou ir ao consultório
- 1 _ O paciente não teve certeza se comparecerá ou não
- 2 _ Paciente recusou

4. INFORMAÇÕES SÓCIO-DEMOGRÁFICAS

4.1 Em que país você nasceu? _____

4.2 Qual é sua nacionalidade? _____

4.3 Você viveu maritalmente com parceiros diferentes? 1 _ Não 2 _ Sim; 4.3.1 Se sim, quantos: __

4.4 Quantas vezes separou-se/divorciou-se? _____

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

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

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

- 1 _ Morando sozinho
- 2 _ Morando sozinho com filho(s)
- 3 _ Morando com marido/esposa sem filho(s)
- 4 _ Morando com marido/esposa e os filho(s)
- 5 _ Morando com os pais
- 6 _ Morando com outros parentes/amigos
- 7 _ Morando na cadeia
- 8 _ Morando em instituição psiquiátrica
- 9 _ Morando em lares/instituição
- 10 _ Outros, especificar: _____

- 4.18 Qual sua orientação sexual preferida? **[SE CONVENIENTE, RETORNE A ESTA QUESTÃO AO FINAL DA ENTREVISTA. Haverá um lembrete]**
- 1 _ Heterossexual
 - 2 _ Homossexual
 - 3 _ Bissexual
 - 4 _ Incerto
 - 5 _ Recusa-se a responder

5. HISTÓRIA DO EPISÓDIO ATUAL

- 5.1 Tinha alguém perto de você quando tentou contra si? (por exemplo no mesmo quarto, conversando no telefone.)
- 0 _ Tinha alguém presente
 - 1 _ Tinha alguém próximo ou em contato (por exemplo, ao telefone)
 - 2 _ Ninguém próximo ou em contato
- 5.2 E no momento em que você fez a tentativa? Estava esperando alguém? Poderia chegar alguém? Você sabia que ainda tinha algum tempo antes de que qualquer pessoa pudesse chegar? Ou não tinha pensado nesta possibilidade?
- 0 _ Programou de forma que fosse possível uma intervenção
 - 1 _ Programou de modo que não fosse possível uma intervenção
 - 2 _ Programou de forma que fosse altamente improvável uma intervenção
 - 3 _ Você não pensou sobre isto
- 5.3 Você fez qualquer coisa para prevenir que alguém o encontrasse? (por exemplo desligar o telefone, colocar um recado na porta, etc.)
- 0 _ Nenhuma destas precauções.
 - 1 _ Precauções passivas, tal como evitar os outros mas não fazer nada para impedir uma intervenção (por exemplo ficar só no quarto com a porta destrancada)
 - 2 _ Precauções ativas (por exemplo ficar só com a porta trancada)
- 5.4 Durante o tempo em que você fez a tentativa contra si, chamou alguém para dizer o que estava querendo fazer?
- 0 _ Possível salvador foi advertido a respeito da tentativa
 - 1 _ Possível salvador foi contatado mas não advertido especificamente a respeito da tentativa
 - 2 _ Não foi contatado ou advertido possível salvador
- 5.5 Você fez qualquer coisa, tal como pagar uma dívida, dizer adeus, escrever um testamento, desde que decidiu realizar a tentativa contra si?
- 0 _ Nenhuma
 - 1 _ Você teve pensamentos ou fez algum arranjo em antecipação à morte
 - 2 _ Fez planos definidos (realizou desejos ou mudanças, dando presentes, fazendo seguros)
- 5.6 Planejou a tentativa para uma determinada hora? Fez alguma preparação tal juntar remédios, etc.?
- 0 _ Nenhuma preparação (sem planos)
 - 1 _ Preparação mínima ou moderada
 - 2 _ Preparação extensiva (plano detalhado)
- 5.7 Você escreveu bilhete/carta de despedida? Se não, você pensou a respeito de escrever uma?
- 0 _ Nenhuma carta ou nota, nem pensou sobre escrever uma carta
 - 1 _ Pensou em escrever uma carta
 - 2 _ Escreveu uma nota (entregou ou rasgou-a)

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

- 0 _ Ninguém
- 1 _ Comunicação equivocada (ambígua ou indicativa)
- 2 _ Comunica sem equívoco (explícita)

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

- 0 _ Você não quis morrer
- 1 _ Você não se preocupou em que ele ou ela viveu ou morreu
- 2 _ Você quis morrer

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

- 0 _ Principalmente para manipular os outros
- 1 _ Um descanso temporário
- 2 _ A morte
- 3 _ Outros, especificar: _____

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

- 0 _ Você pensou que a morte era improvável ou não pensou a respeito disso
- 1 _ Você pensou que a morte seria possível mas não provável
- 2 _ Você pensou que a morte seria provável ou certa
- 3 _ Outros, especificar: _____

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

- 0 _ ingestão de nenhuma/alguma mas sem relação com a tentativa de suicídio
- 1 _ suficiente para a deterioração da capacidade de juízo e da responsabilidade
- 2 _ uso intencional para facilitar e executar a tentativa de suicídio

(Especificar álcool ou qual droga: _____)

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

6. HISTÓRIA DE TENTATIVAS DE SUICÍDIO ANTERIORES E DADOS FAMILIARES

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

6.1. Se afirmativo, quantas vezes? _____

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

6.2 Se afirmativo, método da tentativa de suicídio usado (veja os códigos do CID-10 no item 3.5):

Número de tentativas de suicídio anteriores: **1.** **2.** **3.** **4.** **5.**

Por favor preencha o código correspondente: __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

6.3 Suicídio das pessoas mais próximas (pais, amigos, namorado, “modelo de identificação”):

1 __ Não (pule para 6.5) 2 __ Sim

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

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

- 1 _ pai ou mãe
- 2 _ filho(a)
- 3 _ irmã(o)
- 4 _ esposo(a)
- 5 _ namorado(a)
- 6 _ amigo(a)
- 7 _ outro: _____

6.4.1b “Modelo” 1: método: (ver item 3.5) RESPOSTA: _____

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

- 1 _ menos que 1 dia
- 2 _ menos que 1 semana
- 3 _ menos que 1 mês
- 4 _ menos que 3 meses
- 5 _ menos que 12 meses
- 6 _ 12 meses ou mais

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

- 1 _ pai ou mãe
- 2 _ filho(a)
- 3 _ irmã(o)
- 4 _ esposo(a)
- 5 _ namorado(a)
- 6 _ amigo(a)
- 7 _ outro: _____

6.4.2b “Modelo” 2: método: (ver item 3.5) RESPOSTA: _____

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

- 1 _ menos que 1 dia
- 2 _ menos que 1 semana
- 3 _ menos que 1 mês
- 4 _ menos que 3 meses
- 5 _ menos que 12 meses
- 6 _ 12 meses ou mais

6.4.3a “Modelo de identificação” 3: Quem? _____

- 1 _ pai ou mãe
- 2 _ filho(a)
- 3 _ irmã(o)
- 4 _ esposo(a)
- 5 _ namorado(a)
- 6 _ amigo(a)
- 7 _ outro: _____

6.4.3b “Modelo” 3: método: (ver item 3.5) RESPOSTA: _____

6.4.3c “Modelo” 3: tempo transcorrido desde o suicídio: _____

- 1 _ menos que 1 dia
- 2 _ menos que 1 semana
- 3 _ menos que 1 mês
- 4 _ menos que 3 meses
- 5 _ menos que 12 meses
- 6 _ 12 meses ou mais

6.4.4a “Modelo de identificação” 4: Quem? _____

- 1 _ pai ou mãe
- 2 _ filho(a)
- 3 _ irmã(o)
- 4 _ esposo(a)
- 5 _ namorado(a)
- 6 _ amigo(a)
- 7 _ outro: _____

6.4.4b “Modelo” 4: método: (ver item 3.5) RESPOSTA: _____

6.4.4c “Modelo” 4: tempo transcorrido desde o suicídio:

- 1 _ menos que 1 dia
- 2 _ menos que 1 semana
- 3 _ menos que 1 mês
- 4 _ menos que 3 meses
- 5 _ menos que 12 meses
- 6 _ 12 meses ou mais

6.4.5a “Modelo de identificação” 5: Quem? _____

- 1 _ pai ou mãe
- 2 _ filho(a)
- 3 _ irmã(o)
- 4 _ esposo(a)
- 5 _ namorado(a)
- 6 _ amigo(a)
- 7 _ outro: _____

6.4.5b “Modelo” 5: método: (ver item 3.5) RESPOSTA: _____

6.4.5c “Modelo” 5: tempo transcorrido desde o suicídio: _____

- 1 _ menos que 1 dia
- 2 _ menos que 1 semana
- 3 _ menos que 1 mês
- 4 _ menos que 3 meses
- 5 _ menos que 12 meses
- 6 _ 12 meses ou mais

6.5 (Só para quem tem TS anterior) Eu gostaria de saber como seus parentes e amigos reagiram ao que aconteceu com você na última vez em que você se auto-agrediu. Eu vou mencionar algumas reações possíveis e gostaria que você me respondesse da melhor maneira possível: se ninguém reagiu assim, se apenas uma pessoa reagiu assim, ou se mais de uma pessoa reagiu assim.

- | | | | |
|--|-------------|----------------|-----------------|
| 6.5.1 Eles sentiram pena de você | 1 _ Ninguém | 2 _ Uma pessoa | 3 _ Mais de uma |
| 6.5.2 Eles demonstraram te compreender | 1 _ Ninguém | 2 _ Uma pessoa | 3 _ Mais de uma |
| 6.5.3 Eles demonstraram raiva ou irritação | 1 _ Ninguém | 2 _ Uma pessoa | 3 _ Mais de uma |
| 6.5.4 Eles ficaram constrangidos, tentaram te evitar | 1 _ Ninguém | 2 _ Uma pessoa | 3 _ Mais de uma |
| 6.5.5 Eles ficaram inseguros | 1 _ Ninguém | 2 _ Uma pessoa | 3 _ Mais de uma |
| 6.5.6 Eles caçoaram de você | 1 _ Ninguém | 2 _ Uma pessoa | 3 _ Mais de uma |
| 6.5.7 Eles ignoraram o que ocorreu | 1 _ Ninguém | 2 _ Uma pessoa | 3 _ Mais de uma |

6.6 (Só para quem tem TS anterior) Eu gostaria, agora, de saber como você se sentiu após a última vez em que se auto-agrediu. Eu vou, novamente, mencionar alguns sentimentos possíveis. Por favor, procure se lembrar de como se sentiu na semana seguinte, depois de você se auto-agredir.

- | | | |
|--|---------|---------|
| 6.6.1 Você se sentiu bem? | 1 _ Não | 2 _ Sim |
| 6.6.2 Você se sentiu aliviado, libertado? | 1 _ Não | 2 _ Sim |
| 6.6.3 Orgulhoso, por ter conseguido fazer aquilo? | 1 _ Não | 2 _ Sim |
| 6.6.4 Você sentiu pena de você próprio? | 1 _ Não | 2 _ Sim |
| 6.6.5 Você se sentiu com raiva de si próprio? | 1 _ Não | 2 _ Sim |
| 6.6.6 Você sentiu medo de você mesmo? | 1 _ Não | 2 _ Sim |
| 6.6.7 Você se sentiu inseguro consigo mesmo? | 1 _ Não | 2 _ Sim |
| 6.6.8 Você se sentiu envergonhado? | 1 _ Não | 2 _ Sim |
| 6.6.9 Você se sentiu inseguro em relação aos outros? | 1 _ Não | 2 _ Sim |
| 6.6.10 Você se sentiu sem saber o que fazer? | 1 _ Não | 2 _ Sim |

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

6.7.1. Morreu por suicídio:

- | | | |
|--------------------|---------|---------|
| 6.7.1.1 Pai ou mãe | 1 _ Não | 2 _ Sim |
| 6.7.1.2 Irmã(o) | 1 _ Não | 2 _ Sim |
| 6.7.1.3 Filho(a) | 1 _ Não | 2 _ Sim |
| 6.7.1.4 Avô, avó | 1 _ Não | 2 _ Sim |

6.7.2. Tentou o suicídio:

- | | | |
|--------------------|---------|---------|
| 6.7.2.1 Pai ou mãe | 1 _ Não | 2 _ Sim |
| 6.7.2.2 Irmã(o) | 1 _ Não | 2 _ Sim |
| 6.7.2.3 Filho(a) | 1 _ Não | 2 _ Sim |
| 6.7.2.4 Avô, avó | 1 _ Não | 2 _ Sim |

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

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

- | | |
|---|---------------|
| 6.8.1 Sua raça | 1_ Não 2_ Sim |
| 6.8.2 Suas crenças religiosas | 1_ Não 2_ Sim |
| 6.8.3 Suas posições políticas | 1_ Não 2_ Sim |
| 6.8.4 Um impedimento físico ou incapacidade | 1_ Não 2_ Sim |
| 6.8.5 Sua orientação sexual | 1_ Não 2_ Sim |

6.9 Você já sofreu ameaça de abuso físico ou sexual por alguém? 1_ Não 2_ Sim

6.10 Você sofreu abuso emocional? 1_ Não 2_ Sim

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

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

6.13 Você foi vítima de desastres, acidentes, assaltos, sequestro que afetasse suas condições de viver como antes? 1_ Não 2_ Sim

6.14 Você foi testemunha de um desastre, acidente, assalto ou sequestro que afetasse sua condição de viver como antes? 1_ Não 2_ Sim

6.15 Você foi prisioneiro de guerra? 1_ Não 2_ Sim

6.16 Você foi torturado fisicamente? 1_ Não 2_ Sim

6.17 Você sofreu tortura emocional ou física? 1_ Não 2_ Sim

7. SAÚDE FÍSICA, CONTATO COM SERVIÇOS DE SAÚDE, SAÚDE MENTAL

7.1 Altura em cm: _____ 7.2 Peso em Kg: _____

7.3 Você tem alguma doença ou inabilidade física que o incomoda há pelo menos um ano?

1 _ Não 2 _ Sim

7.3.1 Caso afirmativo, o que aconteceu com você? _____

7.3.2 Há quanto tempo você sofreu isto? Desde o nascimento _____ Há __ anos e __ meses)

7.4 Gostaria que você pensasse sobre duas semanas antes de ser atendido aqui neste hospital. Durante estas duas semanas, você teve de deixar de fazer alguma coisa que fazia usualmente por causa de uma doença física ou ferimento?

1 _ Não 2 _ Sim

7.4.1 Se "sim", o que aconteceu com você? _____

7.5 Sobre os últimos três meses, você diria que sua saúde, de maneira geral, foi excelente, boa, média ou fraca?

- 1 _ Excelente
- 2 _ boa
- 3 _ média
- 4 _ Fraca

Contatos com serviços de saúde:

Acompanhamento Médico Geral

7.6 Quantas vezes você consultou um médico geral ou especialista durante o último ano? (excluir o dentista e psiquiatra)

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

7.7 Poderia dar as datas aproximadas da ultima vez em que você contatou um médico antes da tentativa de suicídio? Por que você o contatou, quais eram suas queixas? O médico prescreveu algum medicamento?

7.7.1 Data do último contato (antes da tentativa de suicídio): Dia / Mês / Ano: _____

7.7.2 Razão:

- 1 _ física
- 2 _ psicológica
- 3 _ ambas psicológica e física

7.7.3 Medicamentos prescritos:

- 1 _ Não
- 2 _ Sim, especificar: _____

7.7.4 Se prescreveu medicamentos, pergunto:

Você usou algum dos medicamentos prescritos nesta consulta para realizar a tentativa de suicídio (fez *overdose* deliberada)?

- 1 _ Não
- 2 _ Sim

7.8 Na época dessa última consulta com o médico, você tinha pensamentos sobre envenenamentos ou ferir-se?

- 1 _ Não
- 2 _ Sim, por pequeno período de tempo
- 3 _ Sim, definitivamente

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

- 1 _ Não
- 2 _ Referiu vagamente a respeito
- 3 _ Sim

Internações Psiquiátricas

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

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

Se “Nunca” (1_), pule para: Tratamento psiquiátrico ambulatorial.

7.10 Se uma ou mais vezes houve internação psiquiátrica: admissão, quanto tempo permaneceu lá, as razões para a internação (comece pela última). Se o paciente estava internado na época da tentativa de suicídio, comece os dados a partir deste tratamento.

	Internação: (mês e ano)	Tempo de internação: (em meses)	Razão de internação:
1.	-----	-----	-----
2.	-----	-----	-----
3.	-----	-----	-----

4. _____
5. _____
6. _____

Tratamento psiquiátrico ambulatorial

7.11 Você teve contato com algum dos seguintes serviços profissionais para tratamento ou aconselhamento?

- | | | |
|---|---------|---------|
| 7.11.1 Serviços psiquiátricos em atenção primária | 1 _ Não | 2 _ Sim |
| 7.11.2 Serviços psiquiátricos em ambuatórios especializados | 1 _ Não | 2 _ Sim |
| 7.11.3 CAPS, NAPS, HD | 1 _ Não | 2 _ Sim |
| 7.11.4 Psiquiatra particular | 1 _ Não | 2 _ Sim |
| 7.11.5 Psicólogo particular | 1 _ Não | 2 _ Sim |
| 7.11.6 Outro _____ | 1 _ Não | 2 _ Sim |

7.12 Outras intervenções para problemas emocionais

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

1 _ Não 2 _ Sim; Especificar: _____

7.13 Esta questão é para responder apenas se estiver em tratamento:

O tratamento que você recebeu teve alguma influência em sua auto-agressão atual?

- 1 _ sem influência
2 _ alguma influência
3 _ influência decisiva

7.14 Você está passando, ou passou, por períodos de tempo prolongados (no último ano) problemas emocionais (“dos nervos”) que o impediram de cumprir suas obrigações? (Faça esta questão de maneira clara, se necessário com exemplos tipo: medo de lugares, ansiedade para sair de sua casa, medo excessivo das pessoas em geral, depressão, outras emoções ou pensamentos que o influenciaram repetidamente como obsessão, por exemplo, ser compelido em limpar sua casa, etc.).

1 _ Não 2 _ Sim

7.14.1 Se sim, o que acontecia com você? _____

7.14.2 Há quanto tempo tem isso? 1 _ desde o nascimento 2 _ / _ (Anos/Meses)

7.15 Você teve alguma dificuldade ou problema, **durante o último ano**, da seguinte lista? Especifique quanto tempo durou:

- 7.15.1 Com seus pais (brigas, infidelidade, separação, álcool, morte):
1 _ Não 2 _1 mês 3 _6 meses 4 _um ano atrás
- 7.15.2 Com sua família (pai, mãe, irmãos, outros):
1 _ Não 2 _1 mês 3 _6 meses 4 _um ano atrás
- 7.15.3 Trabalho/Estudos (insatisfação, desemprego, reprovação, conflitos):
1 _ Não 2 _1 mês 3 _6 meses 4 _um ano atrás
- 7.15.4 Problema financeiro sério (casa, alimentação, falta de pagamento, etc.):
1 _ Não 2 _1 mês 3 _6 meses 4 _um ano atrás
- 7.15.5 Inaptidão ou doença física séria:
1 _ Não 2 _1 mês 3 _6 meses 4 _um ano atrás
- 7.15.6 Gravidez (não desejada?), aborto provocado recentemente:
1 _ Não 2 _1 mês 3 _6 meses 4 _um ano atrás
- 7.15.7 Problemas com a polícia, justiça:
1 _ Não 2 _1 mês 3 _6 meses 4 _um ano atrás
- 7.15.8 Outros: quais? _____
1 _ Não 2 _1 mês 3 _6 meses 4 _um ano atrás

7.16 Agora eu gostaria que você pensasse nas **duas últimas semanas**. Durante estas duas semanas, você deixou de fazer, ou teve dificuldade para fazer, coisas que você geralmente fazia, devido aos sentimentos ou pensamentos ou algum outro problema que mencionamos antes (como medo dos lugares, sentimentos de depressão, ou outro problema psicológico (de “nervosismo”)?

1 _ Não 2 _ Sim

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

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

7.17.1	agora	1	2	3	4	5
7.17.2	30 dias atrás	1	2	3	4	5
7.17.3	um ano atrás	1	2	3	4	5
7.17.4	cinco anos atrás	1	2	3	4	5

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

7.18.1	daqui a 30 dias	1	2	3	4	5
7.18.2	daqui a um ano	1	2	3	4	5
7.18.3	daqui a cinco anos	1	2	3	4	5

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

1 _ Não 2 _ Sim

7.19.1 Se sim, com quem? _____

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

1 _ Não 2 _ Sim

7.20.1 Se sim, com quem? _____

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

1 _ Não 2 _ Sim

7.21.1 Se sim, qual(is)? _____

7.22 Você está em tratamento psicológico/psiquiátrico atualmente? 1 _ Não 2 _ Sim

7.23 Exame psíquico

	AUSENTE	POUCO	MODERADO	ACENTUADO	GRAVE
7.23.1 Retardo psicomotor	0	1	2	3	4
7.23.2 Desconfiado, defensivo	0	1	2	3	4
7.23.3 Histriônico	0	1	2	3	4
7.23.4 Humor deprimido	0	1	2	3	4
7.23.5 Ansioso, tenso, inquieto	0	1	2	3	4
7.23.6 Euforia, exaltação	0	1	2	3	4
7.23.7 Embotamento, incongruência	0	1	2	3	4
7.23.8 Delírio, má interpretação	0	1	2	3	4
7.23.9 Distúrbio pensamento	0	1	2	3	4
7.23.10 Alucinações	0	1	2	3	4
7.23.11 Inteligência diminuída	0	1	2	3	4
7.23.12 Preocupação hipocondríaca	0	1	2	3	4
7.23.13 Ideação suicida	0	1	2	3	4

7.24 Diagnóstico Psiquiátrico (CID-10)

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

7.25 Nome do entrevistador: _____

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

7.27 Horário do diagnóstico psiquiátrico: _____(hora: Minuto)

7.28 Diagnóstico psiquiátrico anterior: _____

7.29 Diagnóstico somático: _____

7.30 Medicamentos psiquiátricos prescritos no PS: _____

8. QUESTÕES RELACIONADAS COM ÁLCOOL E DROGAS

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

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

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

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

8.2.1 Tabaco?

1 _Nunca 2 _1 ou 2 vezes 3 _Mensalmente 4 _Semanalmente 5 _Diariamente ou quase

8.2.2 Bebidas alcólicas?

1 _Nunca 2 _1 ou 2 vezes 3 _Mensalmente 4 _Semanalmente 5 _Diariamente ou quase

8.2.3 Maconha?

1 _Nunca 2 _1 ou 2 vezes 3 _Mensalmente 4 _Semanalmente 5 _Diariamente ou quase

8.2.4 Cocaína ou crack?
1 _Nunca 2 _1 ou 2 vezes 3 _Mensalmente 4 _Semanalmente 5 _Diariamente ou quase

8.2.5 Estimulantes ou afetamina?
1 _Nunca 2 _1 ou 2 vezes 3 _Mensalmente 4 _Semanalmente 5 _Diariamente ou quase

8.2.6 Inalantes?
1 _Nunca 2 _1 ou 2 vezes 3 _Mensalmente 4 _Semanalmente 5 _Diariamente ou quase

8.2.7 Sedativos ou hipnóticos?
1 _Nunca 2 _1 ou 2 vezes 3 _Mensalmente 4 _Semanalmente 5 _Diariamente ou quase

8.2.8 Alucinógenos ?
1 _Nunca 2 _1 ou 2 vezes 3 _Mensalmente 4 _Semanalmente 5 _Diariamente ou quase

8.2.9 Heroína, Morfina, Metadona ou Analgésicos?
1 _Nunca 2 _1 ou 2 vezes 3 _Mensalmente 4 _Semanalmente 5 _Diariamente ou quase

8.2.10 Outro. Especifique _____
1 _Nunca 2 _1 ou 2 vezes 3 _Mensalmente 4 _Semanalmente 5 _Diariamente ou quase

8.3 Quando foi a última vez que você usou bebida que continha álcool?
1 _horas atrás 2 _dias atrás 3 _meses atrás

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

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

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

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

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

* 330 ml cerveja comum (lata, garrafa, copo), 120 ml de vinho, 40 ml de whisky/licor. (Uma dose-padrão contém 10g de álcool puro. Usualmente uma cerveja comum contém de 4 a 5% de álcool, vinho 12% e licores 40%. O conteúdo de etanol é calculado como: Quantidade em ml x porcentagem de álcool na bebida x fator de conversão do etanol (1ml etanol = 0,79g): Exemplo: 330ml cerveja x 0.04 x 0.79 = aproximadamente 10g álcool puro.)

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

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

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

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

Total em doses-padrão: _____

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

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

INSTRUÇÕES PARA O PACIENTE

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

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

POR FAVOR DÊ APENAS UMA RESPOSTA POR QUESTÃO

9. ÍNDICE DE BEM-ESTAR DA OMS

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

- “0” = Em tempo algum
- “1” = Algumas vezes
- “2” = Menos do que a metade do tempo
- “3” = Mais do que a metade do tempo
- “4” = Na maioria do tempo
- “5” = Todo o tempo

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

10. INVENTARIO DE DEPRESSÃO DE BECK

“Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) diante da afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira como você tem se sentindo **nesta última semana, incluindo hoje**. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.

10.1

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

10.2

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

10.3

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

10.4

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

10.5

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

10.6

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

10.7

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

10.8

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

10.9

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

10.10

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

10.11

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

10.12

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

10.13

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

10.14

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

10.15

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

10.16

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

10.17

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

10.18

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

10.19

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

10.20

Estou deliberadamente tentando perder peso, comendo menos

- 0 _ Não
- 1 _ Sim

10.21

- 0 _ Não me preocupo mais que o de hábito com minha saúde.
- 1 _ Preocupo-me com problemas físicos como dores e aflições ou perturbações no estômago ou prisão de ventre.
- 2 _ Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa que não isso.
- 3 _ Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa

10.22

- 0 _ Não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual
- 1 _ Estou menos interessado por sexo que costumava.
- 2 _ Estou bem menos interessado em sexo atualmente.
- 3 _ Perdi completamente o interesse por sexo.

11. ESCALA DE DESESPERANÇA

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

11.1 Meu futuro parece escuro para mim. 1 _ Falso 2 _ Verdadeiro

12. ESCALA DE TRAÇOS DE RAIVA

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

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

13. APOIO SOCIAL

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

- **Apoio Prático** refere-se ao apoio nas atividades diárias, tal como olhar sua causa quando você estiver ausente, olhar seus filhos, cuidar dos animais de estimação ou do jardim, olhar quando você for fazer compras, ou quando estiver doente, etc. Inclui também, te ajudar com algum dinheiro, se necessário.

- **Apoio Moral** refere-se ao apoio emocional quando problemas maiores ou menores aparecem. Isso inclui a “força” que as pessoas te dão, conversar sobre seus problemas, etc.

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

	NÃO, DE MODO ALGUM	SIM, UM POUCO	SIM, MUITO
<u>NECESSIDADE DE APOIO</u>			
13.1 Você sente que necessita de apoio prático de...?			
13.1.1 sua Família:	0	1	2
13.1.2 seus Amigos:	0	1	2
13.2 Você sente que necessita de apoio moral de...?			
13.2.1 sua Família:	0	1	2
13.2.2 seus Amigos:	0	1	2
<u>RECEBER APOIO</u>			
13.3 Quando necessita, você recebe apoio prático de...?			
13.3.1 sua Família:	0	1	2
13.3.2 seus Amigos:	0	1	2
13.4 Quando necessita, você recebe apoio moral de...?			
13.4.1 sua Família:	0	1	2
13.4.2 seus Amigos:	0	1	2
<u>FAMÍLIA / AMIGOS NECESSITANDO DE APOIO</u>			
13.5.1 Você sente que sua Família necessita de seu apoio prático?	0	1	2
13.5.2 Você sente que seus Amigos necessitam de seu apoio prático?	0	1	2
13.6.1 Você sente que sua Família necessita de seu apoio moral?	0	1	2
13.6.1 Você sente que seus Amigos necessitam de seu apoio moral?	0	1	2
<u>DAR APOIO</u>			
13.7 Você acha que dá apoio prático que precisaria dar a....?			
13.8.1 sua Família:	0	1	2
13.8.2 seus Amigos:	0	1	2
13.8 Você acha que dá apoio moral que precisaria dar a....?			
13.8.1 sua Família:	0	1	2
13.8.2 seus Amigos:	0	1	2

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

- “0” = sem disfunção
- “1” = disfunção mínima
- “2” = disfunção evidente
- “3” = disfunção séria
- “4” = disfunção muito grave
- “5” = disfunção máxima

15.1 Participação em atividades domésticas durante o mês passado. Resposta: _ _ _ _

Investigue sobre:

- (i) participação do paciente em atividades comuns da casa, tais como fazer refeições juntos, fazer as tarefas domésticas, sair ou fazer visitas juntos, jogar cartas, assistir televisão, etc.;
- (ii) participação do paciente nas tomadas de decisão a respeito da casa, por exemplo decisões sobre as crianças, o dinheiro, etc. Para esposas, donas-de-casa, considerar os trabalhos de casa que uma dona-de-casa usualmente tem a fazer.

15.2 Papel Marital: relacionamento afetivo com o cônjuge durante o mês passado. Resposta: _ _ (Aqui “cônjuge” significa um companheiro constante apesar do status legal)

Investigue sobre:

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

15.3 Papel Marital: relações sexuais com conjuge durante o mês anterior. Resposta: _ _ _ _

Considere:

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

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

Considere:

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

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

15.5 Papel Sexual: relacionamento com pessoas, que não o cônjuge, durante o mês passado (para paciente solteiro ou paciente que não esteja vivendo com cônjuge). Resposta: _ _ _ _

Considere:

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

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

Considere:

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

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

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

Investigue sobre:

- (i) se o paciente se conforma à rotina do trabalho – vai ao trabalho regularmente e no horário, observando as regras, etc.;
 - (ii) qualidade do desempenho e do produto.
- O trabalho de casa esta excluído (responda na questão 1). Se o informante chave for incapaz de fornecer a informação, faça uma avaliação das fontes informativas consultadas.

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

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

Considere:

- (i) o interesse em obter ou ao retornar ao trabalho ou aos estudos;
- (ii) etapas atuais na busca de um emprego ou iniciar os estudos.

15.9 Interesse e informação durante o mês passado. Resposta _ _ _ _

Considere:

- (i) interesses mostrados pelo paciente em eventos locais ou eventos mundiais sobre outras matérias, de acordo com seu background social, educação e nível de inteligência;
- (ii) esforços para tal propósito.

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

Considere:

Respostas dos pacientes a eventos tais como:

- (i) doença ou acidente que afeta um membro da família;
- (ii) doença ou acidentes que envolve outras pessoas;
- (iii) emergências menores (por exemplo avaria do equipamento);
- (iv) alguma outra situação fora da rotina para o paciente, que requerem alguma ação normalmente (por exemplo o paciente teve que ficar cuidando da criança, foi solicitado a transmitir um recado, etc.)

FINAL DA ENTREVISTA: “Obrigado por sua participação”

AO ENTREVISTADOR:

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

Verifique resposta do item 4.18, na página 5.

Entrevistar acompanhante, explicar trabalho, procure estabelecer vínculo

Abrir “randomização”

Marcar resultado na capa deste impresso

Encaminhar paciente apropriadamente:

Tratamento usual: ao ambulatório do HC ou posto de saúde (com carta)
Intervenção breve: ao ambulatório do HC, com impresso próprio

Reforce informações sobre rotina de consultas/telefonemas ao paciente

Informe para onde o paciente foi encaminhado

PACIENTE ENCAMINHADO PARA: - _____

PACIENTE DEVERÁ PARTICIPAR DO GRUPO

TRATAMENTO USUAL
INTERVENÇÃO BREVE

ANEXO 2- TERMO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DA UNICAMP



FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
✉ Caixa Postal 6111
13083-970 Campinas, SP
☎ (0__19) 3788-8936
fax (0__19) 3788-8925
✉ cep@head.fcm.unicamp.br

CEP, 06/08/02
(Grupo II)

PARECER PROJETO: Nº 045/2002

I-IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: "ESTUDO MULTICÊNTRICO DE INTERVENÇÃO NO
COMPORTAMENTO SUICIDA (SUPRE-MISS)"
PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Neury José Botega
INSTITUIÇÃO: Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria/FCM/UNICAMP
APRESENTAÇÃO AO CEP: 04/02/02

II - OBJETIVOS

O objetivo geral do SUPRE-MISS é avaliar estratégias de tratamento para pessoas que tentam o suicídio, avaliar ideação e comportamento suicidas na comunidade e descrever as características socioculturais básicas dessa comunidade.

III - SUMÁRIO

Trata-se de um estudo de pesquisa multicêntrico proposto pela Organização Mundial da Saúde, através de dois sub-projetos, um estudo de intervenção e outro inquérito populacional relacionados a comportamento suicida. Este estudo tem por objetivo avaliar estratégias de tratamento para pessoas que tentaram o suicídio, avaliar a ideação e comportamento suicida na comunidade e descrever características socioculturais básicas da comunidade, com finalidade de reduzir a morbidade e a mortalidade decorrentes de comportamento suicidas. Serão aplicados questionários que permitirão a coleta de dados para uma melhor análise do contexto e estudo de possíveis estratégias de prevenção. Será realizado um estudo "randomizado" numa área delimitada de captação.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

Analisando o projeto em sua versão português, não observamos nada que pudesse colocar em risco os sujeitos desta pesquisa. O termo de consentimento é esclarecedor aos sujeitos da pesquisa. Deste modo, nada temos a opor a realização deste trabalho.

V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e 251/97, bem como ter aprovado o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa supracitado.

VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

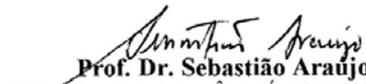
Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

Atenção: Projetos de Grupo I serão encaminhados à CONEP e só poderão ser iniciados após Parecer aprovatório desta.

VII - DATA DA REUNIÃO

Homologado na III Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 19 de março de 2002.


Prof. Dr. Sebastião Araújo
PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP

ANEXO 3- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

CONSENTIMENTO APÓS INFORMAÇÃO (SUPRE-MISS)

1. Informação

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

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

Os objetivos deste estudo são:

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

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

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

2. Certificado de Consentimento

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

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

Data: ___ / ___ / ___

Assinatura

Nome: