

CLAUDEMIR BENEDITO RAPELI

Este exemplar corresponde à versão final da Dissertação de Mestrado, apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Saúde Mental, da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, para obtenção do Título de Mestre em Saúde Mental, defendida pelo médico *CLAUDEMIR BENEDITO RAPELI*
Campinas, 21 de Fevereiro de 1997.

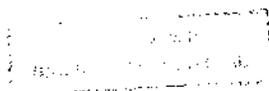

Prof. Dr. NEURY JOSÉ BOTEGA
Orientador

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E DEMOGRÁFICAS DE PACIENTES INTERNADOS POR TENTATIVA DE SUICÍDIO NO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNICAMP, DE OUTUBRO DE 1995 A SETEMBRO DE 1996.

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de mestre em Saúde Mental.

ORIENTADOR: PROF. DR. NEURY JOSÉ BOTEGA

CAMPINAS - 1997



IDADE	78C
CHAMADA:	Unicamp
	181c
Ex:	
00 00/30751	
00 281/97	
C	<input type="checkbox"/>
D	<input checked="" type="checkbox"/>
CO R\$ 11,00	
CA 13/06/97	
CPD	

CM-00098339-8

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

R181c Rapeli, Claudemir Benedito
Características clínicas e demográficas de pacientes internados por tentativa de suicídio no Hospital das Clínicas da Unicamp, de outubro de 1995 a setembro de 1996 / Claudemir Benedito Rapeli. Campinas, SP : [s.n.], 1997.

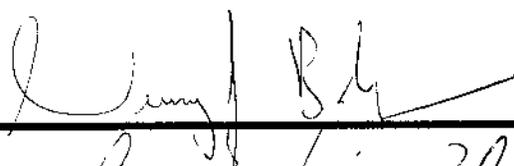
Orientador : Neury José Botega
Tese (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

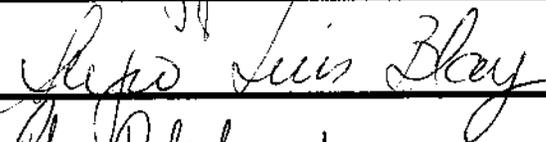
1. Saúde Mental.^Y 2. Suicídio - Estudo de casos.^Y 3. Psiquiatria.^Y I. Neury José Botega. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

BANCA EXAMINADORA DE TESE DE MESTRADO

Orientador: Prof. Dr. NEURY JOSÉ BOTEGA

MEMBROS:

1. 

2. 

3. 

Curso de Pós-Graduação em Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 21/02/1997

À Therê,
que soube com amor incentivar
e ficar ao meu lado, aceitando e
compreendendo ausências.

... “ao encontrar você eu co-
nheci o que é felicidade, meu
amor.” Tom Jobim.

Aos meus pais, irmãos, cunha-
dos, sobrinhos e amigos, pelo
carinho de cada um.

À meu irmão Clarisvaldo,
pela influência em minha
carreira e opção pela
psiquiatria.

Ao amigo Guilherme,
por sua participação
no início deste projeto
e que, tão cedo, nos
deixou ... Saudades ...

Ao Professor Neury, orientador, pela amizade e estímulos, acreditando ser possível a realização deste trabalho.

Às equipes de enfermagem do Hospital de Clínicas da UNICAMP, pela colaboração.

Aos pacientes que participaram desta pesquisa.

Aos médicos residentes de psiquiatria do HC - UNICAMP, pela seriedade.

À equipe médica do serviço de urgência/emergência, pelo apoio.

À Professora Marilisa do Departamento de Medicina Preventiva, pelas informações.

Aos professores do Curso de Pós-Graduação da FCM - UNICAMP, pelo empenho.

À Assistente Social Terezinha, pela cooperação.

Ao serviço social do pronto-socorro do HC - UNICAMP, pela atenção.

À secretária Sandra, pelo apoio nas dificuldades burocráticas.

À Professora Ann Miller, pelo apoio e compreensão dispensados.

Aos colegas do Departamento de Neuropsiquiatria da Pontifícia Universidade Católica de Campinas - PUCCAMP, pelo incentivo.

**“A coragem é a primeira das
qualidades humanas, porque é a
que garante as outras”.**

Aristóteles.

SUMÁRIO

Páginas

RESUMO.....	2
ABSTRACT.....	3
INTRODUÇÃO.....	4 a 7
CAPÍTULO I - Comportamento Suicida: Discussão de alguns aspectos	
1.1 - Suicídio, Cultura e Psiquiatria.....	8 a 14
1.2 - Definições.....	14 a 20
1.3 - Epidemiologia.....	20 a 29
1.4 - Fatores Relacionados ao Comportamento Suicida..	29 a 38
1.5 - Justificativas.....	38 a 39
CAPÍTULO II - Objetivos.....	40
CAPÍTULO III - Método.....	41 a 48
CAPÍTULO IV - Resultados.....	49 a 73
CAPÍTULO V - Discussão.....	74 a 83
CAPÍTULO VI - Conclusão.....	84 a 86
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	87 a 93
ANEXO 1 - Questionário de Tentativa de Suicídio “QTS”.....	94 a 115
ANEXO 2 - Fluxograma.....	116
ANEXO 3 - Cartazes de Divulgação da Pesquisa.....	117
ANEXO 4 - Resumo das Histórias Clínicas dos Pacientes.....	118 a 134

LISTAS DE TABELAS E ILUSTRAÇÕES

Páginas

TAB. 1 - Coeficientes de mortalidade por suicídio, e de mortalidade por suicídio para idade acima de 75 anos, por 100 000 habitantes, em países da Europa.....	21
TAB. 2 - População, taxa bruta e coeficiente de mortalidade por suicídio nas capitais das Regiões brasileiras, ano de 1991.....	23
TAB. 3 - Valores Absolutos e porcentagem de mortes por suicídio nas Capitais dos Estados da Região Sudeste, 1991.....	23
TAB. 4 - Razão entre os coeficientes de mortalidade por suicídio masculino/feminino nos três Continentes, no Brasil e nos municípios de São Paulo e de Campinas.....	24
TAB. 5 - Número de casos de suicídio e porcentagem de enforcamentos ocorridos no Brasil, São Paulo e Campinas, 1991.....	25
TAB. 6 - Fatores de risco para suicídio.....	27
TAB. 7 - Perfil dos casos de tentativa de suicídio e de casos de suicídio...	28
TAB. 8 - Características demográficas da população internada por tentativa de suicídio no HC-UNICAMP, no período de outubro de 1995 a setembro de 1996.....	53
TAB. 9 - Atividade profissional dos pacientes internados por tentativa de suicídio no HC - UNICAMP no período de outubro de 1995 a setembro de 1996	54
TAB. 10 - Cidade de nascimento dos pacientes internados por tentativa de suicídio no HC - UNICAMP, de outubro de 1995 a setembro de 1996.....	54
TAB. 11 - Locais de internação dos pacientes no HC - UNICAMP por tentativa de suicídio.....	55

TAB. 12 - Método utilizado na tentativa de suicídio pelos pacientes internados no HC - UNICAMP no período de outubro de 1995 a setembro de 1996.....	57
TAB. 13 - Método utilizado na tentativa de suicídio, por sexo, dos pacientes internados no HC - UNICAMP, de outubro de 1995 a setembro de 1996...	58
TAB. 14 - Motivação para tentativa de suicídio, por sexo, dos pacientes internados no HC - UNICAMP, de outubro de 1995 a setembro de 1996.....	60
TAB. 15 - Método utilizado na tentativa de suicídio e à pontuação total da intencionalidade suicida por sexo.....	63
TAB. 16 - Psicotrópicos que vinham sendo utilizado pelos pacientes no último mês e a distribuição dos pacientes quanto ao uso.....	65
TAB. 17 - Método utilizado pelos pacientes que relataram tentativa de suicídio anterior e a distribuição dos pacientes em números absolutos.....	67
TAB. 18 - Duração de internação (dias) dos pacientes internados por tentativa de suicídio no HC - UNICAMP.....	71
TAB. 19 - Hipóteses diagnósticas (CID 10) feitas no momento da entrevista dos pacientes internados no HC - UNICAMP por tentativa de suicídio, de outubro de 1995 a setembro de 1996.....	72
TAB. 20 - Cálculo do risco de vida dos pacientes internados por tentativa de suicídio no HC - UNICAMP, de outubro de 1995 a setembro de 1996.....	73
FIG. 1 - Idade dos pacientes internados por tentativa de suicídio, por faixa etária e sexo.....	51
FIG. 2 - Distribuição das tentativas de suicídio ao longo de 12 meses.....	55
FIG. 3 - Distribuição das tentativas de suicídio ao longo dos dias da semana.....	56

FIG. 4 - Distribuição dos pacientes conforme pontuação total obtida na Escala de Intencionalidade Suicida de Beck.....	61
FIG. 5 - Distribuição dos pacientes em relação ao número de tentativa de suicídio anterior.....	66
FIG. 6 - Gravidade clínica relacionada à duração média (em dias) da internação.....	69

RESUMO

Este estudo foi realizado no Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas - SP, no período de outubro de 1995 a setembro de 1996. Tem por objetivos descrever a demanda de pacientes que necessitou de internação, após tentativa de suicídio, bem como o perfil demográfico e clínico desses pacientes. Os sujeitos deste estudo foram os indivíduos atendidos no pronto-socorro por tentativa de suicídio e que aí permaneceram por 24 horas ou mais para observação e aqueles que necessitaram de internação em uma das enfermarias do hospital.

Para a avaliação foi utilizado um questionário ("Questionário de Tentativa de Suicídio - QTS") formado por uma anamnese estruturada e escalas psicométricas. Cartazes informativos foram distribuídos por todo o hospital com intenção de alcançarmos o máximo possível dos casos. Procedeu-se a uma análise descritiva dos dados. Para algumas variáveis foram aplicados testes analíticos (qui-quadrado, Mann-Whitney) com intuito exploratório.

A integralização de quatro tipos de registro de pacientes atendidos no período considerado produziu uma lista de 53 casos de tentativa de suicídio internados no Hospital de Clínicas da UNICAMP. Esses casos contabilizam 14% do total de tentativas de suicídio atendidas no pronto-socorro. Em sua maioria os pacientes são adolescentes e adultos jovens e predominantemente do sexo masculino (66%). A média de idade foi 29 anos. Vinte e um por cento dos pacientes estavam desempregados. Os 5 (9%) pacientes que faleceram eram do sexo masculino, com média de idade de 23 anos.

A população masculina tem maior intencionalidade suicida, solicita menos ajuda após a tentativa de suicídio, prepara a execução com mais detalhes, é menos impulsiva e acreditava mais na letalidade do método utilizado. Em 77% dos casos o método utilizado foi envenenamento. Dos cinco pacientes que faleceram, três utilizaram arma de fogo como método. Quarenta e um por cento dos pacientes têm pelo menos uma tentativa de suicídio anterior. A média de internação dos pacientes foi de 9,7 dias.

Em relação a perfil demográfico, quadro clínico, intencionalidade suicida e método, os pacientes deste grupo, de um modo geral, estão numa faixa intermediária entre os pacientes que tentam suicídio e são dispensados do pronto-socorro e os casos de suicídio.

ABSTRACT

“Demographic and clinical profile of suicide attempters admitted to in-patient facilities at a university hospital in Campinas SP, Brazil, from October 1995 to September 1996”.

This study was carried out at the Hospital das Clínicas of the Universidade Estadual de Campinas (HC-UNICAMP), Campinas SP, Brazil. Its aims were to estimate the total of patients admitted to the wards of the hospital after suicide attempt along one year, and to describe the demographic and clinical profile of these patients.

A standardized instrument (QTS) comprising demographic and clinical data and psychometric scales was used. A notice of the study was spread out the hospital in order to reinforce the referrals of patients to the research psychiatrist. A descriptive approach was adopted for the data analysis. On an exploratory basis, analytical statistics were also used (chi-squared and Mann-Whitney tests).

The conjunction of four sources of patient registration produced a total of 53 cases of suicide attempt. This represents 14% of all the patients seen at the Emergency and Casualty Department after a suicide attempt. Most were male (66%) adolescents and young adults, The patients means age was 29 years old. Twenty-one per cent were out of work. Five patients died after the suicide attempt. All of them were male with a mean age of 23 years old.

Male suicide attempters presented higher suicidal intent as measured by the Beck Suicidal Intent Scale. They asked less frequently for help after the suicide attempt. The act had been planned and was believed to be lethal, revealing lesser degrees of impulsivity as compared to the observed in the female group. Poisoning was used in 77% of the cases, Shooting was used by 3 of the five who died. Forty-one per cent of the patients had a previous attempt of suicide. The mean length of hospital stay was 9.7 days.

Relating to the demographic and clinical profile, suicidal intent and method of the suicide attempt, the group of individuals assessed in this study seems to be on an intermediate position between those who are seen at the Emergency and Casualty Department and are promptly discharged and those who kill themselves.

INTRODUÇÃO

Suicídio e tentativa de suicídio têm-se revelado um expressivo problema de saúde pública. A maioria dos serviços de saúde emprega grandes esforços no atendimento e recuperação dos indivíduos que tentam o suicídio, ocorrência que se caracteriza como emergência médica e psiquiátrica frequente (Kaplan & Sadock, 1990; Stevenson, 1988). Apesar de estar presente em todas as épocas e culturas, e de ser de fundamental importância para programas de saúde pública, foi somente no final do século passado que este fenômeno começou a ser estudado cientificamente.

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

Sendo um professor universitário atuante na área de Interconsulta Psiquiátrica, constantemente defrontava-me com estudos sobre a morte e o suicídio, alguns deles pesquisados e escritos por colegas mais próximos. Este projeto teve sua inspiração em final do ano de 1994, época em que me inscrevi para o curso de pós-graduação. Com os estudos destes colegas pude perceber a necessidade e beleza de se estudar o tema Suicídio. Frequentemente deparo, e presto assistência, a casos de tentativa de suicídio. Algumas idéias de pesquisa surgiram, quando comecei a participar de reuniões clínicas e científicas sobre o tema. Estas reuniões acontecem às quartas-feiras e conta com a participação de diversos profissionais. Alunos de medicina também têm participado. Em consenso, decidimos dar um nome ao grupo e o melhor encontrado foi NETS - Núcleo de Estudos em Tentativa de Suicídio. A partir destes encontros e da revisão bibliográfica, o presente projeto de pesquisa foi tomando forma e atingiu sua plenitude alguns meses após.

Nos atendimentos destes pacientes, tanto em pronto socorro como nos casos que necessitam de internação, tenho observado que uma minoria não quer ser salva, sente raiva e decepção por ter fracassado. A tentativa frustrada agrava o sentimento de fracasso que já se fazia presente, com a perda da auto-estima. O paciente pode se opor aos esforços da equipe em salvá-lo e dá a entender que tentará de novo. Porém, na maioria dos casos, os motivos aparentes são quase sempre banais: brigas com namorado, discussão com os pais, problemas com amigos, revelando baixa intencionalidade suicida. Muitos desses pacientes recusam-se a comparecer às consultas marcadas, e os que o aceitam acabam desistindo nas primeiras consultas, ou logo abandonam o tratamento.

Essa observação foi confirmada por Botega et al. (1995) ao realizar uma pesquisa com 156 casos de tentativa de suicídio (TS), atendidos no pronto socorro do Hospital das Clínicas na Universidade Estadual de Campinas (HC - UNICAMP). O índice de comparecimento à primeira consulta ambulatorial foi de 55%. Dentre os que compareceram, o abandono do tratamento, após três meses da TS, chegou a 59%.

O maior contato com este tema revelou-me, ainda, as diferenças existentes nas taxas de mortalidade por suicídio em países da Europa, Ásia e América e, em particular, o Brasil, que ainda enfrenta dificuldades em notificar seus casos. De fato, os dados registrados no Brasil são falhos, e as taxas oficiais possuem um valor limitado. Fatores socioculturais influem no sub-registro, e, mesmo em países onde a qualidade dos dados de mortalidade é considerada satisfatória, os registros sobre óbitos por suicídio devem ser de duas a três vezes menores que os reais (Barros, 1991). O Brasil não apresenta altos coeficientes¹ de mortalidade por suicídio, nem mesmo entre a população acima de 75 anos. Comparado com outros países da América Latina, apresenta um baixo coeficiente (menor que 5/100 000 habitantes). Em Campinas, um levantamento sobre a mortalidade por suicídio de 1990 a 1995 revelou média anual em torno de 11 mortes por suicídio.

¹ Coeficiente é a razão entre o número total de casos ocorridos num determinado período de tempo e a população total. Se o coeficiente de suicídio for menor que 5/100 000 habitantes, é considerado baixo. Entre 5 e 15/100 000 habitantes, é considerado médio; entre 15 e 30/100 000 habitantes é considerado alto e acima de 30/100 000 habitantes, muito alto (Diekstra & Gulbinat, 1993).

Em relação a tentativas de suicídio, um rastreamento realizado em Campinas revelou taxas em torno de 150/100 000 habitantes por ano, com a maioria dos casos ocorrendo em menores de 27 anos (Cassorla, 1984).

O Hospital de Clínicas da UNICAMP é responsável pelo atendimento de considerável parcela de casos de tentativas de suicídio. No ano de 1995, o CCI² revelou atendimento de 3472 casos de intoxicações, sendo que 684 (19,7%) destes foram por tentativas de suicídio (TS). Aproximadamente, 40 novos casos de TS são atendidos por mês no pronto socorro do Hospital das Clínicas da UNICAMP. Destes, 52% residem em Campinas, 16% necessitam de internação por razões clínicas ou cirúrgicas e 5% necessitam de internação na enfermaria de psiquiatria (Botega et al., 1995).

Um levantamento de 921 casos de intoxicação, que foram internados na enfermaria de urgência do Hospital das Clínicas da UNICAMP, no período de 1971 a 1992, mostrou que 559 (78,9%) foram por tentativa de suicídio (Vieira, 1994).

De todos os casos atendidos na Interconsulta Psiquiátrica do HC-UNICAMP, 14% foram por tentativa de suicídio (Magdaleno Jr. & Botega, 1988). Das internações na enfermaria de psiquiatria, 4% foram precipitadas por tentativas de suicídio (Dalgalarondo, 1990).

Em nenhum desses estudos realizados na UNICAMP descreveram-se as características dos pacientes que necessitam de internação por tentativas de suicídio. Isso motivou-nos a investigar as características clínicas e demográficas dessa população. Além de um roteiro para a anamnese, foram utilizados instrumentos para medir intencionalidade suicida, depressão, ansiedade e gravidade clínica das lesões.

Pesquisas em tentativas de suicídio tornam-se difíceis devido às diferentes categorias que acabam sendo classificadas sob o mesmo termo, como ressaltou Kreitman (1977). Este mesmo autor enfatiza a necessidade de dividirmos as tentativas de suicídio em subgrupos homogêneos.

² CCI - "CENTRO DE CONTROLE DE INTOXICAÇÕES", pertence ao HC - UNICAMP e atende toda a macroregião de Campinas. Os atendimentos se dividem entre informações por telefone e assistência no pronto-socorro.

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

Nos últimos trinta anos, poucos estudos focalizaram a identificação de subtipos de tentativa de suicídio baseando-se nas características demográficas e psicossociais. Em muitos destes estudos, a informação tem sido restrita às características de menor ou maior risco. Em outros, consideram-se a letalidade, os arranjos para o ato, a motivação. Em alguns estudos os subtipos de tentativa de suicídio foram classificados de acordo com o método utilizado (Arensman & Kerkhof, 1996).

A literatura de suicídio e tentativa de suicídio é extensa. No capítulo introdutório priorizamos pois, os aspectos que consideramos fundamentais para a compreensão deste trabalho. Compõem este capítulo, que decidimos chamar de "Comportamento Suicida", a evolução cultural e psiquiátrica do suicídio algo, a nosso ver, necessário para alertar a transcendência em relação ao campo exclusivamente médico-biológico. Seguem definições do suicídio e tentativa de suicídio, apresentando as vantagens de se trabalhar com um termo mais abrangente como "Comportamento Suicida". Dados epidemiológicos dos países que respondem por altos coeficientes de mortalidade por suicídio também foram incluídos demonstrando a grandeza e importância desse fenômeno. Destacaram-se, também, os coeficientes locais de mortalidade por suicídio e os principais fatores relacionados ao comportamento suicida.

A análise dos dados concentrou-se nas características demográficas e certos aspectos do quadro clínico (intencionalidade suicida, motivações para a tentativa de suicídio, presença de ansiedade e depressão, história psiquiátrica anterior e atual, tentativas de suicídio anterior e diagnóstico psiquiátrico). A totalidade das informações armazenadas no banco de dados por nós desenvolvida será analisada futuramente, com o aumento da amostra, bem como com o amadurecimento de algumas hipóteses geradas por este trabalho.

CAPÍTULO I - COMPORTAMENTO SUICIDA: DISCUSSÃO DE ALGUNS ASPECTOS.

I - Suicídio, Cultura e Psiquiatria

A partir do século XVI, a palavra suicídio começou a ser conhecida. Sua utilização se intensificou a partir de 1734, após aparecer em textos dos abades Prevóst e Defontaines (Guillon & Bonniec, 1985).

Baseando-nos fundamentalmente no livro *Suicide: a European Perspective* (Retterstol, 1993) estaremos apresentando nos próximos parágrafos aspectos de como o suicídio é compreendido em diferentes culturas. A interpretação do ato pelas seitas religiosas também fará parte desta introdução.

Em algumas culturas o suicídio é uma expressão de raiva e vingança baseada em motivos pessoais. “*Não existe cultura livre do suicídio*” (Retterstol, 1993). A forma com que é expressado pode ser precisamente descrita pelos costumes.

Em culturas primitivas, os motivos têm sido freqüentemente o desejo de preservar a honra e a dignidade, ou provar ausência de covardia. Sentimentos de vergonha e de vingança são motivos comuns para suicídio em culturas primitivas. É também admitido que o suicídio possa ocorrer devido a graves sofrimentos, desespero ou fraqueza em idosos. Nessas culturas, o suicídio é visto como um ato racional, como no caso de uma mulher que está com sua virtude em perigo, ou de um homem que se vê humilhado pelo inimigo.

Na antiguidade greco-romana, o suicídio era considerado um ato vergonhoso. A pessoa que cometia o suicídio não podia receber o ritual de morte como era de costume. A vida era uma dádiva dos deuses; a vida e a morte estavam subjogadas por eles. Suicídio era visto como uma forma de rebelião contra os deuses. Platão, em um dos seus escritos, disse que o indivíduo que cometesse suicídio deveria ser enterrado com uma marca do ato. O corpo daquele que tinha cometido suicídio era usualmente queimado ao lado da cidade, e sua cabeça era cortada e enterrada separadamente. Aristóteles também

denunciava o suicídio. Ele declarava enfaticamente que o suicídio era um pecado e fraqueza contra a pátria. Plutarco, Eurípedes e Virgílio denunciaram o suicídio como um ato covarde e desprezível, de homem indigno. Existiu, no entanto, na Grécia antiga exemplos de suicídio considerados heróicos, como os de Kodios e de Themistocles (Retterstol, 1993).

A escola estóica floresceu no Império Romano e apresentou uma visão distinta das outras escolas. Quando em defesa da pátria, como ato moral ou quando a pobreza, doenças crônicas e doenças mentais faziam a morte mais atrativa do que a vida, o suicídio era considerado como um ato merecedor de respeito.

No Império Romano, o suicídio de um escravo acarretava perdas econômicas para o senhor, mas o suicídio de um soldado enfraquecido significava ganhos econômicos. Tentativa de suicídio era uma ofensa. Para um soldado, a penalidade deveria ser a morte, porque tentativa de suicídio era igual a deserção. As propriedades das pessoas que tinham cometido suicídio eram confiscados pelo Estado. Entretanto, o suicídio como um ato de sacrifício heróico pelo Estado era bem visto. No antigo Império Romano, era considerado como um ato positivo, quando perpetrado para evitar desgraças, sofrimento, expressar tristeza e servir à pátria.

Suicídio era raro entre os judeus. No Velho Testamento, a vida era considerada sagrada. Suicídio era considerado pelas leis judaicas como um ato de injustiça e desonra. Diante de um ato suicida, a vítima era punida e sua família não poderia realizar o ritual do enterro como era de costume. Em extrema circunstâncias, entretanto, o suicídio poderia ser aceito (Retterstol, 1993).

Atos de martírio eram comuns no antigo período cristão. O número de suicídio aumentou durante este período, muitos desejavam ir a Deus ou a Cristo. Algumas vezes na história do Cristianismo, o suicídio era proibido. Santo Agostinho escreveu *O Estado de Deus* como a primeira codificação da igreja Católica Romana. A vida é um presente de Deus. O suicídio era o pior pecado. No Sínodo de Arles, matar-se era cometer assassinato. No Sínodo de Braga, ficou decidido que não haveria ritual religioso após suicídio. Entretanto, na prática, o suicídio era permitido em algumas circunstâncias: suicídio de mulheres virgens, ou casadas, com o intuito de preservarem sua virtude. O Sínodo de Nimes adotou a resolução de que quem cometia o suicídio não po-

deria ser sepultado em solo sagrado. Em muitas partes da Europa, o corpo era arrastado pelas ruas e enterrado numa encruzilhada com uma faca cravada, e uma pedra no lugar da cabeça. Em outros lugares, o corpo da pessoa que cometia suicídio não poderia sair da casa pela porta e sim, pela janela. Se não existisse janela, um buraco deveria ser feito na parede (Retterstol, 1993).

No século XIII, Santo Tomás de Aquino, em *Summa Theologica*, declara que o suicídio era absolutamente proibido e apontava as seguintes razões: 1 - não é um ato natural; 2 - toda pessoa pertence a sociedade, e o suicídio é um ato anti-social; 3 - A vida era dada por Deus, e somente ele poderia tirá-la.

Lutero tinha idéia clara de que o caminho da escolha do absolutismo e subserviência era uma decisão e responsabilidade pessoal. No livro *Anatomy of Melancholy*, Burton em 1621, escreveu enfaticamente que os dogmas da igreja deveriam ser questionados quando se condena para eternidade o suicídio. Gradualmente, o suicídio foi sendo aceito nas classes mais altas, mas condenado em classes inferiores (Retterstol, 1993).

No século XVIII, a visão do suicídio foi-se tornando menos rígida. Montesquieu, em 1721, defendia que o homem faz parte da natureza e poderia modificá-la. Rousseau, em 1761, e Voltaire, em 1766, criticaram a visão oficial do suicídio. Goethe com seu livro *Weters Leiden*, de 1774, provocou uma epidemia de suicídio em toda Europa, seguindo o adolescente, Charlott Buff, que comete suicídio devido à paixão impossível por uma mulher casada. Uma das mais importantes publicações deste período é o livro *Essay on Suicide*, de 1783, escrito pelo escocês David Hume. Este livro era tão radical que não se atreveram publicá-lo até a morte de Hume. O autor argumentava que deveria ser um homem correto para que se pudesse decidir pela própria morte, na vigência de sofrimento, doença, desonra ou pobreza, que tornasse a vida insuportável.

No século XIX, o suicídio foi crescentemente sendo considerado mais como um ato de vergonha do que um pecado ou um crime. Este foi o século de fortes vínculo familiar. O século da classe média, onde era importante para a família manter um estatuto na sociedade. O suicídio, gradualmente, era recusado. Era considerado um segredo de família e era crescentemente classificado como doença mental. Shopenhauer destaca-se nesse século, escrevendo sobre o suicídio. Ele considerava o suicídio um ato equivocado, de engano,

tolo, insensato e não uma libertação do sofrimento da vida presente. Mas era também contrário à visão de que o suicídio deveria ser considerado um pecado, um crime. Criticava a represália imposta pela igreja. Em muitos momentos, Shopenhauer antecipou-se à moderna visão psiquiátrica do suicídio (Retterstol, 1993).

Em relação às seitas religiosas, a visão do suicídio foi ainda mais distinta. No Hinduísmo, em livros antigos como o *Veda*, o suicídio era permitido por razões religiosas. O melhor sacrifício que poderia ser feito era tirar a própria vida. Por outro lado, existia forte oposição nas Escrituras do Santuário, onde o suicídio era condenado. No Hinduísmo, após a morte do marido, a viúva tinha um dia para decidir se iria cometer o *Sati* (deixar queimar-se junto aos restos mortais do marido). Esta tradição foi proibida na Índia e declarada um crime em 1892. Suicídio por inanição também tem sido autorizado por grupos religiosos na cultura indiana. Esta forma de suicídio foi conhecida como *Sllekhama* freqüentemente concluído por devotos. A partir de Mahatma Gandhi, e em tempos mais recentes, este tipo de sacrifício como arma política tem finalizado em morte em vários casos. Opção de jejum e morte é comum na Índia de hoje (Retterstol, 1993).

Na religião Budista, o suicídio era autorizado em algumas circunstâncias. Na China motivos especiais para suicídio eram particularmente autorizados, como, por exemplo, perder batalha, em memória de seu pai ou outros descendentes, perder a honra e infringir a lei, tornavam o suicídio uma solução aceita. Se o crime era de uma pessoa de maior posto, era comum que o Imperador mandasse para a pessoa uma faixa de seda amarela para ele mesmo enforcar-se, evitando-se assim o processo criminal, onde a sentença de morte era provável. O suicídio era um ato de vingança contra alguém que tivesse cometido um ato de injustiça. Entretanto, hoje, atitudes suicidas são geralmente negativas no Budismo. Suicídio é proibido de acordo com a doutrina de Confúcio, exceto em casos de lealdade a uma organização a qual o indivíduo pertença.

Mais do que em qualquer outra parte, o suicídio, no Japão, integra-se a tradições nacionais. A religião japonesa é baseada parte no Xintoísmo e parte no Budismo. O tradicional ritual de *Seppuku* e *Hara-kiri* estão presentes em classes sociais mais altas, principalmente da nobreza e dos militares (Samurais). O *Hara-kiri*, originado há milhões de anos atrás, é originalmente uma honrosa forma de suicídio. Este ato é visto como uma forma de bravura.

Embora ambas formas de suicídio tenham sido proibidas em 1868, por lei, eles são ainda praticadas. Um outro tipo de suicídio existente no Japão é o *Junshi*. Este é praticado após a morte de uma pessoa de estado mais elevado. Um exemplo de *Junshi* é o do General Nogi e sua esposa, que cometeram suicídio após a morte do Imperador Meiji em 1912.

Durante a II Grande Guerra Mundial, os japoneses não hesitavam em cometer suicídio. Os pilotos Kamikazes colidiam seus aviões contra o alvo inimigo com uma quantidade de explosivos. A partir deste período, o Japão tem se exposto a um considerado grau de americanização e influência ocidental, e um aumento da taxa de suicídio tem sido observado, colocando o Japão como um dos maiores do mundo em estatísticas do suicídio.

No Islamismo o suicídio é fortemente condenado. Mohammed declarou que Deus tem outorgado que cada humano tem seu destino, e somente Ele determina a hora que a pessoa deve morrer. Uma das doutrinas do Islã é que Deus se expressa por vários caminhos, e que o homem tem que estar subjugado a Ele em todos os momentos. É uma ofensa a Deus cometer suicídio. Suicídio é, antes de mais nada, um sério crime no Islã, pior do que assassinato.

A partir do século XIX, o suicídio passou a ser de interesse da psiquiatria. Em 1758 foi publicado um livro por Battie, onde já se denotava a relação entre suicídio e doença mental. Outro livro escrito por Auembrugger em 1783, refere-se ao suicídio como resultado de doença mental. Kushmer, 1989 cita Willian Blackstone, um jurista Inglês que em 1809, disse: “Muitos atos suicida são uma evidência de insanidade”. O primeiro volume do *American Journal of Insanity*, publicado em 1844, continha muitos artigos usando o modelo de doença para estabelecer a relação entre depressão e suicídio. Numerosos tratamentos não-ortodoxos passam a ser apregoados por médicos para a “cura” de pessoas suicidas (Werth Jr., 1996).

Em 1838, Esquirol escreve *Mental Maladies: A Treatise on Insanity*, onde ele dedica mais de 50 páginas ao suicídio e sua relação com insanidade (Werth Jr., 1996). A posição de Esquirol era diferente de outros escritores de seu tempo, porque ele afirmava que suicídio é um *sintoma* de doença mental, mas não uma doença mental em si.

Winslow em seu livro *The Anatomy of Suicide*, de 1840, apresenta um exemplo de como profissionais médicos, viam o suicídio. Eles desconsideravam a idéia de que suicídio poderia ser um ato racional, afirmando que o suicídio ocorre em alguém com “depravado estado da mente”. Relata que não é necessário que haja evidências objetivas de lesão no cérebro para provar que a pessoa suicida é um insano: “*é importante lembrar que a tentativa de auto-destruição é freqüentemente o primeiro sinal de um ato de insanidade*” (Werth Jr., 1996).

A transformação do suicídio de crime para doença, coincide com o aumento das instituições psiquiátricas na América, antes da guerra civil. Em 1847, por outro lado, um artigo de autoria anônima defendia que era possível a existência de suicídios racionais. Em 1870, John Gray afirma que uma larga proporção de casos, se não a maioria dos suicídios é cometido por pessoas racionais (Werth Jr. , 1996).

O livro *Le Suicide*, de Durkheim (1897), foi um dos mais importante escrito neste assunto e será retomado mais adiante. Examinando a questão do suicídio sob o ponto de vista sociológico, conclui que “suicídio e uma reação normal, e não anormal”

No início do século XX, alguns autores viam o suicídio como um fenômeno que não era somente resultado de doença mental. Por exemplo, em 1919 Alfred Hoch escreveu sobre a *balança do suicídio*, onde o indivíduo deveria pesar os prós e os contras na vida e decidir se preferia a morte ou continuar vivendo. Cavan, baseado em estudos que conduziu, afirma que suicídio é resultado de causas sociais e psicológicas, concluindo que menos de 20% das pessoas que cometeram suicídio em Chicago em 1923 estavam insanas no momento do ato. A respeito da coexistência de insanidade e de suicídio ela afirma que “*apesar de algumas contradições, há evidências de que a maioria dos suicidas provavelmente não são insanos*” (apud Werth Jr., 1996).

Entretanto, a visão de Hoch e Cavan eram raras no início do século XX, época em que a psicanálise estava nascendo e se firmando. O desenvolvimento da psiquiatria e da psicologia clínica geral, psicanálise em particular, contribuiu na mudança de atitudes contemporâneas diante do suicídio. Aumentou a possibilidade de se atribuir ao suicídio causas “simples” como: pobreza, desemprego, desapontamentos no amor. O ato suicida é entendido

como resultado de uma complexa variedade de forças, conscientes e inconscientes (Werth Jr. 1996).

Têm-se considerado atualmente, que em certas circunstâncias, o suicídio é uma opção legítima. Este fato tem sido foco de debates sobre os direitos do indivíduo e sobre o morrer com dignidade. O suicídio seria, assim, concebido, como exercício racional de um direito pessoal (Werth Jr. , 1996). No entanto é preciso reconhecer que para o profissional de saúde mental pode ser difícil aceitar que seu paciente, agindo livre e racionalmente, tem direito de tirar sua própria vida. É preciso considerar a possibilidade de um transtorno mental nesse indivíduo. Se esse transtorno for bem tratado, a ideação suicida poderá ter sido um fenômeno temporário. Para compreender o fenômeno do suicídio, o profissional de saúde deve conhecer vários campos, sejam eles biomédicos ou interpessoais, sociais ou culturais, podendo desta forma melhor se orientar quanto a sua atuação clínica.

I - Definições

A terminologia e classificação em suicidologia ainda são incipientes. Persistem ambigüidades, usam-se termos vagos e ainda há contradições sobre termos centrais. A maioria das definições apresenta limitações, principalmente se levarmos em consideração os aspectos ditos “inconscientes” de alguns suicídios. Para evitar este impasse, freqüentemente as definições de suicídio valorizam a consciência e a intencionalidade do ato, assumindo-se que o indivíduo estava lúcido e consciente de que a ação o levaria à morte, morte essa desejada (Cassorla, 1981).

Émile Durkheim, em seu livro *O Suicídio*, de 1896, alerta para o fato de que: “*Se só houvesse suicídio no caso de haver intenção de se matar, te-*

ríamos de recusar essa denominação” (Durkheim, 1982). O autor, objetivando construir uma definição do suicídio que não fosse incompleta, alerta para o fato de não podermos classificar e tratar da mesma maneira o suicídio de um alucinado e o suicídio de um indivíduo de mente sadia:

“Um ato não pode ser definido pelo fim que o agente tem em vista, pois um mesmo sistema de movimentos, sem mudar de natureza, pode ser ajustado a numerosos fins diferentes” (Durkheim, 1982).

Durkheim considera que a vítima no momento de agir, conhece os resultados de sua conduta, sem importar a razão que a faça proceder desse modo, formando assim, um grupo bem definido, homogêneo, diferente de qualquer outro e que deve receber uma denominação especial. O nome “Suicídio” lhe é apropriado, e assim, de modo definitivo:

“Chama-se suicídio todo caso de morte que resulte direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo, praticado pela própria vítima, sabedora de que devia produzir esse resultado” (Durkheim, 1982).

Autores que se interessaram pelo tema ofereceram outras possibilidades de definições, reunidas por Cassorla (1981):

“Ato de se matar de uma maneira habilmente consciente, tomando a morte como meio ou fim” (Deshaies).

“Ato voluntário de uma pessoa que conscientemente se coloca em uma situação que espera que o leve à morte, e através da qual pretende atingir seu objetivo” (Perlstein).

“Ato de autodano com a intenção que o dano mate” (Gastinkel e Gollambeck).

“Ato pelo qual um ser humano faz voluntariamente aquilo que crê ser uma causa eficiente e suficiente de sua própria morte” (Landsberg).

“Dano fatal feito a si mesmo, intencional e consciente, mesmo que de modo ambíguo e vago” (Stengel).

Retterstol (1993) acrescenta duas outras possibilidades para definir suicídio:

“Ato auto-infligido que ameaçam a vida resultando em morte”.

“Ato com conhecimento e expectativa de resultado fatal, planejado e conduzido pelo indivíduo com o desejo de realizar mudanças”.

Fica claro que algumas destas definições procuram valorizar a intencionalidade e a consciência das conseqüências do ato e acabam por excluir os suicídios “inconscientes”, suicídios de indivíduos com perturbações mentais (delirantes, alucinados) e o suicídio de crianças que não têm consciência da irreversibilidade da morte.

Autores como Stengel e Deshaies utilizam em suas definições termos como “ambíguo”, “vago”, “habilmente”. Apesar de tornarem menos precisas as definições, essas expressões as tornam mais abrangentes, aproximando a teoria do que é observado na prática clínica.

Os casos de tentativas de suicídio têm especial relevância para o clínico por serem estes os indivíduos que irão necessitar de assistência médica e psiquiátrica. Rotterstol (1993) apresenta algumas definições de tentativa de suicídio:

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

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

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

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

Kreitman (1977) introduziu o termo “parassuicídio” para se referir ao ato não fatal, no qual um indivíduo causa deliberadamente auto-lesão, ou in-

gere substâncias em excesso. A definição de parassuicídio não contempla a questão da morte ser desejada como resultado, mas considera a intenção de provocar mudanças no estado emocional ou situação social. “Parassuicídio” tem sido usado em um sentido amplo, muitas vezes em lugar de “tentativa de suicídio”, referindo-se a um ato que pode estar próximo do suicídio. Apesar do termo “parassuicídio” ser usado de maneira ampla, as denominações ‘auto-envenenamento’ e ‘auto-lesão’ são ainda conservadas em trabalhos de alguns autores (Gelder et al., 1983).

Com a intenção de evitar enganos em estudos multicêntricos sobre a epidemiologia das tentativas de suicídio, a Organização Mundial de Saúde propôs uma definição, baseada nos códigos da Décima Classificação Internacional de Doenças:

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

A distinção entre suicídio e tentativa de suicídio não é absoluta. Existe uma importante sobreposição. Algumas pessoas, que não tiveram intenção de se matar morrem pelo efeito de uma “overdose”. Outros, com intento de morrer, sobrevivem. Entretanto, muitos pacientes são ambivalentes, incertos, quanto a querer morrer ou viver: *“querem as duas coisas ao mesmo tempo. Comumente, uma mais, ou muito mais, que a outra” (Stengel, 1970).*

É possível estabelecermos uma intersecção entre estes dois fenômenos: suicídio e tentativa de suicídio. Em algumas situações eles podem pertencer à mesma categoria de acontecimentos. Existem tentativas que extrapolam a noção de “atos não-fatais”, freqüentemente ligada às tentativas de suicídio. O indivíduo pode apresentar quadro clínico grave, com alta probabilidade de “se tornar” um suicídio. Ademais, é preciso considerar que aproximadamente 10% dos que tentam o suicídio acabam se matando ao final de dez anos e que em 19-24% dos casos de suicídios há tentativa de suicídio progressiva (Diekstra, 1993).

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

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

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

Um dos principais problemas na caracterização e identificação de comportamentos suicidas é a dificuldade de critérios para o diagnóstico. O conhecimento da verdadeira gravidade deste fenômeno é extremamente deficiente. Instituições de saúde que atendem pessoas que tentaram o suicídio freqüentemente não registram esses casos como tais. As que o fazem mostram grande variação na operacionalização do que vem a ser comportamento suicida (Diekstra, 1993).

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

1 - Atribuição de natureza suicida

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

2 - Grau de intencionalidade suicida

O indivíduo procurava realmente a morte? A maioria das tentativas de suicídio está ligada a sentimentos de sofrimento, angústia, desespero que não refletem, necessariamente, desejo real de morrer. Só é possível conhecermos o grau de intenção suicida do indivíduo através de anamnese cuidadosa, ou da utilização de instrumentos adequados, como, por exemplo, a escala de intencionalidade suicida de Beck et al. (1974).

3 - A motivação para o comportamento suicida

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

4 - Fantasias a respeito da morte

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

5 - O grau de letalidade do método utilizado

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

6 - Grau de gravidade das lesões

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

Neste trabalho, adotamos a definição de tentativa de suicídio publicada pela Organização Mundial de Saúde, em 1992, citada anteriormente. No entanto, consciente das dificuldades de se estabelecerem limites, também utilizamos na avaliação clínica os aspectos propostos por Botega (1996), com a finalidade de melhor caracterizar o comportamento suicida. A classificação do método utilizado na tentativa de suicídio está de acordo com os códigos "X" da CID 10 (WHO, 1992).

III - Epidemiologia

Em muitos países industrializados o número de pessoas que morrem por suicídio é significativamente maior do que o número de pessoas que morrem por acidentes de trânsito. Nas últimas duas décadas, nestes mesmos países, a frequência de morte por acidente de trânsito tem diminuído, enquanto a taxa de suicídio tem aumentado, particularmente em adolescentes e adultos jovens. Suicídio é a décima causa de morte em indivíduos de todas as idades e é a segunda ou terceira causa de morte se considerarmos a idade de 15 a 34 anos (Diekstra, 1993). O suicídio é raro em crianças menores de 12 anos de idade, sendo mais comum após a puberdade, com aumento da incidência em cada ano da adolescência (Moens, 1990).

A relação entre suicídio e idade apresenta diferenças entre os países e entre os sexos. Alguns países, como Irlanda, Bulgária e Estados Unidos da América, apresentam o primeiro pico entre os adultos jovens de 24-35 anos de idade. Para outros países, a taxa continua elevada até os 45-54 ou 64 anos de idade, como Hungria e Dinamarca, e praticamente em todos os países, a taxa é alta para idade acima dos 75 anos (Diekstra, 1993).

Os coeficientes de mortalidade variam desde mais de 30/100 000 habitantes em países como Hungria, Áustria, Dinamarca e Finlândia, a menos de 10/100 000 habitantes em Portugal, Espanha, Grécia, Itália, Reino Unido, e na maioria dos países latino-americanos. Portugal, Espanha, Itália e Holanda, são os países da Europa com a menor taxa de mortalidade por suicídio. Finlândia, Suécia, Noruega e Dinamarca formam um grupo de países com as maiores taxas de mortalidade por suicídio (Diekstra, 1993).

Se considerarmos, somente a faixa etária acima de 75 anos de idade, Hungria é o país da Europa com maior coeficiente, 179/100 000 habitantes (1993) para homens e 56/100 000 habitantes (1993) para mulheres. Áustria, França, Alemanha, Suíça, Dinamarca e Finlândia, são outros países com altos coeficientes para idosos (acima de 75 anos) que são mostrados na Tabela 1.

Tabela 1 - Coeficientes de mortalidade por suicídio e de mortalidade por suicídio para idade acima de 75 anos, por 100 000 habitantes, em países da Europa.

Países	Coeficientes de mortalidade por suicídio	Coeficientes > 75 anos	
		Masculino	Feminino
Hungria (1993)	35,9	179,1	59,6
Áustria (1993)	21,3	132,4	25,6
França (1992)	20,3	103,3	24,3
Alemanha (1993)	15,6	87,5	24,4
Suíça (1993)	20,4	80,4	21,0
Dinamarca (1993)	22,4	72,0	31,6
Finlândia (1993)	27,5	67,3	6,4

FONTE DE DADOS: World Health Statistics Annual, 1994

A Finlândia, além de elevados coeficientes de mortalidade por suicídio para faixa etária acima de 75 anos de idade, apresenta também os maiores coeficientes entre os adolescentes (25,1/100 000 habitantes, 1991). O Reino Unido é o único país com um claro decréscimo do coeficiente de suicídio em idosos para ambos os sexos, enquanto em todos os outros países tem havido

um aumento considerável nas últimas três décadas (Diekstra & Gulbinat, 1993).

Na Ásia, Japão e Sri Lanka são os países com maior coeficiente de mortalidade por suicídio, sendo que Sri Lanka apresenta coeficientes muito altos, tanto para jovens, 62,3/100 000 habitantes (1986), como para idosos, acima de 75 anos, 73,7/100 000 habitantes. Nesta faixa etária, o Japão apresenta um coeficiente de 51,8/100 000 habitantes.

Na América do Norte, nos últimos 35 anos, houve um aumento geral no coeficiente de mortalidade por suicídio em homens idosos e também em adolescentes. Nos Estados Unidos da América, o suicídio ocupa o terceiro lugar como causa de morte entre os adolescentes e adultos jovens, de 15 a 24 anos de idade, apresentando um aumento de 156% entre os anos de 1960 a 1989. O Canadá apresentou um aumento de 317% e 257% para homens e mulheres jovens respectivamente (Diekstra & Gulbinat, 1993).

Na América Latina, a Argentina revelou o mais alto coeficiente de mortalidade por suicídio para homens idosos, acima de 75 anos, 46,5/100 000 habitantes, em 1991 (Diekstra e Gulbinat, 1993).

No Brasil, a diversidade das regiões, não pode ser desconsiderada quando estudamos coeficientes de mortalidade. Há limitada confiabilidade dos dados registrados para algumas localidades. Por razão de maior segurança, optou-se, aqui, por analisar dados apresentados pelas Capitais das Regiões. Na tabela 2 verifica-se que não há diferenças significativas entre as Regiões brasileiras em relação aos coeficientes de mortalidade por suicídio, os quais não passam de 5/100 000 habitantes. As Capitais da Região Centro-Oeste, Norte e Sul mostram os maiores coeficientes, 4,64; 4,53 e 4,52/100 000 habitantes, respectivamente (Tabela 2).

Tabela 2 - População, taxa bruta e coeficiente de mortalidade por suicídio nas capitais das Regiões brasileiras, ano de 1991.

Região	População	Taxa Bruta	Coeficiente
Brasileira			
Norte	30 607 28	140	4,53
Nordeste	85 623 61	263	3,07
Sudeste	173 761 73	687	3,95
Sul	28 312 74	128	4,52
C.Oeste	34 460 21	160	4,64

FONTE DE DADOS: Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde
Sistema de informação de Óbitos - 1991.

A Região Sudeste, apesar de apresentar um baixo coeficiente de mortalidade por suicídio, é a região com maior incidência de mortalidade por suicídio, responsável por 49,8% do total de mortes por suicídio no Brasil (Tabela 2). O município de São Paulo mostra as maiores cifras: 401 suicídios para homens e 121 suicídios para mulheres, correspondendo a 75,9% dos suicídios ocorridos no Sudeste (Tabela 3). Nesta cidade os coeficientes foram 8,6/100 000 habitantes para o sexo masculino e 2,4/100 000 habitantes para o sexo feminino, com razão entre os coeficientes masculino/feminino, de 3,5, valor próximo ao do Brasil como um todo (3,4), menor do que a média dos países da América, (4,1) e maior do que a média dos países da Ásia (1,3) e da Europa (3,0) (Tabela 4).

Tabela 3 - Valores Absolutos e porcentagem de mortes/suicídio nas Capitais dos Estados da Região Sudeste, 1991.

Capitais	mortes por suicídio	porcentagem
São Paulo	522	76
Belo Horizonte	76	11
Rio de Janeiro	62	9
Vitória	27	4

FONTE DOS DADOS: Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde
Sistema de Informação de Óbitos - 1991.

Tabela 4 - Razão entre os coeficientes de mortalidade por suicídio masculino/feminino, nos três Continentes, no Brasil e nos municípios de São Paulo e de Campinas.

Localidade	masculino/feminino³
Europa	3,0
Ásia	1,3
América	4,1
Brasil	3,4
São Paulo	3,6
Campinas*	3,5

FONTE DE DADOS: Diekstra, 1993

Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde, 1991
Secretária Municipal de Saúde/Prefeitura do Município
de Campinas de 1990 a 1995.

*período de 1990 a 1995

Em Campinas no período de 1990 a 1995 foram registrados apenas 65 mortes por suicídio resultando em um coeficiente de 1,2/100 000 habitantes, dados estes muito abaixo do esperado. Mesmo levando-se em conta as limitações decorrentes de uma possível subnotificação, os dados existentes mostram prevalência de mortalidade por suicídio entre os 15 e 49 anos (72,3% dos casos), com a razão masculino/feminino de 3,5.

Na maioria dos países da Europa, o método mais utilizado é o envenenamento. No Brasil, de 5145 suicídios ocorridos no ano de 1991, 2380 (46,3%) dos casos utilizaram como método o enforcamento, seguido por armas de fogo com 1037 (20,2%) casos e apenas 630 (12,3%) casos foi por envenenamento (MS/FNS/SIO - 1991). Isto se repete para a cidade de São Paulo e também para cidade de Campinas (Tabela 5).

³ Razão masculino/feminino é calculado pela divisão do coeficiente de mortalidade para o sexo masculino pelo coeficiente de mortalidade para o sexo feminino.

Tabela 5 - Números de casos de suicídio e porcentagem de enforcamentos ocorridos no Brasil, São Paulo e Campinas, 1991.

ENFORCAMENTOS	NÚMERO DE CASOS	%
Brasil	5145	46,3
São Paulo	522	22,0
Campinas	65	44,6

FONTE DE DADOS: Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde
Sistema de Informações de Óbitos - 1991

No município de São Paulo, no ano de 1991, 22% dos indivíduos que cometeram suicídio fizeram-no por enforcamento e apenas 0,9% utilizaram envenenamento. Em São Paulo, apenas 4,9% dos indivíduos que cometeram suicídio utilizaram arma de fogo (MS/FNS/SIO - 1991). O mesmo pode ser observado na cidade de Campinas, onde 44,6% dos indivíduos que cometeram suicídio utilizaram-se do enforcamento. Arma de fogo foi utilizada por 26,2% dos casos e somente 7,7% cometeram suicídio por envenenamento (Banco de dados de Óbitos de Campinas - 1990 a 1995).

Um estudo multicêntrico, realizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 15 centros de 10 países da Europa (Finlândia, França, Hungria, Itália, Holanda, Noruega, Espanha, Suécia, Alemanha e Dinamarca), indicou que os coeficientes de tentativa de suicídio variam consideravelmente. A maior taxa, 414/100 000 habitantes, para o sexo masculino, está na Finlândia (Helsinki), e a menor, na Holanda (Leidin) 61/100 000 habitantes. Para mulheres, a maior taxa foi na França (Pontoise), com 595/100 000 habitantes e a menor, 95/100 000 habitantes na Espanha, em Guipúzcoa (Platt et al., 1992).

Este mesmo estudo mostra que apesar das mulheres serem as principais responsáveis pelas altas taxas de tentativa de suicídio, em proporção variada, mas ficando em torno de 3:1, na Finlândia (Helsinki), a taxa de tentativa de suicídio para homens, foi marcadamente maior. Revelou, ainda, que tanto para valores absolutos, como para coeficientes, o pico de idade de ocorrência de tentativa de suicídio situa-se na faixa etária de 15 a 44 anos, sendo que a maioria ocorre em menores de 30 anos.

No Brasil, as taxas oficiais provavelmente estão bastante subestimadas. Acredita-se que as taxas reais devam ser de 10 a 30 vezes superior às taxas divulgadas. Cassorla (1984), realizou um estudo através de visitas domiciliares, registros de pronto-socorros e dados da polícia, na cidade de Campinas - SP, estimando uma taxa de 154 tentativas de suicídio por 100 000 habitantes, em 1982. Destas, 75% deram-se em menores de 27 anos.

De maneira geral, sabemos que em relação ao número de suicídios, 10 vezes mais pessoas fazem tentativas de suicídio com complicações que requerem alguma forma de assistência médica. Em geral, algumas características das pessoas que tentam suicídio são diferentes das que cometem suicídio. Essas últimas são freqüentemente do sexo masculino, geralmente sofrem de desordens psiquiátricas, planejam seus atos suicidas com cuidado, tomam precauções contra descoberta e usam métodos mais perigosos. Em contraste, aqueles indivíduos que tentam suicídio e que sobrevivem, em uma larga proporção, agem impulsivamente, não impedem descoberta e usam métodos menos perigosos.

Fatores de risco ligados a suicídio, como estado civil, presença de doenças físicas e de doenças mentais, atividade profissional, religião e outros, são apresentados do menor risco para o maior (Tabela 6).

Tomando-se por base o conjunto de dados epidemiológicos, as diferenças do perfil de indivíduos com suicídio completo em relação aos indivíduos que fazem tentativas de suicídio são apresentadas na Tabela 7.

Tabela 6 - Fatores de risco para suicídio, do menor para o maior.
(baseado em Stevenson, 1988)

FATORES	MENOR	MAIOR
sexo	feminino	masculino
faixa etária	adulto jovem	idosos e adolescentes
estado civil	casado	solteiros, divorciados viúvos e sozinhos.
Doenças mentais	crises situacionais neuroses	depressão/alcoolismo esquizofrenia
Doenças físicas	ausente	presente
Área de moradia	rural	área urbana
Situação profissional	empregado	desempregado/aposent. subemprego
Religião	católicos/judeus	protestantes/ateus
Tentativa de suicídio anterior	ausente	presente
História de tentativa de suicídio e doença mental na família.	ausente	presente

Entretanto, os dois grupos não são distintamente separados. De fato, muitos suicídios, estimados entre 30 e 60%, são o último ato numa série de tentativas em quantidade que pode variar de 1 a mais de 20. Por outro lado, de 10 a 14% das pessoas envolvidas em tentativa de suicídio, morrem por

suicídio, representando um risco de suicídio 100 vezes maior do que observado na população geral (Brent & Kolko, 1990).

Tabela 7 - Perfil dos casos de tentativa de suicídio e de casos de suicídio (baseado em Stevenson, 1988).

VARIÁVEL	TENTATIVAS	SUICÍDIO
sexo	feminino	masculino
faixa etária	abaixo 35 anos	acima de 60 anos
método	baixa letalidade	alta letalidade
diagnóstico	raramente doenças Mentais	depressão/alcool. esquizofrenia
local	público/fácil descoberta	precaução contra descoberta

A partir de 1980, e mais recentemente, vem sendo discutido a importância de se conhecer o grau de letalidade dos métodos que são utilizados por indivíduos que tentam suicídio e os efeitos destes na mortalidade por suicídio (O'Donnell & Famer, 1992). Sabe-se que quanto mais letal o método utilizado, maior a chance de novas tentativas de suicídio. Entre os métodos utilizados na tentativa de suicídio, destacam-se ingestão de excesso de medicamentos, venenos e agrotóxicos. Indivíduos que impulsivamente ferem-se com lâminas de barbear, cacos de vidro ou com cigarros, acabam por justificar seus atos como uma tentativa de diminuir a angústia. Métodos mais violentos, como jogar-se de lugares altos, ferimentos e acidentes de trânsito propositais, são mais freqüentes em pessoas de mais idade e com maior intencionalidade suicida. Um estudo realizado no Hospital de Clínicas da UNICAMP, no perí-

odo de maio a setembro de 1992, confirma estes dados: de 156 casos analisados, 93% foi por envenenamento (71% usaram medicamentos e 22% usaram outras substâncias), ferimento por arma de fogo e enforcamento 2,5%, jogar-se de lugares altos 3,5% (Botega et al., 1995).

Este mesmo estudo revelou que 16% dos pacientes necessitaram de internação clínica ou cirúrgica. A indicação dessas internações são por risco de vida e pela gravidade clínica, não se considerando o grau de intencionalidade suicida. Porém, este parâmetro é insuficiente quando estudamos o perfil destes pacientes. É certo que o método utilizado acaba definindo a gravidade clínica. Entretanto, se considerarmos o desconhecimento da maioria dos pacientes em relação ao grau de letalidade do método, não podemos abstrair a intencionalidade suicida a partir do método utilizado na tentativa de suicídio.

IV - Fatores relacionados ao comportamento suicida.

Perlstein (1966, apud Cassorla, 1981) nos adverte quanto a necessidade de considerarmos o comportamento suicida como:

“... expressão de uma personalidade individual, com sua própria constituição, história de desenvolvimento, circunstâncias sociais e fantasias especiais sobre a morte e pós-vida, tudo convergindo e tomando significado no ato, que assim só pode ser compreendido nesses termos multidimensionais”.

Blumenthal e Kupfer (1986, apud Werth, Jr., 1992), identificaram cinco situações sobrepostas que influem sobre o comportamentos suicida. Pri-

meiro, é o ambiente psicossocial que inclui eventos de vida, fatores ambientais, doenças físicas e principalmente suporte interpessoal. Segundo, é a variabilidade biológica corrente, que vem se desenvolvendo e incluem recentes pesquisas envolvendo nível de serotonina. O terceiro, ou área psiquiátrica, inclui diagnósticos que estão associados com comportamento suicida: transtornos depressivos, alcoolismo e esquizofrenia, além de desordens da conduta e doença mental orgânica. O quarto é a existência de história familiar de suicídio, e o quinto é a relação com a transmissão genética.

Neste item evitaremos um embate entre teorias explicativas. Optamos pela apresentação de fatores relacionados ao comportamento suicida, dividindo-os, didaticamente, em sociais, psicológicos e biológicos.

1 - Fatores Sociais

A aproximação da sociologia em relação ao suicídio surgiu, provavelmente, em reação às idéias psiquiátricas existentes no século XIX. A sociologia estabelece-se sobre dados estatísticos e considera o meio ambiente como causa fundamental e única do suicídio.

Émile Durkheim, o maior representante desta teoria, considerou o grau de integração do indivíduo ao grupo no qual vive como principal fator determinante do suicídio. Explica o suicídio relacionando-o ao estado da sociedade. Existe uma inclinação coletiva ao suicídio que é expressada na taxa de suicídio. Esta inclinação coletiva pode influenciar o indivíduo e pressioná-lo a matar-se (Durkheim, 1982). Enquanto as características da sociedade não se alteram, a taxa de suicídio na sociedade tende a ser estável. O autor distingue três tipos de suicídio relacionados com o grau de integração do indivíduo ao grupo social:

a) Suicídio egoísta, refere-se a baixa integração social, ou seja, são àqueles indivíduos que não estão fortemente integrados a qualquer grupo social, não se encontrando mais sob a influência da sociedade, da família e religião;

b) Suicídio altruísta, são indivíduos que sacrificam sua vida pelo bem do grupo, sofrem influência dos mecanismos de identificação de grupo, é o

oposto ao suicídio egoísta, aplica-se àqueles cuja propensão ao suicídio deriva da excessiva integração em um grupo social;

- c) Suicídio anômico, ocorre em indivíduos vivendo numa sociedade em crise, refere-se a instabilidade social, a integração do indivíduo na sociedade está perturbada, alterando as normas costumeiras de comportamento.

Variáveis sociais estão associadas com o aumento na taxa de suicídio. Existem algumas evidências que sugerem uma diminuição de oportunidades de interação social no suicídio. As vítimas de suicídio reportam terem menos amigos do que a população geral. Viver sozinho tem sido registrado em 22 - 25% das vítimas de suicídio (Heikkinen et al., 1995).

O desemprego, ou mais precisamente, a menor oferta de empregos e uma mudança nas condições econômicas estão associados ao aumento da taxa de suicídio. Um estudo realizado com 1067 vítimas de suicídio durante o período de 12 meses na Finlândia, revelou que o desemprego foi surpreendentemente maior nestes indivíduos (Heikkinen et al. 1995).

Isolamento social, estado civil e idade estão associados ao suicídio. Algumas variáveis são melhores preditores da taxa de suicídio: isolamento social, taxa de divórcio e desemprego. A diminuição da taxa de suicídio na Inglaterra está associada, entre outros fatores, com a melhora nos serviços social e saúde, e melhores oportunidades econômicas (Henderson, 1988).

Tentativas de suicídio são mais freqüente em jovens urbanos, principalmente nos menos favorecidos economicamente. Associam-se com desorganização social, delinqüência juvenil, problemas com moradia, acidentes de carro, crueldade na infância e nascimentos ilegítimos. Atitudes culturais podem, como já vimos, aumentar a probabilidade de tentativas de suicídio. (Henderson, 1988).

2 - Fatores psicológicos

A importância exclusiva dos fatores sociais foi sendo questionada e os sociólogos foram se tornando mais críticos em relação às estatísticas. Muitos fatores determinantes do comportamento suicida passaram a ser considera-

dos, entre os quais os aspectos psicológicos e psiquiátricos. A psicologia dinâmica se apresenta, através da psicanálise, como o campo de conhecimento mais estruturado em relação ao funcionamento psíquico e marca o fim da racionalização excessiva do século XIX e início do século XX (Cassorla, 1981).

Em pelo menos três trabalhos, Freud apresenta suas idéias em relação ao suicídio. Em *A Psicopatologia da Vida Cotidiana*, 1901, assinala que mesmo a intenção consciente de cometer o suicídio escolhe sua época, seus meios e oportunidade:

“Quem acredita na ocorrência de ferimentos semi-intencionais auto-infligidos, se me for permitido usar essa expressão desajeitada, também estará disposto a supor que, além do suicídio intencional consciente, existe uma autodestruição semi-intencional” (Freud, 1987).

Em *Luto e Melancolia*, 1917, Freud, considera que na melancolia o indivíduo se identifica com o objeto perdido. Sente-se rejeitado, real ou imaginariamente por seu objetivo de amor e é incapaz de investir sua libido em outro objeto. A ambivalência da situação (amor-ódio) está revelada no desejo de querer reter e ao mesmo tempo punir o objeto amado. A necessidade de destruir esse objeto odiado (e amado) se expressa nos comportamentos auto-agressivos e nas tendências a autodestruição do melancólico:

“é exclusivamente esse sadismo, que soluciona o enigma da tendência ao suicídio, que torna a melancolia tão interessante e tão perigosa. Tão imenso é o amor de si mesmo do ego (self-love), que chegamos a conhecer como sendo o estado primevo do qual provém a vida instintual, e tão vasta é a quantidade de libido narcisista que vemos liberada no medo surgido de uma ameaça a vida, que não podem conceber como esse ego consente em sua própria destruição” (Freud, 1987).

Em *Além do Princípio do Prazer*, 1920, Freud introduz em sua teoria o conceito de instinto de morte. As pulsões do ego exercem pressão no sentido de morte, enquanto as pulsões sexuais exercem pressão no sentido de prolongar a vida:

“A essência de nossa investigação até agora foi o traçado de uma distinção nítida entre os ‘instintos do ego’ e os instintos sexuais, e a visão

de que os primeiros exercem pressão no sentido da morte e os últimos no sentido de um prolongamento da vida” (Freud, 1987).

Cria-se a hipótese de que as pulsões do ego se originam quando a matéria inanimada toma vida e procuram restaurar o anterior estado de inanimação, enquanto as pulsões sexuais têm por meta a conjugação da célula germinativa. Verificou-se que parte das pulsões do ego é libidinal e que pulsões sexuais atuam no ego. A tendência dominante da vida mental é o esforço para reduzir, tornar constante ou extinguir a tensão interna devida aos estímulos, uma tendência que se expressa por meio do princípio do prazer. O princípio do prazer é uma tendência que age a serviço de uma função para libertar o aparelho mental de excitação ou para manter a quantidade de tensão nele existente num nível constante e mais baixo possível.

Klein, 1934, além de entender que o suicídio é uma expressão do instinto de morte dirigido contra o objeto introjetado, destaca um objetivo adicional que é a unificação com o objeto amado, ou seja:

“as fantasias subjacentes ao suicídio tendem a salvar os objetos bons e também a destruir a outra parte do ego, que está identificada com os maus objetos e com o id. Assim, o ego fica capacitado a unir-se com seus objetos amados” (Klein, 1934).

Hendin, relata que depressão, desespero, desamparo, raiva e sentimentos de culpa, são emoções que tem sido predominantes, em pacientes suicidas. O suicídio pode ser uma forma de controle exercido por pessoas que se sentem dilaceradas em pedaços pela raiva e violência (Hendin, 1992).

Cassorla (1991), relata uma seqüência de fatores constitucionais, ambientais, culturais, biológico, psicológico, etc. ., que vão se acumulando na biografia do indivíduo podendo levá-lo a um comportamento suicida.

De maneira geral, o indivíduo está vivendo uma situação de crise com pensamentos insuportáveis e um sofrimento que é, geralmente, indescritível. Porém, palavras como medo da loucura, do aniquilamento, da desintegração, etc. ., às vezes pronunciam-se junto com a manifestação de uma angústia intensa, podendo estar associadas com desesperança, tristeza e melancolia. Neste contexto, a morte é vista como a solução, não porque se deseje a mor-

te, mas porque a vida se torna insuportável. Logo, o suicida não quer morrer, na verdade ele não sabe o que é a morte, o que ele deseja é cessar o sofrimento (Cassorla, 1991).

Existem algumas fantasias inconscientes que podem ser encontradas pelo profissional em relação ao que seria a morte. Apesar de variável, é possível agruparmos estas fantasias em alguns tipos, segundo Hendin (1992): 1- O encontro com uma vida cheia de paz, sem sofrimento; 2 - O componente agressivo, o suicida vingava-se de inimigos reais ou imaginários e 3 - Outras fantasias encontradas no indivíduo que pensa em tirar sua vida têm a ver com punição por sentimentos de culpa.

Knobel (1991), aponta que Freud, insistia na vinculação morte-castração, já que não se podia ter uma “vivência” de algo que jamais se experimentou, mas a escola Kleiniana, aceita que a “fantasia de morte” existe como “fantasia do aniquilamento”, e que portanto, o medo da morte existe. Perante a morte real existiria o desconhecido e o temido, e perante a morte imaginária, aparecem as defesas regressivas, persecutórias ou maníacas. O autor descreve quatro estruturas egóicas no indivíduo suicida:

Melancólico, “estrutura-se num Ego melancólico no qual a angústia é permanentemente gerada. Procura-se a morte como castigo, porém castigo ‘merecido’, porque o desejo agressivo dirigido ao objeto volta-se contra o Ego. A fantasia é a de procurar uma destruição culposa, que seria o que em última instância redimiria esse Self maldoso”.

Psicopática, “existe uma estrutura superegógica cruel que obriga o Ego a utilizar estruturas e defesas ‘psicopáticas’. Coexistem uma total onipotência e uma autodesvalorização melancólica, que são totalmente incompatíveis e geradoras de condutas confusionais, nas que predomina a ‘atuação’. O suicida psicopata não se mata por sentir culpa; a morte é projetada nos outros, e ele se mata para que os demais se sintam culpados”.

Maníaco, “aqui também existe um superego brutal e enganador. As fantasias de onipotência, onisciência, atemporalidade e imortalidade cobram vigência perante esse superego que estimula a autodestruição. As figuras de identificação primária são altamente negativas e carente, o Ego vivencia toda a sua impotência e vazio, precisando de um contato constante, permanente, com objetos que são tão rapidamente destruídos, que não podem ser usados

para nenhuma satisfação libidinal. A vivência mais terrificante é a da fragmentação psíquica que se torna intolerável. O que assusta não é a morte, é a loucura, uma morte na imortalidade calma é a morte que o suicida maníaco só pode procurar e, assim, com a sua morte, triunfa sobre seu brutal superego”.

Esquizofrênico, “temos um Ego com regressões intensas, com carências de identificações primárias positivas e até negativas. É um Ego lacunar, fragmentado, propenso à confusão e à discriminação. As ansiedades persecutórias e confusionais são intensas. Em uma intensa dissociação, o aspecto indiscriminado e confuso pode ficar assim, em uma verdadeira fantasia confusional, compulsivamente matar o suposto perseguidor confusionante, para libertar-se dele, sem perceber que no suicídio a morte e de todo o Self, de todo o ser, o próprio indivíduo, que psicoticamente, na fantasia esquizofrênica, negou-se como ser único, indivisível. É o suicídio inesperado, surpreendente, de alguns adolescentes esquizóides que nunca reclamaram por nada mas que viveram a tortura da discriminação confusional, da solidão mais apavorante, da despersonalização mais angustiante, da qual psicoticamente trataram de afastar-se com violência e agressividade, que eram só fantasias e que repentinamente se convertem no fato concreto da autodestruição”.

3 - Fatores Biológicos

Um conjunto de estudos sobre o suicídio tem procurado identificar e quantificar neurotransmissores e receptores do sistema nervoso central(SNC) relacionados ao comportamento auto-agressivo. O suicídio, auto-agressão, impulsividade agressiva, teriam a ver, segundo esses trabalhos, com neurotransmissores (Galli, 1995). Por ser de extrema importância a diferenciação entre gestos suicidas menos letais e a intenção real de suicídio, procuram-se marcadores biológicos que possam prever, ou estimar o risco de conduta suicida.

Um dos neurotransmissores que tem sido relacionado ao suicídio e tentativa de suicídio é a serotonina (5-HT). O método frequentemente usado em pesquisas biológicas no exame do metabolismo da serotonina central em humanos é a medida de seu maior metabólico (ácido 5 hidroxindolacético - 5-HIAA) no líquido cerebrospinal (LCR). Uma menor quantidade de 5-HIAA no LCR indica diminuição no metabolismo do 5-HT no SNC. Essa diminuição no metabolismo acarreta baixos níveis de 5-HIAA no LCR e tem

sido encontrado em transtornos depressivos associadas ao suicídio ou tentativa de suicídio (van Praag, 1986).

Banki et al. (1984) estudaram pacientes com depressão que foram admitidos para internação por tentativa de suicídio e revelou que a diminuição do nível de 5-HIAA no LCR é significativamente maior em pacientes deprimidos suicida quando comparados com pacientes deprimidos não suicida. Roy et al. (1989) realizaram um estudo de seguimento de cinco anos com pacientes deprimidos que haviam tentado suicídio. Os que apresentaram novas tentativas, tinham significativamente menor nível de 5-HIAA no LCR em relação aos que não tentaram novamente. Asberg et al. (apud Galli, 1995), postulou que pacientes deprimidos com baixo nível do 5-HIAA no LCR, tentaram suicídio mais vezes e com métodos mais violentos do que os indivíduos com níveis normais.

Um estudo com 108 adolescentes que tentaram suicídio, revelou que 22% deles tinham história de comportamento suicida em pelo menos um membro da família (Tishler et al., 1981). Shaffi et al., (1985), realizaram autopsia psicológica com visitas domiciliar a famílias de 20 adolescentes que tinham cometido o suicídio. Significativamente a maioria dos jovens vítimas de suicídio tinham uma história de suicídio na família.

Parentes de primeiro grau de indivíduos que cometeram suicídio tem um risco 8 vezes maior de cometer suicídio quando comparado ao grupo controle (Tsuang, 1983). Um estudo com 176 pares de gêmeos onde um deles havia cometido suicídio, revelou que em nove destes pares de gêmeos, ambos tinham cometido suicídio e destes, sete eram monozigóticos (Roy et al., 1990).

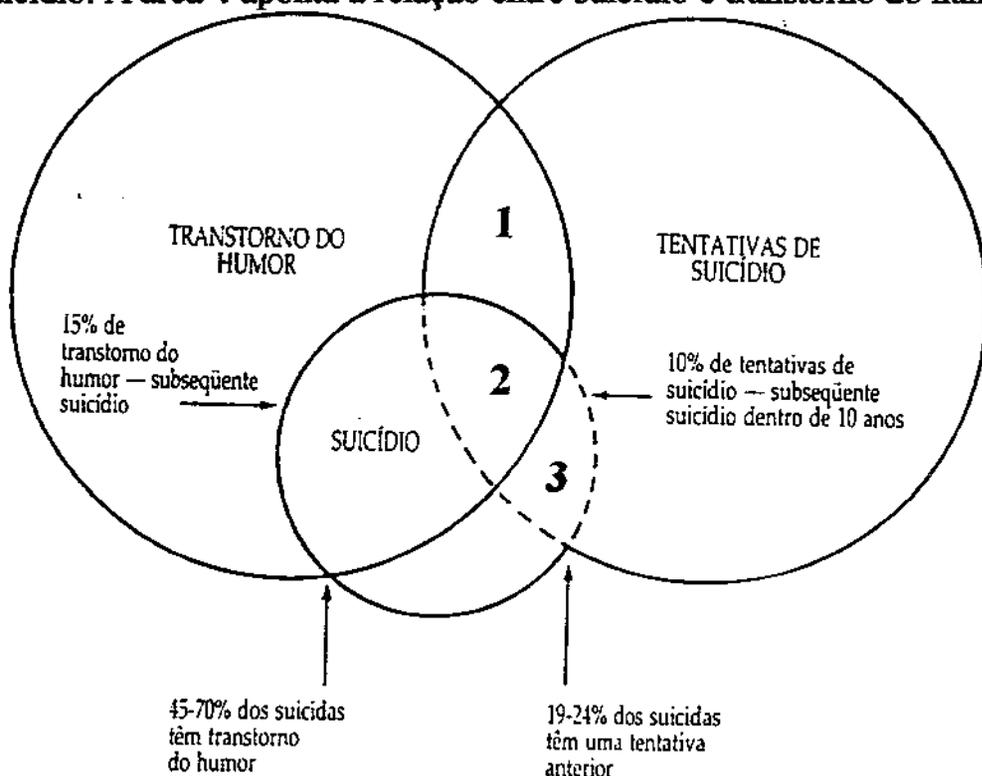
A relação do suicídio com transmissão genética está na associação entre indivíduos que cometem suicídio e história de suicídio ou tentativa de suicídio na família (Stevenson, 1988; Kaplan & Sadock, 1990). Porém outros aspectos devem ser investigados nestes casos, como por exemplo, atuação de processos de identificação, que sabidamente influenciam o comportamento suicida.

Algumas doenças psiquiátricas constituem-se em maior risco para o suicídio, como depressão, alcoolismo e esquizofrenia. Estudos retrospectivos confirmam que pelo menos 93% dos suicídios têm uma doença psiquiátrica

diagnosticada (Stevenson, 1988; Kaplan & Sadock, 1990 e Hendin, 1992). Doenças afetivas, principalmente, depressão maior, foram identificadas em 40 - 80% das vítimas de suicídio (Robins et al., 1959, Barrachough et al., 1974, apud Stevenson, 1988). A depressão é o diagnóstico psiquiátrico mais comumente encontrado em vítimas de suicídio e uma série de publicações revelam que aproximadamente 10% dos pacientes deprimidos têm história de suicídio na família (Roy et al., 1992). No alcoolismo esta taxa varia de 20 a 30% (Grispoon, 1986). O risco de suicídio em pacientes esquizofrêncios é 15% (Bleuler, 1978, apud Stevenson, 1988), similar ao de pacientes com depressão, ou com alcoolismo.

Entre pessoas que tentam o suicídio, a freqüência de mortes por suicídio no ano posterior a uma tentativa é de 1% (Kreitmann, 1977). Seguintos mais prolongados revelam que 10% das pessoas que tentam suicídio acabam se matando (Kreitmann & Casey, 1988 e Diekstra, 1993).

O diagrama a seguir apresenta de forma didática a intersecção existente entre suicídio, tentativa de suicídio e transtorno do humor. As áreas 1 e 2 apontam a relação entre tentativa de suicídio e transtorno do humor. A área 2, especificamente, revela a intersecção entre tentativa de suicídio e transtorno do humor, com subsequente suicídio. A área 3 se refere aos 10% de indivíduos que cometem suicídio em um período de até 10 anos da primeira tentativa de suicídio. A área 4 aponta a relação entre suicídio e transtorno do humor.



Alguns desses dados sobre tentativa de suicídio, parecem ter sido corroborados no estudo realizado no Hospital das Clínicas da UNICAMP. Dos 156 casos de tentativa de suicídio avaliados, 52 (35%) haviam passado por tratamento psiquiátrico ou psicológico anterior. Vinte e três pacientes (15%) já haviam sido internados em hospital psiquiátrico e vinte e cinco pessoas (17%) encontravam-se sob tratamento psiquiátrico. O estudo revelou também que em 145 casos atendidos, 58 (40%) já haviam tentado suicídio anteriormente, sendo que 33 (23%) fizeram-no no último ano. Um total de 32 entrevistados (22%) respondeu afirmativamente à questão sobre ocorrência de morte por suicídio entre parentes e pessoas próximas (Botega et al. 1995).

V - Justificativa

Muitos suicídios, estimados entre 30 e 60% do total, são o último ato numa série de tentativas em quantidade que pode variar de 1 a 20, ou mais. Por outro lado, de 10 a 14% das pessoas envolvidas em tentativa de suicídio, morrem por suicídio, representando um risco 100 vezes maior do que a população geral (Brent & Kolko, 1990).

Este estudo surge da necessidade de conhecermos mais sobre as pessoas que tentam suicídio. A observação de que alguns destes pacientes apresentam risco de vida e necessitam de internação, por complicações clínicas ou cirúrgicas, sugere um grupo distinto daqueles que são prontamente dispensados do pronto-socorro.

No HC - UNICAMP já se registrou que dentre os casos de tentativa de suicídio atendidas no pronto-socorro, 16% necessitam de internação por razões clínicas ou cirúrgicas. Apesar de terem sido acompanhados pelo serviço de interconsulta psiquiátrica, nada se pesquisou sobre esses casos (Botega et al., 1995). Pretendemos descrevê-los a partir de suas características clínicas, demográficas e da intencionalidade suicida. Mesmo porque não é esta última que determina a decisão do clínico ou cirurgião de internar o paciente e sim o risco de vida e a gravidade clínica. O método utilizado define esses parâmetros porém não é possível associa-lo a intencionalidade suicida, visto que, a maioria dos pacientes desconhece o grau de letalidade do método utilizado na tentativa de suicídio. O estudo realizado por Botega et al., pode não ter registrado os pacientes que pela gravidade clínica foram diretamente internados, sem o conhecimento da psiquiatria, além do desconhecimento por este estudo da taxa de pacientes que morrem após terem sido internado em consequência do ato auto-agressivo.

Vieira, 1994, em um estudo realizado com pacientes internados por intoxicação no HC - UNICAMP no período de 1971 a 1992 revelou que a maioria (78,9%) destes tinham sido por tentativa de suicídio.

É possível que estes pacientes que necessitam de internação estejam situados na faixa intermediária entre o grupo de pacientes com tentativa de suicídio que são dispensados do pronto-socorro e os pacientes que morrem por suicídio completo. Mas tratar-se-ia de um grupo homogêneo, ou subgrupos distintos poderiam ser identificados?

Este estudo justifica-se pela necessidade de aumentar o conhecimento destes pacientes, para melhor ajudá-los. As hipóteses aqui geradas poderão ser futuramente testadas, contribuindo, assim, para um melhor entendimento deste fenômeno e orientando caminhos para assistir esses pacientes.

CAPÍTULO II - OBJETIVOS

1 - Conhecer a demanda de indivíduos que tentam suicídio e que são internados no Hospital de Clínicas da UNICAMP e quantos destes evoluem para óbito.

2 - Descrever o perfil demográfico dos pacientes internados por tentativa de suicídio.

3 - Descrever o perfil clínico* desses pacientes

*** Entende-se por perfil clínico o resultado que será obtido através de história psiquiátrica, tratamento psiquiátrico/psicológico anterior e atual, exame do estado mental, além de medidas resultantes de escalas psicométricas (notadamente intencionalidade suicida, ansiedade e depressão). Serão incluídas informações sobre como a tentativa de suicídio ocorreu, método utilizado, motivações para o ato suicida. Serão também considerados as hipóteses diagnósticas psiquiátricas, efetuadas após a anamnese e o exame psíquico realizados no momento da entrevista.**

CAPÍTULO III - MÉTODO

V.1 - Local e Sujeitos

Este estudo foi realizado no HC-UNICAMP. Este hospital localiza-se em Campinas - SP, numa região de 2,5 milhões de habitantes e possui 403 leitos, divididos entre especialidades clínicas e cirúrgicas. A fim de ilustrar o volume de atendimentos desta instituição, informamos que de janeiro a dezembro de 1995 foram realizadas 400.415 consultas ambulatoriais e 120.868 atendimentos no pronto socorro geral. Neste mesmo ano foram internados 15.207 pacientes.

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

Estimou-se que, em média, 4 casos de tentativa de suicídio por mês necessitariam de internação (Botega et al., 1995). Foram incluídos os pacientes atendidos durante o período compreendido entre outubro de 1995 e setembro de 1996.

V.2 - Instrumento de Pesquisa

Com a determinação de orientar a anamnese, bem como quantificar algumas variáveis psicométricas elaborou-se o “Questionário de Tentativa de Suicídio” (QTS, anexo 1). Este instrumento foi baseado na European Parasuicide Standardized Interview Schedule” - EPSIS (Schmidtke, A. & WHO/Euro Multicentre Study on Parasuicide, 1989), bem como no impresso da Enfermaria de Psiquiatria do HC - UNICAMP (BPRS E GAS, descritos adiante) e em revisão de literatura. Pode-se considerar que o QTS encontra-se em desenvolvimento, e que, a partir das observações deste estudo, será aprimorado. Visa à formação de um banco de dados para pesquisa. Passou a ser, também, um instrumento de sistematização da anamnese de pacientes que

verde” (TS-PS), implantada há quatro anos (Botega et al., 1995). O QTS estende-se por 22 páginas, necessitando de 1 a 2 horas para ser completado por um psiquiatra entrevistando o paciente.

O QTS contém dezessete seções, a saber:

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

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

III - Escala de Intencionalidade Suicida. Este instrumento possibilita uma avaliação quantitativa da intenção que o paciente tinha de morrer. Foi desenvolvido por Beck et al. (1974). Contém 15 ítems. Oito ítems exploram as condições objetivas da tentativa de suicídio e podem ser respondidos por familiares, quando o paciente está impossibilitado de conversar ou foi a óbito. Como exemplo:

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

0 - havia alguém no local

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

2 - ninguém próximo ou em contato

Os outros sete ítems que avaliam condições subjetivas procuram avaliar os sentimentos do indivíduo no momento da tentativa de suicídio e suas atitudes em relação ao viver/morrer. Devem ser aplicados exclusivamente aos pacientes.

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

0 - nenhum tempo, impulsivo

1 - ato planejado por pelo menos três horas antes da tentativa

2 - ato planejado por mais de três horas.

IV - Motivação para TS. Aqui registram-se as palavras do entrevistado, além de se apresentar uma lista de 14 possíveis motivações. Esta última foi baseada na EPSIS (Schmidtke, A. & WHO/Multicentre Study of Parasuicide, 1989).

V - Dificuldades Psicossociais. As questões dessa seção foram baseadas no "Social Problem Questionnaire" com 13 itens, originalmente de auto-preenchimento, desenvolvido por Corney (1988). Itens sobre nível de satisfação em relação às condições de moradia, níveis de satisfação em relação ao emprego, nível de dificuldades na vida sexual, são alguns exemplos desta seção. Foi traduzido para o português e utilizado em nosso meio, em estudo com pacientes urológicos (D'Ancona et al., 1996). Este e outros instrumentos de auto-preenchimento foram lidos pelo entrevistador para todos os participantes, a fim de contornar problemas de analfabetismo e baixa escolaridade.

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

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

IX - Rede de Apoio Social. As atividades sociais do indivíduo no último mês e as pessoas de seu relacionamento que servem como apoio são registrados nesta seção. A crença religiosa do indivíduo, destacando a religião a qual pertence e o número de vezes que frequenta os cultos são também registrados.

X - "Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS - forma expandida). É um exame padronizado do estado mental. Contém 25 itens divididos em observação e exploração dos sintomas (Overall et al., 1962).

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

XI - HAD e GHQ - 12.

“Hospital Anxiety and Depression Scale” (HAD), contém 14 questões de tipo múltipla escolha. Compõe-se de duas sub-escalas, para ansiedade e depressão. Foi desenvolvida para ser aplicada a “pacientes de serviços não-psiquiátricos de um hospital geral” (Zigmond & Snaith, 1983). Em nosso meio foi validada entre pacientes internados em uma enfermaria de clínica médica (Botega et al., 1995). Uma pontuação de nove ou mais tanto na subescala de ansiedade, quanto na de depressão são sugestivas de transtorno de ansiedade e de depressão, respectivamente.

“General Health Questionnaire” (GHQ - 12). Foi utilizada a versão de 12 itens do instrumento desenvolvido por Goldberg e validado entre pacientes internados em hospital geral por Botega et al., 1995. A pontuação (de 0 a 12) foi calculada pelo método tradicional (0-0-1-1, veja Goldberg & Williams, 1988).

XII - Sobre a família. Nesta seção é realizado uma investigação sobre a relação do indivíduo com pais, irmãos, filhos e companheiro. Incluem-se itens sobre criação, abuso sexual e qualidades dos sentimentos em relação aos familiares.

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

XIV - Avaliação do diagnóstico.

A avaliação do diagnóstico psiquiátrico das vítimas de tentativa de suicídio está de acordo com os critérios da 10ª. Classificação Internacional de Doenças - CID 10 (OMS, 1992). As hipóteses diagnósticas foram feitas pelo médico psiquiatra autor deste projeto.

XV - Tratamento

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

XVI- "Acute Physiology, Age, Chronic Health Evaluation"- (APACHE II).

É o mais preciso estimador do risco de mortalidade em adultos hospitalizados (Knaus et al. 1985). Os parâmetros utilizados são Idade, Concentração Inspirada de Oxigênio (FIO₂), Temperatura, Pressão Arterial, Frequência Cardíaca, Frequência Respiratória, Pressão de Dióxido de Carbono (pCO₂), PH, Sódio, Potássio e Hematócrito. A escolha desta escala de avaliação clínica e das outras que serão descritas a seguir, contou com a colaboração de médicos docentes da enfermagem de urgência/emergência do HC - UNICAMP.

XVII - Outros parâmetros clínicos

Escala de Coma de Glasgow (Teasdale & Jennett, 1974), consiste na análise de três parâmetros (abertura ocular, reação motora e resposta verbal), obtidos por vários estímulos, desde a atividade espontânea e estímulos verbais, até estímulos dolorosos. O uso desta escala é simples e de fácil aplicação (Nitrini & Bacheschi, 1991).

Manipulações. Com uma pontuação de 0 a 5, situado entre nenhum risco e risco grave, esta avaliação utiliza como parâmetros procedimentos efetuados com o paciente durante sua permanência no hospital, como por exemplo, entubação, sonda naso-gástrica, lavagem gástrica, dreno de tórax, dias de permanência em ventilador mecânico e traqueostomia, suporte hemodinâmico com drogas venosas e dias de internação.

Envenenamento por inseticidas organofosforados. Estima-se a gravidade, levando-se em conta os sinais e sintomas clínicos provenientes do envenenamento. A dosagem sérica da atividade da enzima colinesterase é adicionada aos parâmetros clínicos. Existem quatro possibilidades de classificação: latente, leve, moderada e severa, segundo experiência adquirida no HC - UNICAMP (Vieira, 1994).

V.3 - Procedimentos

1 - Um fluxograma (anexo 2) foi elaborado, definindo os passos deste projeto. Inicialmente, todos os casos que chegam ao pronto-socorro por tentativa de suicídio são atendidos ou pela clínica médica e CCI, ou pela clínica cirúrgica, como também pelo serviço social. Em momento oportuno, todos os pacientes devem ser encaminhados para o residente de plantão da psiquiatria. A avaliação é feita usando-se uma ficha padronizada (TS-PS). Quando estes pacientes têm alta do pronto socorro com menos de 24 horas, não entram na pesquisa. Quando permanecem em observação no pronto socorro por mais de 24 horas ou são internados nas enfermarias do Hospital de Clínicas da UNICAMP, o fato é comunicado ao autor desta pesquisa, o qual avalia o paciente.

2 - Cartazes informativos foram distribuídos por todo o hospital, contendo os seguintes dizeres: “Para qualquer caso de paciente que permaneça por 24 horas ou mais neste pronto-socorro, para observação clínica ou cirúrgica, chame a psiquiatria pelo BIP 93351, central 2333300” ou “Qualquer caso de paciente internado nesta enfermaria por tentativa de suicídio, chame a psiquiatria pelo BIP” (anexo 3). Para facilitar o contato, esse BIP de mensagens foi alugado em setembro de 1995. No momento da distribuição dos cartazes, foi localizada a enfermeira responsável pelo setor e apresentado o projeto de pesquisa. Foi solicitado a esta que deixasse o cartaz afixado e que as informações fossem passadas para todos os profissionais. O serviço de interconsulta sempre manteve-se associado ao atendimento destes pacientes já que é rotina do hospital passar todos os casos internados por tentativa de suicídio por uma avaliação psiquiátrica. Portanto, os cartazes informativos vieram apenas reforçar uma prática corrente.

3 - Para obter o número de internações no período compreendido de outubro de 1995 a setembro de 1996, verificamos todas as possibilidades de

notificação do atendimento: a) os pacientes que foram atendidos pelo autor da pesquisa através dos chamados pelo BIP durante o período considerado b) utilizar dados do CCI, o qual documenta todas as intoxicações; c) total de atendimentos no pronto-socorro pela psiquiatria⁴; d) quantos dos itens b e c foram por tentativas de suicídio, utilizando o impresso da psiquiatria e os TS-PS; e) destes, separar os que tiveram alta antes de 24 horas do pronto-socorro dos que tiveram alta após 24 horas ou mais; f) verificar junto ao Serviço de informática do HC-UNICAMP todos os casos internados por tentativa de suicídio, incluindo óbitos onde constasse os códigos da CID - 9 referentes a tentativa de suicídio.

4 - O primeiro contato com o paciente foi feito por um psiquiatra, autor deste projeto, logo após a internação, ou após 24 horas de observação no pronto-socorro. Neste momento, nem sempre foi possível aplicar o “Questionário de Tentativa de Suicídio” (QTS), devido ao estado clínico do paciente. Era feita apenas avaliação clínica. Para os pacientes com alto risco de vida, foram registrados alguns dados presentes em seu prontuário e também obtidos com a família. A aplicação do QTS para os pacientes que ofereciam condições, e que aceitaram participar do estudo, foi realizada junto ao leito do paciente, ou quando este oferecia condição de se locomover, em local que oferecesse mais privacidade. Apesar do QTS ser um questionário extenso, foi possível aplicá-lo, respeitando os limites do paciente e de seu estado clínico, num tempo de duração que variou de 60 a 120 minutos, em uma ou duas sessões.

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

⁴ Ficam de plantão, diariamente, um docente e um residente de psiquiatria do primeiro ou do segundo ano durante 24 horas para atendimentos no pronto-socorro.

V.4 - Análise dos Dados

Os dados foram digitados e analisados por meio do Statistical Package for Social Sciences (SPSS Institute Inc. 1990). Neste projeto de mestrado não foram analisados todos os dados do QTS; apenas os necessários para se alcançarem os objetivos propostos. Para algumas variáveis foram calculadas medidas de tendência central e de dispersão dos dados (média, mediana, desvio padrão). A partir dos resultados, testes analíticos (qui-quadrado, Mann-Whitney) foram efetuados com intuito exploratório.

CAPÍTULO IV - RESULTADOS

Inicialmente dados sobre a demanda dos atendimentos registrados pelo pesquisador, bem como os fornecidos por outros setores do Hospital de Clínicas da UNICAMP serão apresentados, seguidos das características demográficas, caracterização da tentativa de suicídio e características clínicas dos pacientes. Um resumo das histórias clínicas dos indivíduos que foram internados por tentativa de suicídio, encontra-se no anexo 4.

Registro de casos de tentativa de suicídio atendidos no HC-UNICAMP

No final do período da pesquisa, coletamos dados sobre internações por tentativa de suicídio a partir de várias fontes, a fim de se chegar a uma lista o mais completa possível. Estas fontes foram: dados coletados pelo autor desta pesquisa atendendo a chamados pelo BIP, Centro de Controle de Intoxicações - CCI, registros dos atendimentos psiquiátricos no pronto-socorro e Serviço de Informática do HC-UNICAMP.

De outubro de 1995 a setembro de 1996 o autor da pesquisa foi chamado para avaliar 48 casos de tentativa de suicídio. Destes, 5 (10%, n=48) faleceram em consequência do ato.

Neste mesmo período o Centro de Controle de Intoxicações - CCI do HC-UNICAMP contabilizou 5362 atendimentos⁵ por intoxicação. Desses, 380 (7%) casos foram de tentativa de suicídio atendidos no pronto-socorro, representando uma média de 32 por mês.

Conseguimos recuperar 1301 impressos de atendimento psiquiátrico no pronto-socorro do HC-UNICAMP entre outubro de 1995 e setembro de 1996. Desses, 215 (16,5%) foram casos de tentativa de suicídio, o que dá uma média de 18 casos mensais registrados pelo residente de plantão. Esses números referem-se ao pronto-socorro e não aos internados. A partir do impresso utilizado no pronto-socorro, não foi possível obter esta informação.

⁵ Esses atendimentos correspondem a somatória dos casos atendidos no pronto-socorro com os que se limitaram à provisão de informações por telefone.

De acordo com informação da Área de Informática do HC-UNICAMP, no período compreendido entre outubro de 1995 a setembro de 1996 três tentativas de suicídio necessitaram de internação clínica ou cirúrgica. Apenas 1 óbito foi registrado. Esses dados baseiam-se nos diagnósticos registrados pelo médico assistente na papeleta de “Resumo de Alta”, os quais são posteriormente codificados e digitados. A fim de verificar se nos atestados de óbito, ao contrário do observado nos resumos de alta, os médicos registraram suicídio como causa de morte, levantamos junto ao Serviço de Informação de Óbitos de Campinas o conteúdo dos atestados de óbito dos cinco pacientes que faleceram após a tentativa de suicídio.

A integralização dos quatro tipos de registro acima especificados produziu uma lista de 53 casos de tentativa de suicídio internados no HC-UNICAMP no período de outubro de 1995 a setembro de 1996. Desses, cinco (9%) não chegaram, na época da internação, ao conhecimento do pesquisador. Nesses casos, foi feita uma análise completa dos prontuários do HC-UNICAMP e do CCI para obtenção dos dados possíveis. Nenhum desses cinco pacientes foi a óbito.

Sobre as entrevistas

As entrevistas com os pacientes foram realizadas durante o período de internação. A média de tempo transcorrido entre a internação e a entrevista foi de 5,7 dias e a mediana de 2 dias. As entrevistas foram realizadas na enfermaria onde o paciente foi inicialmente internado em 43 (81%, n=53) casos. Quatro (9%, n=43) dos pacientes não aceitaram terminar a entrevista. Em 8 (19%, n=43) casos foi necessária uma segunda entrevista e apenas 1 caso necessitou de uma terceira entrevista. A entrevista teve duração variando de 20 a 120 minutos e média de 71 minutos. Em 25 (58%, n=43) casos, diante das melhores condições clínicas do paciente, foi possível escolher um local mais apropriado, com mais privacidade, para a entrevista.

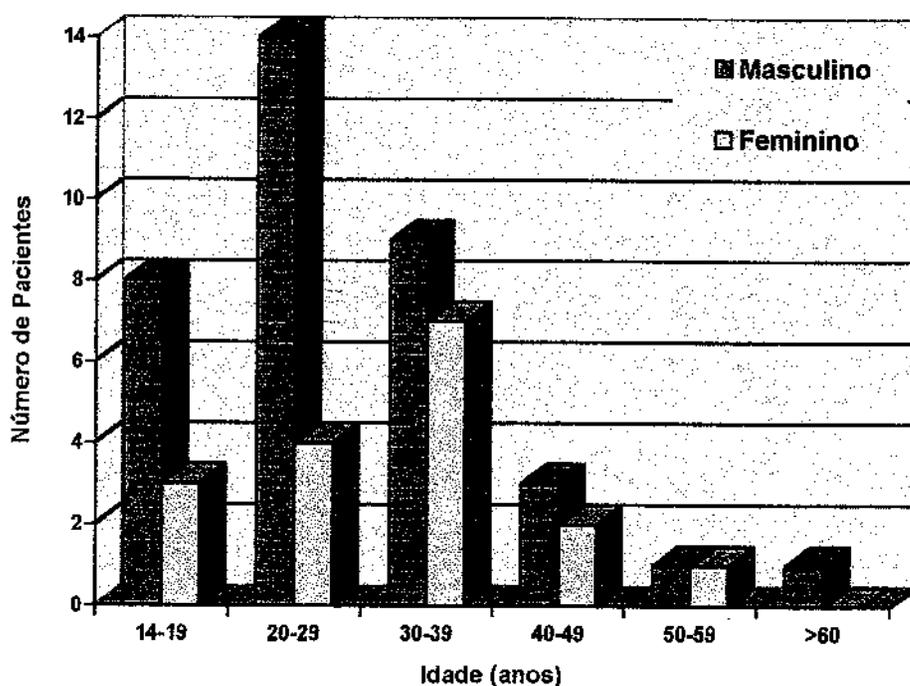
Para os casos de óbito foi possível obter algumas informações a partir de entrevistas com familiares e também dos prontuários do HC - UNICAMP e CCI, como por exemplo, dados demográficos, caracterização da tentativa de suicídio e as 8 questões objetivas da Escala de Intencionalidade Suicida. Em outros 2 pacientes também nos valem do mesmo procedimento, devido ao fato de as seqüelas produzidas pelo ato auto-agressivo impossibilitarem a aplicação completa do QTS.

Para todos os pacientes entrevistados, foi apresentado a opção de não participarem da pesquisa. Três, que inicialmente concordaram em participar, desistiram no transcorrer da entrevista, impossibilitando a obtenção total dos dados, sendo necessário completá-los com alguns dados do prontuário.

Características demográficas

Alguns dados demográficos encontram-se sumarizados nas tabelas 8, 9 e 10. Do total de 53 casos, 35 (66%) são do sexo masculino e 18 (34%) são do sexo feminino. A idade média e a mediana destes pacientes são 29 e 27 anos, respectivamente. Vinte e nove (55%, n=53) pacientes têm menos do que 30 anos. Apenas 1 (2%, n=53) paciente tem mais que 65. A população masculina tem média de idade igual a 28,7 anos e a feminina, 31,6 anos. A figura 1 apresenta a distribuição dos pacientes por faixas etárias e sexo.

Figura 1 - Idade dos pacientes internados por Tentativa de Suicídio, por faixa etária e sexo.



Em um paciente, da amostra de 53 casos, não foi possível obter o estado civil. Vinte e sete (51%, n=53) são solteiros, e desses, 12 vivem com parceiro, co-habitando há pelo menos 3 meses. Dezesesseis (30%, n=53) são casa-

dos. A tabela 8 (página 53) apresenta a distribuição dos pacientes em relação ao estado civil.

Em 45 (85%, n=53) casos, foi possível obter o grau de escolaridade. Nove (20%, n=45) pacientes frequentam escola atualmente. Desses, 5 (55,5%, n=9) estão completando o primeiro grau. Três (33%, n=9) estão cursando o segundo grau. Um frequenta o curso superior. Dois (4%, n=45) pacientes são analfabetos e também 2 (4%, n=45) têm o nível superior completo (Tabela 8). Em 44 (83%, n=53) casos, obtivemos os anos de escola cursado com sucesso. Desses, 29 (66%, n=44) pacientes revelaram ter até 8 anos de escolaridade, sendo que, 16 (55%, n=29) pacientes tiveram apenas 4 anos de escola cursado com sucesso.

Em relação à cidade de procedência dos pacientes, 15 (28%, n=53) são de Campinas, 21 (40%, n=53) residem em outras cidades da Regional de Saúde de Campinas, 15 (28%, n=53) são do Estado de São Paulo, mas fora da Regional de Saúde de Campinas e 2 casos são do interior de Minas Gerais (tabela 8).

Em 48 (91%, n=53) casos, foi possível obter a situação profissional do indivíduo. Desses, 10 (21%, n=48) estavam desempregados. A média de meses de desemprego foi 7,6 meses e a mediana de 5 meses, com variação de 2 - 24 meses. Dos desempregados, 5 (50%, n=10) são do sexo masculino. Cinco (10%, n=48) mulheres que não trabalham são donas-de-casa. A tabela 8 sumariza as características demográficas e a tabela 9 (página 54) apresenta a atividade profissional dos pacientes.

Quanto à cidade de nascimento dos pacientes, 35 (66%, n=53) nasceram em alguma cidade do Estado de São Paulo. Desses, 10 são natural da cidade de Campinas. Quatro (8%, n=53) nasceram em Minas Gerais. Nasceram fora da Região Sudeste 11 (21%, n=53) pacientes e apenas um não é brasileiro (Tabela 10, página 54). Em dois casos não obtivemos naturalidade do paciente.

Os cinco (9%, n=53) pacientes que faleceram eram do sexo masculino com média de idade de 23 anos (idades: 27, 24, 26, 18, 20 anos). Dois destes pacientes eram casados, 2 solteiros e um divorciado. Três (60%, n=5) pacientes estavam empregados (1 assalariado fixo e 2 autônomos), um foi classificado como trabalhador eventual e em um caso não foi possível obter esta informação.

Tabela 8 - Características demográficas da população internada por tentativa de suicídio no HC-UNICAMP, no período de outubro de 1995 a setembro de 1996.

Sexo (n=53)	
Masculino	35 (66%)
Feminino	18 (34%)
Idade (n=53)	
Média	29.7
Desvio padrão	11.7
Mediana	27
Mínima-Máxima	14 - 74
Estado civil (n=52)	
Solteiro sem parceiro	15 (29%)
Solteiro com parceiro*	12 (23%)
Casados	16 (31%)
Separados sem parceiro	3 (6%)
Separados com parceiro	5 (10%)
Viúvo com parceiro	1 (2%)
Escolaridade (n=45)	
Analfabeto	2 (4%)
Primeiro grau incompleto	29 (64%)
Primeiro grau completo	3 (7%)
Segundo grau incompleto	4 (9%)
Segundo grau completo	4 (9%)
Superior incompleto	1 (2%)
Superior completo	2 (4%)
Situação profissional (n=48)	
Não trabalha	9 (19%)
Assalariado fixo	13 (27%)
Autônomo	12 (25%)
Eventual	1 (2%)
Desempregado	10 (21%)
Aposentado por tempo	1 (2%)
Aposentado por invalidez	2 (4%)
Local de Residência (n=53)	
Campinas	15 (28%)
Cidades da Região de Campinas	21 (40%)
Outras cidades do Estado de São Paulo	15 (28%)
Outros Estados**	2 (4%)

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

Tabela 9 - Atividade profissional dos pacientes internados por tentativa de suicídio no HC-UNICAMP no período de outubro de 1995 a setembro de 1996 (n=53).

Trabalhos manuais não especializados (Serviço geral, faxineira, cobrador de ônibus zelador, jardineiro, lavrador, outros).	28 (53%)
Trabalhos manuais especializados (Cabeleireiro, copeiro, costureira, garçon operador de máquinas, pedreiro, pintor, outros).	7 (13%)
Dona-de-casa	5 (9%)
Proprietários de pequenas empresas comerciais ou industriais e posições mais baixa de supervisão. (Comerciante, contador, corretor de imóveis despachante, inspetor, outros)	3 (6%)
Aposentado	2 (4%)
Estudantes	3 (6%)
Ignorado	5 (9%)

Tabela 10 - Cidade de nascimento dos pacientes internados por tentativa de suicídio no HC-UNICAMP, de outubro/95 a setembro/96.(n=51)

Região Nordeste	4 (8%)
Região Sul	6 (12%)
Região Sudeste	39 (76%)
Estado de São Paulo (69%)	
Campinas (29%)	
Estado de Minas Gerais (8%)	
Região Centro-Oeste	1 (2%)
Outro país (Japão)	1 (2%)

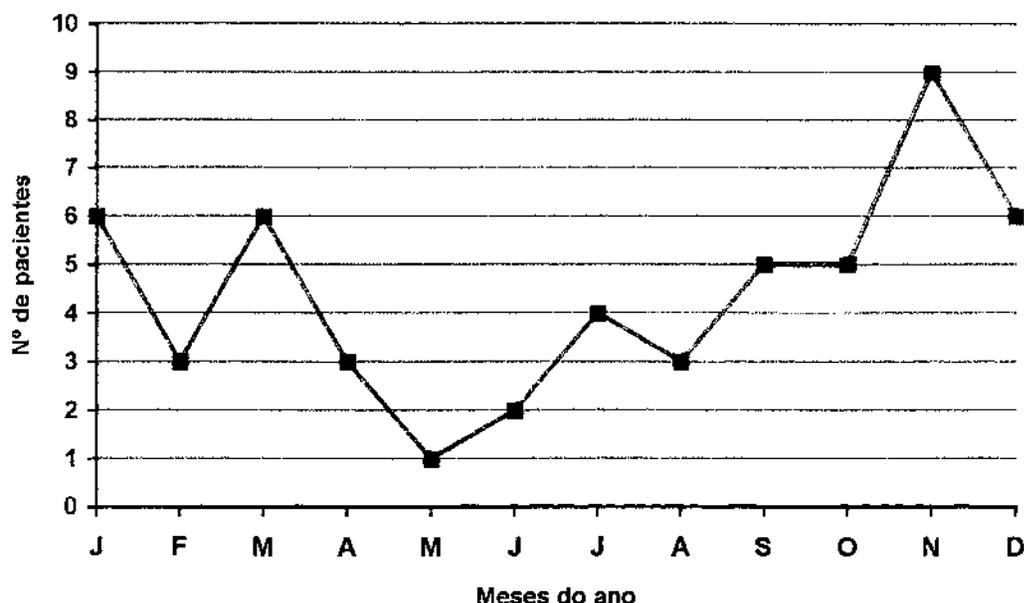
Caracterização da Tentativa de Suicídio

Do total de 53 casos, 34 (64%) tentativas de suicídio ocorreram nas estações do ano primavera-verão e 19 (36%) no outono-inverno. A figura 2 mostra a distribuição das tentativas de suicídio ao longo de 12 meses. As internações dos pacientes foram em sua maioria (70%) na enfermaria de retaguarda do HC-UNICAMP (Tabela 11).

Tabela 11 - Locais de internação dos pacientes no HC-UNICAMP por tentativa de suicídio. (n=53)

Enfermaria de Retaguarda	37 (70,0%)
Enfermaria de Neurocirurgia	3 (5,6%)
Enfermaria do Trauma	4 (7,5%)
Enfermaria de psiquiatria	2 (3,8%)
UTI	1 (1,9%)
Pronto-socorro	3 (5,6%)
Outras	3 (5,6%)

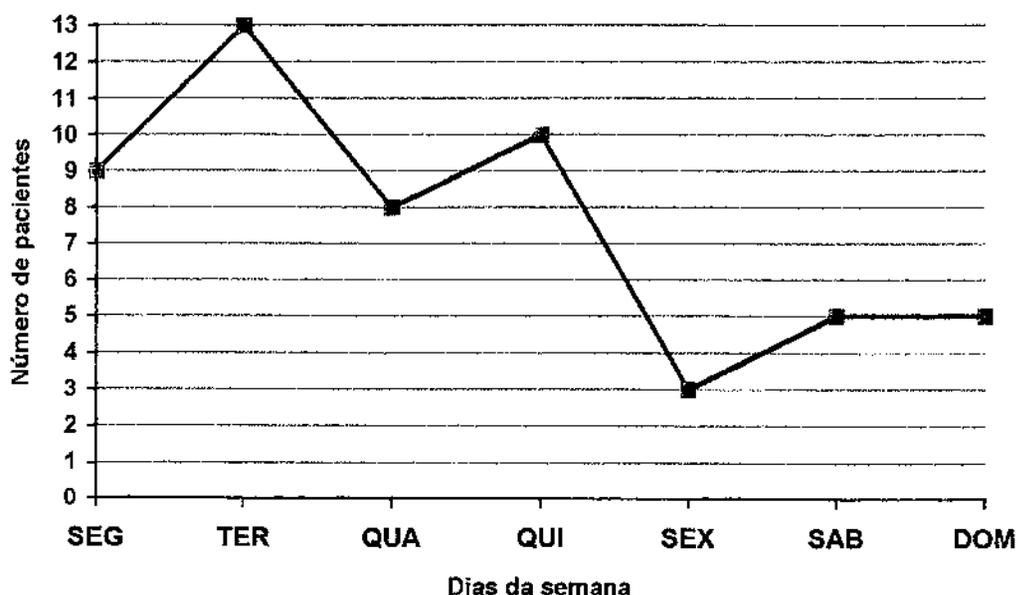
Figura 2: Distribuição das tentativas de suicídio ao longo de 12 meses.



Em relação aos dias da semana, houve o seguinte número de ocorrências de tentativas de suicídio (n=53): segunda-feira = 9 (17%); terça-feira =

13 (24,5%); quarta-feira = 8 (15%); quinta-feira = 10 (19%); sexta-feira = 3 (6%); sábado = 5 (9%); domingo = 5 (9%). A figura 3 mostra a distribuição das tentativas de suicídio ao longo dos dias da semana.

Figura 3 - Distribuição das tentativas de suicídio ao longo dos dias da semana.



Quanto ao local da tentativa de suicídio: 34 (64%, n=53) casos ocorreram dentro da própria casa do paciente, 8 (15%, n=53) no local de trabalho e 7 (13%, n=53) na rua. Outros casos (8%) ocorreram na casa de amigos, parentes e em prédio público. A pesquisa revelou que 43% das tentativas de suicídio ocorreram nos horários de almoço (11:00 - 14:00 horas) e jantar (17:00 - 20:00 horas). Seis (12%, n=53) ocorreram entre o primeiro minuto da madrugada e 6 horas da manhã, 10% ocorreram das 20:00 horas à meia noite. Em 2 casos não foi possível obter a hora em que se deu a tentativa de suicídio.

Foi possível classificar os 53 casos de tentativa de suicídio, quanto ao método utilizado, em 8 categorias da 10ª. Classificação Internacional de Doenças. O envenenamento foi o método mais freqüente, estando presente em 41 (77%, n=53) casos. Desses, 20 (49%, n=41) utilizaram como substância os pesticidas (Gramoxone®, Furadan®, Tamaron®, etc.)⁶. Outros produtos tóxicos, como por exemplo, soda cáustica, ácido nítrico, foram utilizados por 7 (13%, n=53) pacientes. Medicamentos foi o método escolhido por 19 (36%, n=53) pacientes, sendo que, desses, 16% utilizaram benzodiazepínicos, 10% antidepressivos, 53% barbitúricos e 21% outros medicamentos. Arma de fogo foi utilizado por 7 (13%, n=53) pacientes, bem como outros métodos violentos (11%) como atropelamento (2), objetos cortantes (3) e enforcamento (1). A tabela 12 apresenta a distribuição dos pacientes quanto ao método utilizado. A tabela 13 (página 58) apresenta o método segundo o sexo.

Tabela 12 - Método* utilizado na tentativa de suicídio pelos pacientes internados no HC-UNICAMP no período de outubro/95 a setembro/96 (n=53).

Envenenamento**		41 (77%)
Pesticidas	20 (49%)	
Outros produtos tóxicos	7 (17%)	
Medicamentos	19 (46%)	
benzodiazepínicos	16%	
barbitúricos	53%	
antidepressivos	10%	
outros medicamentos	21%	
Outras substâncias	2 (5%)	
Arma de fogo		7 (13%)
Objeto Cortante		3 (6%)
Atropelamento		2 (4%)
Enforcamento		1 (2%)

*Um paciente utilizou mais de um método (objeto cortante e envenenamento).

** Sete pacientes utilizaram mais de uma substância

⁶ Gramoxone é um herbicida cujo princípio ativo é o paraquat; Furadan e Tamaron são organofosforado com princípio ativo, respectivamente, carbofuran e metamidosos.

Tabela 13 - Método utilizado na tentativa de suicídio por sexo dos pacientes internados no HC-UNICAMP, de outubro /1995 a setembro/96 (n=53).

MÉTODO*	MASCULINO (n=35)	FEMININO (n=18)
Envenenamento	24 (69%)	17 (94%)
Arma de Fogo	6 (17%)	1 (6%)
Objeto Cortante	3 (9%)	—
Pular ou deitar-se ante um objeto móvel	2 (6%)	—
Enforcamento	1 (3%)	—

* Um paciente utilizou mais de um método (objeto cortante e envenenamento)

Dos cinco pacientes que faleceram, três ficaram internados na enfermaria de neurocirurgia e o método utilizado foi arma de fogo. Dois ficaram internados na enfermaria de retaguarda e o método utilizado foi, em um caso, envenenamento por paraquat, e em outro caso não foi possível identificar a substância ingerida.

Características Clínicas

Este tópico será apresentado na forma de itens. Analisa as principais alterações psicológicas e sociais que, de alguma forma, aparecem na literatura como relacionadas à tentativa de suicídio. Hipóteses diagnósticas, tipos de encaminhamentos e medidas de gravidade clínica completaram esta análise. Os resumos das histórias clínicas, compondo o anexo 4, proporcionam uma visão resumida de cada caso individualmente. A ordem escolhida para apresentação deste item foi: 1 - Motivação para a Tentativa de Suicídio; 2 - Intencionalidade Suicida; 3 - Dificuldades Psicossociais e Rede de Apoio Social; 4 - Doenças Físicas e Doenças Mentais; 5 - Outras Tentativas de Suicídio; 6 - Presença de ansiedade e depressão; 7 - As Hipóteses Diagnosticas Psiquiátricas; 8 - Duração da Internação (em dias) e Gravidade Clínica; 9 - Tratamento Psiquiátrico; 10 - Avaliação do Risco de Vida.

1 - Motivação para a tentativa de suicídio

Utilizando-se a lista de motivações padronizada do QTS foi possível avaliar 37 (70%, n=53) casos. A tabela 14 (página 60) apresenta os valores encontrados para as 14 motivações listadas no QTS, segundo o sexo. Por didática, os pacientes que responderam *sim*, *muito e sim*, *um pouco* foram considerados como *sim*. Pelo menos quatro motivações estiveram presentes com maior importância, de acordo com respostas dos próprios pacientes: 1) Admitiram estar com os pensamentos insuportáveis, a ponto de não conseguir agüentá-los 29 (78%, n=37) casos. 2) Trinta e três (89%, n=37) casos revelaram ter perdido o controle sobre si mesmo e chegavam a não entender por que fizeram a tentativa de suicídio. 3) Em 32 (87%, n=37) casos a situação estava insuportável e não havia, segundo o paciente, outra saída. 4) Admitiram o desejo de querer morrer naquela hora 31 (84%, n=37) pacientes. Esta lista proporciona um visão global do grupo de pacientes, privilegiando a descrição de variáveis específicas. Além disso, através de uma questão aberta, estes pacientes, com suas próprias palavras, relataram o motivo que os levou a tentar o suicídio. Pode-se ter uma idéia de casos individuais recorrendo-se aos resumos de histórias clínicas constantes do anexo 4.

2 - Intencionalidade Suicida

Foi possível medir a intencionalidade suicida em 38 (72%, n=53) casos. Foram excluídos da análise os 15 (28%, n=53) casos em que havia pelo menos 1 item não preenchido. Este grupo é composto por: cinco casos que faleceram, cinco casos não alcançados pela pesquisa, 2 casos com seqüelas pelo ato auto-agressivo, impossibilitados de responder, três casos (dos quatro) que não concordaram em terminar a entrevista. Arbitrariamente, na falta de estudos de validação da Escala de Intencionalidade Suicida de Beck no Brasil, dividimos a gama de pontuação, levando-se em conta a mediana (17 pontos), ou seja, os pacientes que obtiveram valores menor ou igual que 17 pontos na escala de intencionalidade suicida foram classificados com menor intencionalidade. Os que apresentaram valor maior que 17 pontos na escala de intencionalidade suicida foram classificados com maior intencionalidade.

Entre os 24 casos do sexo masculino que responderam houve uma variação de 11 a 28 pontos na Escala de Intencionalidade Suicida de Beck. Para as mulheres a variação foi de 2 a 25 pontos. A média obtida para homens é de 22,7 pontos e para as mulheres 14 pontos (Mann-Whitney U=92; p=0,02). A

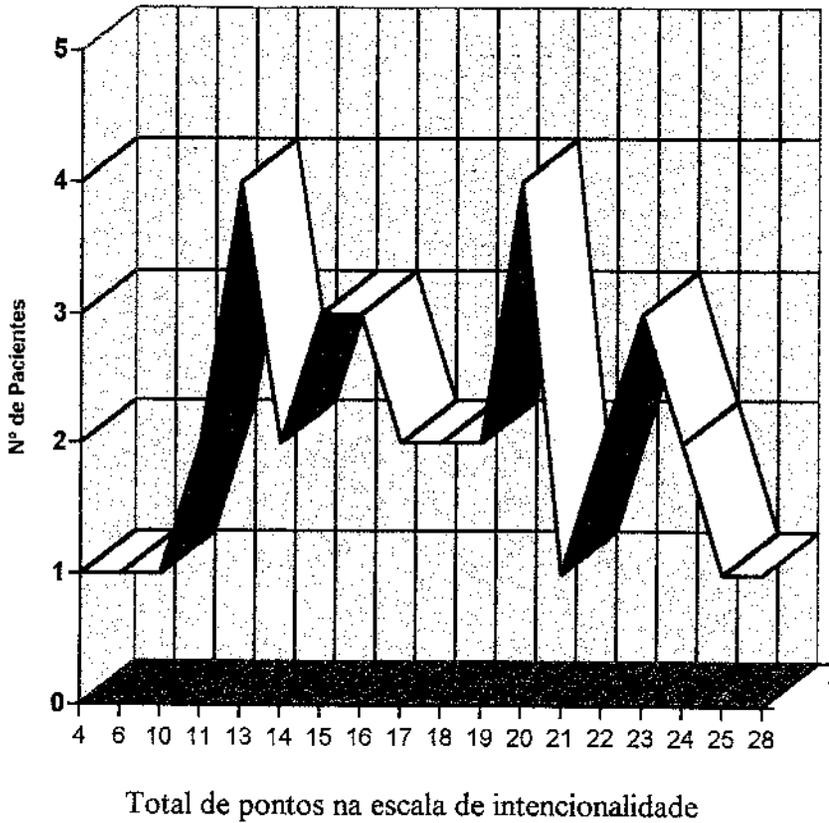


figura 4 (página 61) mostra a distribuição das frequências na pontuação total da Escala de Intencionalidade Suicida de Beck.

Tabela 14 - Motivação para tentativa de suicídio por sexo dos pacientes internados no HC-UNICAMP, de outubro/95 a setembro/96

MOTIVO	MASCULINO		FEMININO	
	Sim	Não	Sim	Não
Seus pensamentos estavam tão insuportáveis, que você não conseguia agüentá-los?	78%	22%	79%	21%
Você queria mostrar para alguma pessoa o quanto você gosta dela?	13%	87%	7%	93%
Você acha que perdeu o controle sobre você mesmo e chega a não entender por que fez isto?	91%	9%	86%	14%
A situação estava tão insuportável que você não conseguiu achar outra saída?	91%	9%	79%	21%
Você queria ficar longe de seus problemas, dar um tempo?	26%	74%	0	100%
Você queria que outras pessoas soubessem o quanto você se sente desesperado?	26%	74%	29%	71%
Você queria morrer?	87%	13%	79%	21%
Você queria pedir ajuda a mais alguém?	13%	87%	7%	93%
Você queria saber se realmente alguém se importava com você?	22%	78%	21%	79%
Você queria que alguém sofresse por algo que te fez, queria se vingar?	13%	87%	21%	79%
Você queria fazer alguém se sentir culpado por alguma coisa?	13%	87%	21%	79%
Você queria convencer alguém a mudar a maneira de pensar?	13%	87%	21%	79%
Você acha que estava sendo um peso para outras pessoas?	39%	61%	29%	71%
Você queria dormir, descansar um pouco?	9%	91%	21%	79%

Figura 4 - Distribuição dos pacientes conforme pontuação total obtida na Escala de Intencionalidade Suicida de Beck.



A análise das 8 questões objetivas da escala de intencionalidade suicida foi possível em 45 (85%, n=53) casos. A média da pontuação para o sexo masculino é de 26,1 pontos e para o sexo feminino 15,9 pontos (Mann-Whitney U=118; p= 0,01). Uma análise dos itens da Escala de Intencionalidade Suicida revelou que os homens solicitam menos ajuda durante, ou logo após, a tentativa de suicídio do que as mulheres (item 4º. qui-quadrado g.l.=2 p=0.003). Os homens se preparam mais em detalhes para a execução da tentativa de suicídio do que as mulheres (item 6º. qui-quadrado g.l.=2; p=0.004). Não houve diferenças significativa entre os sexos, quando comparamos a pontuação total nas 7 questões subjetivas da Escala de Intencionalidade Suicida. No entanto, uma análise específica do 11º e do 15º itens, revelou que os homens acreditam mais no poder letal do método escolhido do

que as mulheres (qui-quadrado $g.l.=2$; $p=0.05$). O ato para o sexo masculino é menos impulsivo do que para o sexo feminino (qui-quadrado $g.l.=2$; $p=0.03$).

A pontuação nas 8 questões objetivas da escala de intencionalidade suicida para os cinco pacientes que faleceram, não diferiu da pontuação dos 41 pacientes que sobreviveram. (Mann-Whitney $U=80$; $p=0,93$).

Dez (42%, $n=24$) casos do sexo masculino apresentaram na escala de intencionalidade suicida um valor igual ou menor do que a mediana da amostra (17 pontos). O método utilizado em 8 (80%, $n=10$) casos foi envenenamento. Quatorze (58%, $n=24$) casos apresentaram na escala de intencionalidade suicida uma pontuação acima do valor da mediana da amostra. Desses, 9 (64%, $n=14$) casos foram por envenenamento e um caso utilizou a associação de envenenamento com auto-lesão (cortou os pulsos e ingeriu pesticida). Para o sexo feminino, 10 (71%, $n=14$) apresentaram um valor na escala de intencionalidade suicida, igual ou menor que a mediana da amostra. Todos utilizaram como método o envenenamento. Quatro (29%, $n=14$) casos apresentaram, na escala de intencionalidade suicida, valores maiores do que a mediana da amostra. Desses, 3 (75%, $n=4$) utilizaram como método o envenenamento. A tabela 15 (página 63) apresenta o método da tentativa de suicídio em relação à pontuação total na escala de intencionalidade suicida por sexo.

A variação nas médias de pontos na escala de intencionalidade suicida para os pacientes que usaram envenenamento como método foi de 11,5 a 16,6 pontos. Os que usaram arma de fogo (3 casos) apresentaram, em média, 19,2 pontos. A pontuação encontrada para o caso que utilizou a associação de pesticidas com objeto cortante como método, foi 23 pontos.

A pontuação na escala de intencionalidade suicida para os 38 casos analisados apresentou uma variação de 2 a 28 pontos. Os pacientes que apresentaram nesta escala o valor mínimo (2) e máximo (28) utilizaram como método intoxicação por pesticidas.

Tabela 15 - Método utilizado na tentativa de suicídio e pontuação total da intencionalidade suicida por sexo

MÉTODO	ISTOTAL*	MASCULINO	FEMININO
Envenenamento	0 - 17	8	10
	17 - 30	10	3
Arma de Fogo	0 - 17	1	0
	17 - 30	2	1
Objeto Cortante	0 - 17	1	0
	17 - 30	2	0
Enforcamento	0 - 17	0	0
	17 - 30	1	0

*ISTOTAL = Total de pontos na Escala de Intencionalidade Suicida de Beck.
 Nos dois casos de **atropelamento** não foi possível obter o ISTOTAL.
 Um caso usou a **associação de envenenamento com objeto cortante**.

3 - Dificuldades psicossociais e rede de apoio social.

Utilizando a lista de dificuldades psicossociais do “Social Problem Questionnaire - SPQ”, foi possível identificar três principais fatores que influenciaram o paciente na tentativa de suicídio. O paciente poderia apontar de uma a 13 dificuldades que, em sua opinião, influenciaram na tentativa de suicídio. Para efeito de análise, consideramos até três dificuldades apontada pelo paciente.

Trinta e cinco (66%, n=53) casos relataram pelo menos um fator de dificuldade psicossocial ocorrido no último ano que influenciou a tentativa de suicídio, 24 (45%, n=53) casos relataram dois fatores e 12 (23%, n=53) ca-

dos relataram três fatores. Apenas um paciente não apontou fatores que influenciaram a tentativa de suicídio.

Para evitar uma compreensão incorreta da análise dos pacientes que responderam às questões do “SPQ” estaremos apresentando para os três principais fatores apenas o número absoluto de casos. Os três fatores que mais influenciaram foram: 1 - *Sentir-se sozinho(a) no último ano* - Dezoito pacientes responderam que sempre sentem-se sozinhos; 2 - *Estar insatisfeito com a vida que leva com sua esposa(o)/companheira(o)* - Onze pacientes responderam estar muito insatisfeito com a vida que leva com a esposa(o)/companheira(o). Três pacientes responderam ter pensado em separação no último mês. 3 - *Estar passando dificuldades para pagar contas ou comprar o que necessita* - Nove pacientes responderam estar com dificuldades marcante para pagar contas ou comprar o que necessitam.

Trinta e sete (70%, n=53) casos responderam a questão sobre a oportunidade de conversar (pedir ajuda), durante o último mês, com algum familiar sobre os problemas que os levaram à tentativa de suicídio. Desses, 11 (30%; n=37) haviam conversado com pelo menos uma pessoa da família. Treze (35%, n=37) pacientes conversaram com alguém de fora da família. As pessoas procuradas por estes pacientes foram: amigos (8 casos), profissional da saúde (2 casos), vizinha, noiva e patroa (1 caso).

Quarenta (76%, n=53) pacientes relataram sua crença religiosa. Desses, 24 (60%) pacientes se consideram uma pessoa religiosa, sendo que 11 (46%) não haviam ido ao culto nenhuma vez no último mês. Desses, 10 (91%) pacientes são católicos.

Trinta e nove (74%, n=53) pacientes responderam sobre facilidade/dificuldade para fazer amigos, Desses, 25 (64%) pacientes relataram ser fácil ou muito fácil fazer amigos. Quatorze (36%) pacientes relataram dificuldades para fazer amigos.

4 - Doenças Físicas e Doenças Mentais

Foram selecionados da sessão Doenças Físicas do QTS três variáveis: doença ou incapacidade física recente, evolução da doença nos últimos três meses e se essa doença, segundo o paciente, influenciou o ato auto-agressivo.

Dos 42 (79%, n=53) pacientes que responderam à questão sobre doença ou incapacidade física recente, 10 (24%, n=42) responderam positivamente. Oito (19%, n=42) pacientes relataram sobre evolução da doença nos últimos três meses, sendo que: 1 relatou que a doença está muito melhor, 2 relataram que a doença está do mesmo jeito, 1 relatou estar um pouco pior e 4 relataram que a doença está muito pior. Cinco pacientes responderam que a doença ou incapacidade física influenciou a tentativa de suicídio.

Foram selecionados da sessão Doenças Mentais do QTS, variáveis como: 1 - Acompanhamento psicológico/psiquiátrico atualmente?

Trinta e quatro (81%, n=42) pacientes não estão em acompanhamento psicológico/psiquiátrico e 8 (19%, n=42) pacientes estão atualmente fazendo acompanhamento.

2 - Usou psicotrópicos no último mês?

Dezoito (42%, n=43) pacientes usaram psicotrópicos no último mês. Desses, 7 (39%, n=18) estavam em uso de dois ou mais medicamentos. A tabela 16 mostra a classe do medicamento que vem sendo utilizado no último mês e a distribuição dos pacientes.

Tabela 16 - Psicotrópicos que vinham sendo utilizado pelos pacientes no último mês.

PSICOTRÓPICOS	PACIENTES
Ansiolíticos	7
Hipnóticos	2
Barbitúricos	7
Antidepressivos	4
Antipsicóticos	4
Antiparkinsoniano	4

3 - Tratamento psiquiátrico/ psicológico anterior?

Quarenta e dois (79%, n=53) pacientes responderam a esta questão. Desses, 16 (38%, n=42) já haviam realizado tratamento psicológico/psiquiátrico anteriormente. Nove (56%, n=16) pacientes tiveram pelo menos uma internação psiquiátrica.

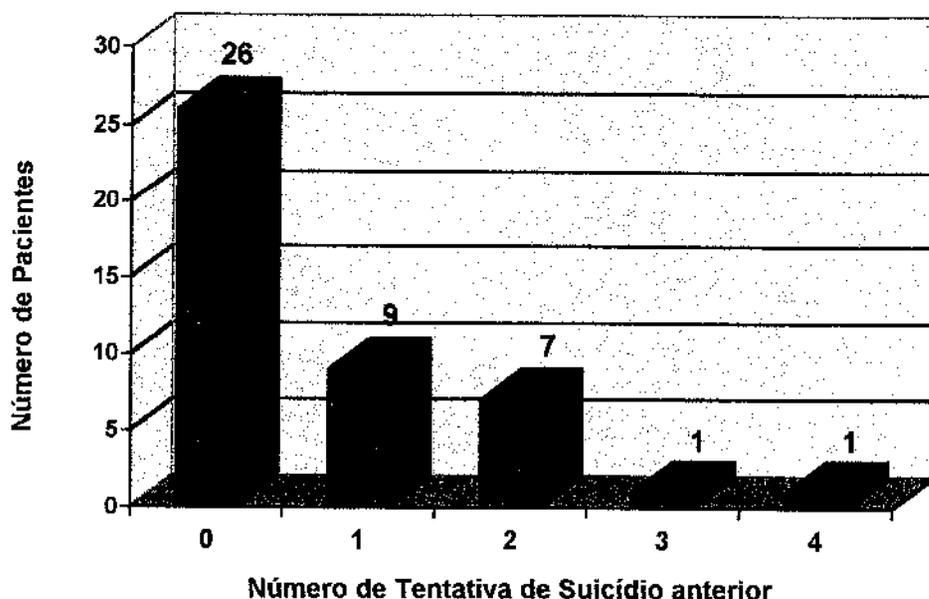
A questão sobre problemas com abuso de álcool foi respondida por 42 (79%, n=53) pacientes. Desses, 12 (29%, n=42) responderam afirmativamente e com o seguinte perfil: Cinco (12%, n=42) usam abusivamente álcool

todos os dias, 5 (12%, n=42) usam abusivamente álcool três vezes por semana, 1 paciente usa abusivamente uma vez por semana e 1 paciente usa abusivamente menos do que uma vez por semana. Apenas 1 paciente relatou usar drogas (maconha) uma vez por semana.

5 - Outras Tentativas de Suicídio

Quarenta e quatro pacientes responderam a este item. Não têm tentativa de suicídio anterior 26 (59%, n=44) casos e 18 (41%, n=44) casos têm pelo menos uma tentativa de suicídio anterior. A distribuição dos pacientes quanto ao número de tentativas de suicídio é mostrado na figura 5.

Figura 5 - Distribuição dos pacientes em relação ao número de tentativa de suicídio anterior.



Quatro pacientes não conseguiram recordar a data da última tentativa de suicídio anterior. Três pacientes tiveram 1 tentativa de suicídio há mais de 10 anos. Quatorze pacientes relataram o tempo decorrido da última tentativa de suicídio anterior e a atual. A variação foi de 3 dias a 33 meses, com média de 10 meses e mediana 8 meses. Se incluirmos os três pacientes que tiveram tentativas de suicídio anterior há mais de 10 anos, a mediana é 12 meses. O

método apresentado pelos pacientes na tentativa de suicídio anterior está apresentado na tabela 17.

Tabela 17 - Método utilizado pelos pacientes que relataram tentativa de suicídio anterior e a distribuição dos pacientes em números absolutos.

MÉTODO*	NÚMERO PACIENTES
Envenenamentos	15
Medicamentos	10
Pesticidas	5
Objeto Cortante	2
Jogar-se de Altura	1
Arma de Fogo	1
Enforcamento	1

*Dois pacientes utilizaram mais de um método

6 - Presença de ansiedade e depressão

Trinta e seis pacientes responderam a todos os itens da Escala de Ansiedade e Depressão - HAD da sessão XI do QTS. Esta escala foi lida para os pacientes pelo autor da pesquisa, frisando que suas respostas deveriam considerar seu estado emocional na semana anterior à tentativa de suicídio. Para efeito de análise daremos uma visão do grupo. Dezoito (82%, n=22) homens e 13 (93%, n=14) mulheres que responderam a todos os itens, apresentaram sintomas de ansiedade com pontuação igual ou maior que 9 pontos. Quatorze (64%, n=22) homens e 11 (78%, n=14) mulheres apresentaram sintomas de depressão com pontuação igual ou maior que 9 pontos.

7 - As Hipóteses Diagnósticas Psiquiátricas

A hipótese diagnóstica foi elaborada a partir da anamnese realizada com os pacientes e das alterações identificadas na aplicação das escalas psicométricas (BPRS, HAD, GHQ, GAS). As hipóteses diagnósticas foram situacionais, permitindo assim a inclusão de todos os pacientes, entrevistados, em algum diagnóstico. As hipóteses diagnósticas foram baseadas na 10ª. Classificação Internacional de Doenças. Transtorno afetivo em episódio de-

pressivo, transtorno neurótico, alcoolismo, transtorno de personalidade e transtorno esquizofrênico foram nesta ordem de maior ocorrência para a menor.

Em 45 (85%, n=53) pacientes pelo menos uma hipótese diagnóstica foi elaborada. Dezesesseis (36%, n=45) pacientes foram identificados como transtorno afetivo em episódio depressivo. Desses, 11 (69%, n=16) apresentaram episódio depressivo moderado ou grave. Dezesesseis (36%, n=45) pacientes tinham algum transtorno neurótico. Desses, 1 (6%, n=16) apresentou reação aguda ao estresse e 15 (94%, n=16) transtorno de ajustamento com reação mista de ansiedade e depressão. Em sete (16%, n=45) pacientes, todos do sexo masculino, foram identificados transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas (álcool). Desses, 6 (86%, n=7) com síndrome de dependência ao álcool e 1 com transtorno psicótico decorrente do uso de álcool.

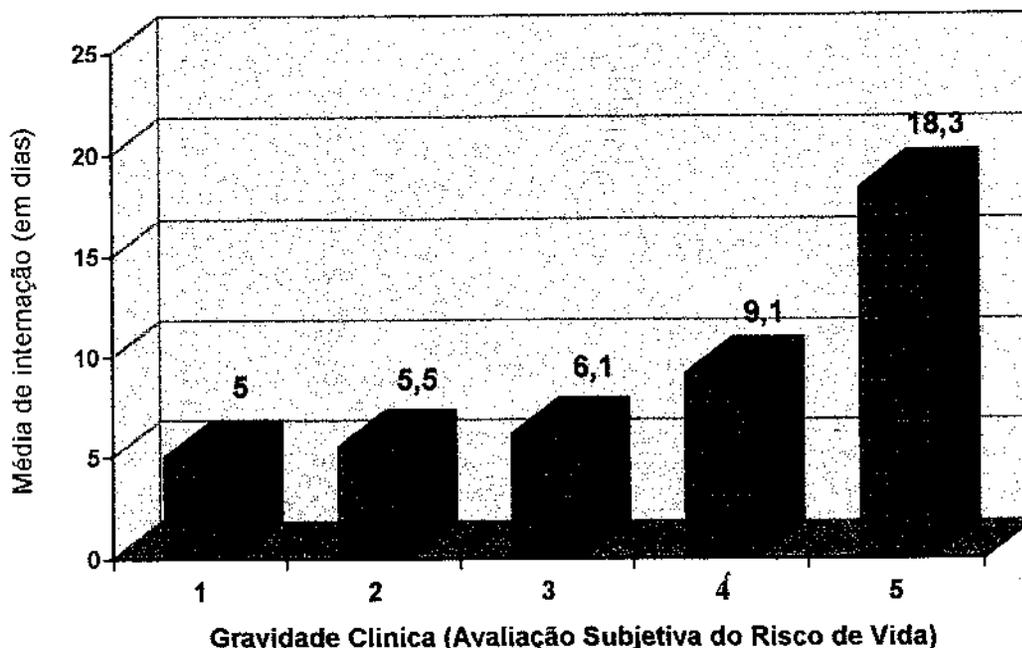
Quatro pacientes receberam diagnóstico de transtorno de personalidade, sendo 1 do tipo Borderline e 3 com Transtorno de personalidade histriônico. Em dois pacientes foram diagnosticados transtorno esquizofrênico, sendo 1 esquizofrenia paranóide e 1 depressão pós-esquizofrênica. A tabela 19 (página 72) mostra as hipóteses diagnósticas feitas no momento da entrevista dos pacientes.

8 - Duração da Internação (em dias) e Gravidade Clínica

Obtivemos o número de dias de internação nos 53 casos. A média da duração da internação foi 9,7 dias e a mediana 5 dias. Vinte e nove (55%, n=53) pacientes necessitaram de 1 a 5 dias de internação. A média para os pacientes que faleceram foi de 4,4 dias de internação, com variação de 1 a 10 dias.

Os pacientes que tentaram suicídio por envenenamento apresentaram em dias de internação média de 8,1 dias. Pacientes que utilizaram métodos mais violentos (enforcamento, atropelamento, objetos cortantes e arma de fogo) revelaram uma média de 14,7 dias de internação. Considerando apenas a avaliação subjetiva do risco de vida, realizada pelo autor desta pesquisa, no momento da entrevista, os pacientes com risco de vida grave revelaram uma média de 18,3 dias de internação. A figura 6 mostra a relação das médias com o grau de gravidade clínicas dos pacientes. A tabela 18 (página 71) apresenta a duração em dias de internação para os 53 pacientes.

Figura 6 - Gravidade Clínica relacionada à duração média (em dias) da internação.



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

9 - Tratamento Psiquiátrico

A - Planejamento Terapêutico

Quarenta e quatro (83%, n=53) pacientes receberam encaminhamento pós-alta. Vinte e três (52%, n=44) pacientes foram encaminhados para ambulatório de psiquiatria do HC-UNICAMP, sendo que, 7 (30%, n=23) pacientes não compareceram para consulta e 3 (13%, n=23) abandonaram o seguimento ao final de três meses. Quatro (17%, n=23) pacientes foram acompanhados pelo autor desta pesquisa. Desses, três só deixaram o tratamento após alta do ambulatório e 1 paciente necessitou ser encaminhado para internação psiquiátrica após 1 mês da tentativa de suicídio.

Doze (27%, n=44) pacientes foram encaminhados para serviço de saúde mental de outra cidade (cidade de procedência do paciente). Três pacientes receberam encaminhamento para centro de saúde de Campinas com saúde

mental. Seis (14%, n=44) pacientes necessitaram de transferência para enfermaria de psiquiatria do HC-UNICAMP.

B - Modalidade de Tratamento proposto⁷

Vinte e nove (64%, n=45) pacientes tiveram indicação para psicoterapia individual. Em 13 (30%, n=44) pacientes foi necessário a utilização de medicamentos psicotrópicos. Desses, 8 usaram antidepressivos, 3 usaram benzodiazepínicos, 2 usaram antipsicóticos, 1 usou antiparkinsoniano e 1 usou hipnótico.

Todos os pacientes foram avaliados, também, pelo Serviço de Consultoria e Ligação Psiquiátrica do HC-UNICAMP, através do residente de psiquiatria do segundo ano.

10 - Avaliação do risco de vida

A avaliação do risco de vida dos pacientes foi realizada através de quatro parâmetros clínicos, a saber: APACHE II; Avaliação subjetiva do risco de vida; Escala de Coma de Glasgow; e uma medida específica para pacientes intoxicados com organofosforado. Muitas dificuldades foram encontradas nesta avaliação, algumas incontornáveis. O APACHE exige a feitura de exames laboratoriais muitas vezes desnecessários para estes pacientes. A não realização desses exames causou a exclusão de alguns parâmetros, impossibilitando a obtenção do índice necessário para interpretação do risco de vida. Em 57% dos casos foi possível aplicar essa escala. Desses, 70% apresentaram risco de vida menor que 1% (tabela 20, página, 73).

A “Escala de Coma de Glasgow”, sempre presente no prontuário do paciente, possibilitou a obtenção de seu valor em todos os casos, mesmo naqueles não alcançados pela pesquisa. A análise dos valores obtidos revelou que em dois terços dos pacientes não houve alteração do nível de consciência. De forma arbitrária os valores foram divididos em três faixas com intervalo de 5 pontos, como mostra a tabela 20 (página, 73).

A avaliação subjetiva do risco de vida fornece cinco opções de graus de gravidade. Foi sempre aplicada pelo autor desta pesquisa. Em 48 (91%,

⁷ Dois pacientes que não foram alcançados pela pesquisa receberam assistência do residente de psiquiatria de plantão. Dois pacientes necessitaram da associação de medicamentos.

n=53) casos foi possível avaliar o risco de vida por esta escala. Desses, 14 (29%, n=48) pacientes apresentaram risco de vida grave, sendo que, 36% faleceram (Tabela 20).

Em 17 (32%, n=53) pacientes foi possível obter o valor da dosagem de acetil colinesterase relacionando-a com o quadro clínico em pacientes intoxicados por organofosforado ou carbamato. Desses, 7 (41%, n=17) apresentaram intoxicação grave e 8 (47%, n=17) apresentaram intoxicação moderada. A tabela 20 (página 73) sumariza os instrumentos, os valores obtidos e a frequência dos pacientes.

Tabela 18 - Duração da internação (dias) dos pacientes internados por tentativa de suicídio no HC-UNICAMP (n=53).

DIAS	NÚMERO DE PACIENTES	%
1 a 2	14	26%
3 a 5	15	28%
6 a 13	13	25%
14 a 79	11	21%

Tabela 19 - Hipótese diagnóstica (CID 10) feitas no momento da entrevista com pacientes internados no HC-UNICAMP por tentativa de suicídio, de outubro/95 a setembro/96. (n=45)

DIAGNÓSTICO	MASCULINO (n=31)	FEMININO (n=14)
Síndrome de dependência ao álcool (F1x2).	6 (19%)	0
Transtorno psicótico (F1x5) (Alcólico)	1 (3%)	0
Esquizofrenia paranóide (F20.0)	1 (3%)	0
Depressão pós-esquizofrênica (F20.4)	1 (3%)	0
Episódio depressivo leve (F32.0)	2 (7%)	3 (21%)
Episódio depressivo moderado (F32.1)	1 (3%)	4 (29%)
Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos (F32.2)	4 (13%)	2 (14%)
Transtornos neuróticos	12 (39%)	4 (29%)
	masculino	feminino
Transtorno de ajustamento (F43.2)	11 (36%)	4 (29%)
Reação aguda ao estresse (F43.0)	1 (3%)	0
Transtorno de personalidade borderline (F60.31)	1 (3%)	0
Transtorno de personalidade histriônica (F60.4)	2 (7%)	1 (7%)

Tabela 20 - Cálculo do risco de vida dos pacientes internados por tentativa de suicídio no HC-UNICAMP, de outubro/95 a setembro/96.

INSTRUMENTO	FREQUÊNCIA	%
APACHE II (n=30)		
menor que 1%	21	70
1% - 10%	8	27
31%	1	3
GLASGOW (n=53)		
0 a 5	10	19
6 a 10	5	9
11 a 15	38	72
AVALIAÇÃO SUBJETIVA (n= 48) DO RISCO DE VIDA		
Nenhum risco	1	2
Risco muito leve	3	6
Risco moderado	12	25
Risco moderadamente grave	9	19
Risco Grave	14	29
INTOX. POR ORGANOFOSFORADO*		
latente	2	12
moderada	8	47
grave	7	41

* **latente** = nível de colinesterase 12,5-72,5%; **moderada** = nível de colinesterase 12,5 a 37,5%; **grave** = nível de colinesterase 0 - 12,5%

CAPÍTULO V - DISCUSSÃO

Este estudo descreve algumas características de 53 pacientes que tentaram suicídio e que necessitaram de internação no HC-UNICAMP, ao longo de 12 meses. Essas características foram obtidas através de uma avaliação padronizada contendo uma anamnese estruturada e escalas psicométricas. Os trabalhos existentes na literatura apresentam-se com uma amostra maior do que esta apresentada por nós, porém nenhum desses estudos ocupou-se exclusivamente em avaliar os pacientes que necessitaram de internação. Em nossa pesquisa os pacientes, por serem internados, caracterizam um subgrupo da população que tenta suicídio por apresentarem maior gravidade clínica. Apesar disto, como veremos, ao discutir as características clínicas, este não é um subgrupo homogêneo.

Sobre as entrevistas

As avaliações dos pacientes deram-se nas enfermarias onde os pacientes foram internados, a maioria (70%) na Enfermaria de Retaguarda. Essa enfermaria caracteriza-se por internar, principalmente, casos com maior risco de vida. O momento da avaliação clínica não pode ser o mesmo para todos os pacientes. Em 30% dos casos foi possível a entrevista nas primeiras 24 horas de internação. Fatores como gravidade clínica, estado emocional do paciente, muitas vezes agravado pelo sentimento de fracasso diante do ato não consumado, aceitação do ato como tentativa de suicídio pelo paciente, ambiente adequado para a entrevista, foram dificuldades encontradas na realização das entrevistas. Por isso os dados precisam ser vistos com reserva, principalmente os subjetivos. Estudos sobre tentativa de suicídio apresentam-se com problemas na confiabilidade dos dados, o que assinalaram Arensman & Kerkhof (1996) em revisão sobre estudos com indivíduos que tentaram o suicídio. A extensão do “Questionário de Tentativa de Suicídio - QTS”, na maioria dos casos, não foi impedimento para o conclusão da entrevista; algumas das questões foram respondidas espontaneamente. Este instrumento revelou-se útil para orientar a anamnese, como já vem ocorrendo com o TS-PS, utilizado no pronto-socorro e interconsulta. Apenas três pacientes recusaram-se a ter-

miná-la. O surgimento de dor, cansaço, bem como sentimentos pronunciados de arrependimento e vergonha, entre outros, foram critérios utilizados pelo autor da pesquisa para dividir a avaliação em mais de uma entrevista. Em alguns casos, com a intenção de evitar constrangimentos para o paciente, a entrevista foi protelada para outro momento. A opção de dividir a entrevista em 2 ou 3 momentos foi sempre sugerido para os pacientes. Mesmo com estes fatores limitantes, foi possível realizar a entrevista em 85% dos pacientes .

Os cuidados tomados na execução do projeto (divulgação em todo o hospital e aquisição de um BIP de mensagens) proporcionaram o alcance de 91% dos pacientes internados. O autor desta pesquisa foi bipado 48 vezes durante os 12 meses, principalmente, pelo residente de psiquiatria, mas também por outros colegas de outras áreas médicas e pelo serviço social do hospital.

Devido ao fato de o questionário aplicado conter muitas questões objetivas, em alguns casos podendo ser respondidas por familiares, ou obtidas do prontuário no HC-UNICAMP e CCI, acabamos por recuperar alguns dados dos cinco casos que não foram alcançados pela pesquisa, bem como, dos cinco pacientes que faleceram. A análise desses dados mostrou não haver diferenças significativas entre eles e a amostra como um todo, quanto ao tempo de internação, local de internação, método utilizado, etc. Ainda assim, alguns testes estatísticos foram prejudicados. No caso da intencionalidade suicida, por exemplo, a ausência de uma única variável excluiu o caso da análise, representando perda no tamanho amostral.

Sobre a demanda dos casos de tentativa de suicídio

Este estudo identificou, no HC-UNICAMP, a precariedade do registro de casos de tentativa de suicídio e de óbitos por tentativa de suicídio. Dos 53 casos avaliados pela pesquisa, apenas três constam no registro do hospital. Uma análise dos prontuários revelou que os médicos não notificaram na papelada do “Resumo de alta” a natureza destes. Um levantamento dos atestados de óbitos dos cinco pacientes que faleceram, junto ao Serviço de Informação de Óbitos de Campinas, confirmou-nos pelo menos para o Hospital de Clínicas da UNICAMP, a não notificação das mortes por suicídio, resultando no escamoteamento da demanda e da importância deste fenômeno. Os diagnósticos que constam nos atestados de óbito foram: Caso 1 - Causa indeter-

minada; Caso 2 - Insuficiência Respiratória Aguda; Caso 3 - Trauma Crânio-Encefálico e Suicídio por arma de fogo; Caso 4 - Trauma Crânio-Encefálico e Ferimento por arma de fogo; Caso 5 - Hematoma Intracraniano, Trauma de Crânio com fratura e Instrumento perfuro contundente.

Mesmo o residente de psiquiatria de plantão não notifica todos os casos. Considerando que o CCI tenha registrado todos os casos de tentativa de suicídio por envenenamento (380), a psiquiatria, no pronto-socorro, deixa de notificar pelo menos 43% dos casos. Acreditamos que os casos de tentativa de suicídio sejam identificados como tais, visto a rotina de se solicitar interconsulta psiquiátrica para estes pacientes, tanto no pronto-socorro como nos casos internados. O que estaria ocorrendo seria, portanto, a subnotificação e o preenchimento incorreto dos resumos de alta e dos atestados de óbitos.

Características demográficas

Os pacientes internados por tentativa de suicídio são, majoritariamente, adolescentes e adultos jovens, com 55% dos casos com menos de 30 anos de idade. Este mesmo perfil foi encontrado por outros pesquisadores do HC-UNICAMP (Cassorla, 1981; Vieira, 1994; Botega et al., 1995). Um estudo realizado nas clínicas universitárias de Sobradino - Brasília com 84 casos de tentativa de suicídio nos anos de 1975 e 1976, revelou a jovem faixa etária destes pacientes com média de 22 anos e 9 meses (Pasquali, L. & Bucher, R. E., 1981)

Em oposição aos casos que são dispensados do pronto-socorro após avaliação da psiquiatria por tentativa de suicídio (Botega et al., 1995), os pacientes internados são em maioria (66%) do sexo masculino, com uma média de idade inferior à média de idade do sexo feminino. Entretanto, um resultado diferente destes encontrados por nós foi publicado por Perez, L., et al., (1987), ao analisar um estudo com indivíduos ingressos em uma unidade de cuidados intensivos. De 27 casos registrados como tentativa de suicídio no período compreendido de um ano, a maioria (70,3%) era do sexo feminino, e 55% estavam entre 15 e 29 anos. A dificuldade de interpretação destes resultados, devido ao tamanho da população estudada, deixa esta questão em aberto para estudos futuros.

Em nosso estudo, os pacientes que faleceram eram do sexo masculino com uma média de idade de 23 anos. A elevada frequência de suicídio entre adultos jovens e observada no país como um todo. Dados de suicídio no Brasil para o ano de 1991, revelou que há uma maioria (64%) de óbitos entre a faixa etária de 15 a 44 anos. Desses, 33% tem de 15 a 24 anos (Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde - Sistema de informação de óbitos, 1991).

Os pacientes, em sua maioria, têm baixo grau de escolaridade. Dois terços dos pacientes, apresentaram grau de escolaridade inferior a 8 anos de escola cursados com sucesso. Em dois terços, também, os pacientes são profissionais não qualificados, exercendo funções manuais não especializadas, estando mais sujeitos a dificuldades econômicas e sob maior risco de desemprego.

Pelo fato de 68% dos pacientes residirem na Regional de Saúde de Campinas, podemos inferir que a demanda identificada, em sua maioria, pertence a região como um todo, não estando restrita a cidade de Campinas. Por ser um hospital de referência regional e nacional, o HC-UNICAMP tende a receber também os casos mais graves de outras localidades, revelando a demanda de uma região ainda maior.

Caracterização da Tentativa de Suicídio

A análise dos dias da semana revelou uma diminuição das tentativas de suicídio nos finais de semana. Em 43% dos casos, a tentativa de suicídio ocorreu no horário de almoço e jantar. Sessenta e quatro por cento das tentativas de suicídio ocorreram dentro da própria casa. É possível que os indivíduos tentam suicídio com maior frequência nos horários de encontro com a família (almoço e jantar). Por isso o ato auto-agressivo ocorre dentro da própria casa. A diminuição das tentativas de suicídio nos finais de semana podem estar relacionadas ao melhor bem estar comumente encontrado nestes dias, mais possibilidades de fugas (álcool, futebol, festas, etc.) e um transitório es-

quecimento do estado de desemprego, de separação, dos problemas com emprego e dos sentimentos de solidão, mas podem também ser explicado por uma maior dificuldade de chegar ao hospital, com poucos ônibus circulando, poucas ambulâncias de plantão etc..

Embora essa distribuição diferenciada entre horários e dias da semana tenha chamado nossa atenção, é preciso considerar que a população estudada constitui um subgrupo da totalidade dos casos de suicídio. Esse fato dificulta generalizações.

O envenenamento foi o método escolhido por 77% dos casos com uma prevalência (66%) para produtos tóxicos (pesticidas, formicidas, raticidas, piretroídes, etc.). Entre os pacientes internados por tentativa de suicídio, medicamentos foram utilizados por 30% dos casos, distintamente dos resultados obtidos no pronto-socorro do HC-UNICAMP, onde 71% dos casos atendidos haviam utilizado medicamentos (Botega et al.1995). Entre os que se envenenaram com medicamentos, 36% apresentaram menor risco de vida pela avaliação subjetiva do risco de vida. Os envenenamentos por medicamentos são mais frequentes nos casos atendidos no pronto-socorro. Precisam menos de internação e apresentam, geralmente, menor risco de vida. Contrariamente, os envenenamentos por pesticidas requerem mais internação e apresentam maior risco de vida.

Semelhante a outros estudos (Stevenson, 1988; Diekstra, 1993; Diekstra & Gulbinat, 1993), neste estudo, dos cinco que faleceram, três utilizaram arma de fogo, confirmando a utilização de métodos mais violentos por este grupo de pacientes.

Características Clínicas

Nesta pesquisa as motivações, se tomadas a partir do que foi relatado pelos pacientes, poderiam ser divididos em pelo menos três grupos. Porém, respeitando a proporcionalidade as motivações em maior ou menor grau se relacionam. As motivações “corriqueiras” como, brigas com namorado, brigas com família, necessidade de receber atenção e promover mudanças nas atitudes das outras pessoas em prol de suas necessidades. As motivações devido a dificuldades psicossociais como, problemas financeiros, desemprego,

insatisfação com emprego e etc. As motivações devido a doenças mentais como, transtornos depressivos, transtornos psicóticos e alcoolismo.

Os pacientes, em sua maioria, (89%) apresentaram-se confusos quanto a querer viver ou morrer. Ao mesmo tempo em que expressavam o desejo de morrer, admitiam terem perdido o controle sobre si mesmo e não entender como foram capazes de se auto-agredirem. A maioria dos pacientes revelou estar com os pensamentos insuportáveis e também estar vivendo uma situação difícil. As principais motivações não se apresentaram diferentes entre homens e mulheres.

De modo global, a intencionalidade suicida revelou-se diferente entre os sexos. Uma análise da intencionalidade suicida revelou que os homens possuem maior intencionalidade suicida com uma pontuação, em sua maioria, acima da mediana que foi de 17 pontos na Escala de Intencionalidade Suicida de Beck. Esta diferença ocorre principalmente em relação às questões objetivas (precauções tomadas quanto a descoberta, detalhes na preparação da tentativa de suicídio, arranjos bem definidos, solicitação de socorro, etc.) não foi confirmada em relação às questões subjetivas da escala. Por exemplo, os homens, em 58% dos casos, relataram ter planejado o ato auto-agressivo, contra 21% das mulheres, a maioria dessas últimas tendo relatado o ato como impulsivo.

Em relação a rede de apoio social, sabidamente um fator protetor em relação ao risco suicida, a falta de um instrumento, ou medida única, que possa dar conta das várias dimensões do que se entende por rede de apoio social, impede de se reunir num único perfil as características dos pacientes. Mesmo levando-se em conta essa dificuldade, os pacientes que procuram uma pessoa para conversar preferem em sua maioria alguém de fora da família, refletindo as dificuldades de relacionamento familiar e falta de apoio que fica ainda mais claro na cooperação familiar no restabelecimento emocional do paciente. Em sua maioria, os pacientes se consideram pessoas religiosas. Isto poderia representar uma maior integração social. No entanto, 46% destes pacientes não freqüentaram os cultos nenhuma vez durante o último mês.

Apesar de não termos registrado, observamos que em nenhum caso fomos procurados pela família do paciente, sem que as tivéssemos convocado, sabe-se que, comumente, os familiares se revelam hostis ao paciente ou a família apresenta-se desestruturada para poder cooperar.

Depressão e transtorno neurótico, foram os diagnósticos presente na maioria dos pacientes com tentativas de suicídio. Somente em 19% dos casos os pacientes estavam em acompanhamento psiquiátrico no momento da tentativa de suicídio, entretanto, 42% estavam usando algum tipo de psicotrópico no último mês, revelando que os pacientes se encontravam com alterações no estado emocional e estiveram, em algum momento, sob avaliação de um profissional de saúde.

Praticamente a metade dos pacientes apresentou uma tentativa de suicídio anterior com uma média de tempo de 10 meses, revelando-se muito superior ao descrito na literatura onde 15 a 25% dos casos tentam suicídio no último ano (Botega, 1996). Porém é preciso considerar que os casos descritos nesta pesquisa são distintos, com maior gravidade nas tentativas e maior risco de vida pelo ato, formando-se portanto um subgrupo no grupo dos indivíduos que tentam suicídio. A análise dos resultados revelou que o método se repete, sendo que, a maioria dos pacientes que tentou suicídio anteriormente utilizaram o envenenamento. Cinco pacientes que utilizaram métodos mais violentos (objetos cortantes, jogar-se de altura, arma de fogo, enforcamento), na tentativa de suicídio anterior, também utilizaram-se de métodos violentos na tentativa de suicídio atual. Dos pacientes desta pesquisa que faleceram em consequência do ato auto-agressivo, três tinham tentativas de suicídio anteriores por envenenamento.

A facilidade proporcionada pela 10ª. Classificação Internacional de Doenças - CID 10, que trabalha com o conceito de “transtornos mentais”, possibilitou a elaboração de hipótese diagnóstica em 85% dos pacientes, apesar do caráter transitório de muitos sintomas. Trinta e seis por cento dos pacientes apresentaram como diagnóstico algum transtorno neurótico.

A avaliação do risco de vida do paciente começa na decisão de internação pelo médico responsável. A maioria dos pacientes internados estava correndo algum risco de vida, principalmente em se tratando de um hospital terciário. As características de um hospital escola, algumas vezes, pode extrapolar a real necessidade de internação, mas também dispensar pacientes por falta de leitos devido a pressão da demanda nestes hospitais. Porém, na avaliação do risco de vida feita posteriormente à internação, somente um caso mostrou-se com baixa gravidade clínica e nenhum risco de vida.

O APACHE II revelou-se limitado para ser aplicado aos pacientes vítimas de tentativa de suicídio. Este instrumento apresentou uma discrepância

entre os valores obtidos e o estado clínico dos pacientes onde foi possível utilizá-lo. De todos os instrumentos utilizados, a avaliação subjetiva do risco de vida, realizada pelo autor desta pesquisa, foi a que mais se correlacionou com a evolução e o estado clínico do paciente. Esta avaliação “subjetiva” foi, na realidade, realizada através de dados estritamente objetivos, como o exame clínico do paciente no momento da internação, todos os procedimentos sofridos por este e o poder letal do método utilizado, além da experiência clínica do pesquisador. Entre os pacientes considerados pelo autor como apresentando grave risco de vida, 36% faleceram após alguns dias de internação (média 4,4 dias).

Excluindo os pacientes que faleceram, parece haver um paralelismo entre gravidade clínica, intencionalidade suicida e duração da internação. Os pacientes com maior média de dias de internação apresentaram também maior risco de vida, de acordo com a avaliação subjetiva do risco de vida feita pelo autor. Em 38 pacientes que foi possível obter a pontuação total da escala de intencionalidade suicida, 34% apresentaram um valor maior ou igual a mediana (17 pontos) e também risco de vida moderadamente grave e risco grave.

Após alta hospitalar, a maioria (89%) dos pacientes foi encaminhada para seguimento ambulatorial. Pacientes residentes fora da cidade de Campinas na medida do possível foram encaminhados para seguimento em sua cidade. Mesmo para alguns residentes em Campinas, optou-se por encaminhá-los para centros de saúde da cidade. A todos os pacientes foi dada a opção de seguimento no HC-UNICAMP, devido ao nosso interesse em estudos futuros. Dos pacientes encaminhados para o HC-UNICAMP, apenas um terço compareceu para primeira consulta, conforme análise dos prontuários do paciente. Desses, a metade abandonou o tratamento após três meses da tentativa de suicídio, confirmando o já encontrado por Botega et al. (1995) em estudo realizado na mesma instituição.

Uma minoria (23%) necessitou de psicotrópicos, geralmente, para tratamento de depressão, alcoolismo e transtornos psicóticos. Dois terços dos pacientes tiveram indicação para psicoterapia. O acompanhamento conjunto com serviço de interconsulta proporcionou o conhecimento da evolução dos pacientes e a transferência, daqueles que necessitaram, para enfermaria de psiquiatria. Além do quadro clínico do paciente, outro critério utilizado para a transferência do paciente foi a pontuação obtida na escala de intencionalidade

suicida. Estes pacientes apresentaram uma média de 19 pontos na escala de intencionalidade suicida, 3 pontos maior do que a amostra como um todo.

Arensman & Kerkhof (1996), realizaram avaliação em 32 estudos sobre tentativa de suicídio que foram publicados no período de 1963 a 1993. Para estes autores, os pacientes vítimas de tentativa de suicídio podem ser divididos em pelo menos 2 subgrupos: os de menor gravidade e os de maior gravidade.

Os pacientes por nós avaliados revelaram-se como um subgrupo mais grave da população de indivíduos que tentam suicídio. Este subgrupo apresenta como principal característica a maior gravidade clínica, em decorrência do ato auto-agressivo.

No presente estudo, a coleta de dados, reuniu múltiplas variáveis que, analisadas em conjunto, refletem o perfil destes pacientes. Entretanto, para uma maior compreensão, estaremos dividindo os pacientes em três subgrupos, utilizando-se, somente, dos aspectos clínicos, sem realizarmos análise de agrupamentos (cluster analysis) como o realizado por (Kurz, A., 1987; Handerson, S. & Lance, G. N., 1979; Hankoff, L. D., 1976; Kiev, A., 1976). O primeiro subgrupo é formado por quatorze pacientes. Caracteriza-se por uma média de idade maior (31,1 anos), formado majoritariamente por indivíduos do sexo feminino. O envenenamento foi o método mais freqüentemente utilizado, com menor gravidade clínica e com média de internação de 7,4 dias. Tentativas de suicídio anterior não é fato freqüente neste grupo. Apresentam como principal motivação conflitos familiares e menor intencionalidade suicida. Esses pacientes formam um subtipo de tentativas de suicídio que se diferencia dos que são liberados do pronto-socorro apenas pela maior gravidade clínica provocada pelo ato.

O segundo subgrupo, formado por 29 pacientes, se caracteriza por apresentar menor média de idade (30,4 anos), serem predominantemente do sexo masculino, os métodos utilizados foram mais violentos, como, arma de fogo, enforcamento, jogar-se diante de veículos motores. Apresentaram maior gravidade clínica e em média precisaram de 12,5 dias de internação. Tentativas de suicídio anterior são freqüentes e os conflitos familiares são as principais motivações. Revelam-se com maior intencionalidade suicida e os atos são mais planejados. Esses pacientes formam um grupo que corresponde a intersecção entre o grupo anterior e os indivíduos que cometem suicídio.

O terceiro subgrupo é formado por cinco pacientes que faleceram em consequência do ato. São todos do sexo masculino com média de idade ainda menor (23 anos), foram utilizados em sua maioria métodos mais violentos. Apresentam com frequência tentativas de suicídio anterior. Apesar das poucas variáveis analisadas para este subgrupo de tentativa de suicídio, é possível que estes estavam certos do desejo de morrer.

Com a experiência adquirida neste estudo, iremos aprimorar o “Questionário de Tentativa de Suicídio - QTS” eliminando algumas dificuldades encontradas, bem como, prosseguir com este estudo, explorando algumas hipóteses observadas, como por exemplo, a correlação entre intencionalidade suicida e gravidade clínica, verificar se estes pacientes após o período de um ano apresentaram outras tentativas de suicídio e qual a relação da gravidade entre elas. Com uma amostra maior pretende-se, também verificar se a observação clínica dos três subgrupos é confirmada por análise de agrupamentos (cluster analysis).

CAPÍTULO VI - CONCLUSÃO

A população estudada representa a demanda real ao longo de 12 meses, de indivíduos que, após tentativa de suicídio, necessitaram de internação no HC-UNICAMP. Observamos que houve subnotificação destes casos: dos 53 casos de tentativa de suicídio, somente três constaram na listagem obtida na Área de Informática do hospital. Uma análise dos atestados de óbitos destes pacientes revelaram, também, omissão da causa de morte como um ato suicida. As internações foram em sua maioria (96%) por complicações clínicas ou cirúrgicas, o que define um subgrupo que apresenta maior risco de vida.

Os pacientes são em sua maioria, adolescentes e adultos jovens com, aproximadamente, dois terços dos pacientes menores de 30 anos (média de idade de 29 anos) e, predominantemente, do sexo masculino (66%). Cinquenta e um por cento dos pacientes são solteiros. Em sua maioria, os pacientes têm pouco estudo e 66% tem no máximo até 8 anos de escola cursados com sucesso. Estavam desempregados 21% dos pacientes. Os cinco pacientes que faleceram eram do sexo masculino e com uma média de idade inferior ao grupo como um todo (23 anos).

O estudo revelou que (43%) dos indivíduos tentaram suicídio nos horários de almoço (11:00 a 14:00 horas) e jantar (17:00 a 20:00 horas). Sessenta e quatro por cento das tentativas de suicídio ocorreram dentro da própria casa. A maioria (77%) dos pacientes utilizou envenenamento como método e desses, 49% utilizaram pesticidas. Dentre as classes de medicamentos, os benzodiazepínicos foram os mais utilizados (16%). Três pacientes dos cinco que faleceram usaram arma de fogo como método de suicídio.

As motivações relatadas pelos pacientes analisadas em associação com as obtidas pela entrevista revelaram que a tentativa de suicídio é motivada, geralmente, por um estado de desespero (pensamentos insuportáveis) 78%, perda do controle (89%), vivendo uma situação insuportável (87%). Oitenta e quatro por cento dos pacientes admitiram querer morrer no momento da tentativa de suicídio.

Apenas um paciente não apontou fatores (psicossociais e de apoio social) que influenciaram a tentativa de suicídio. Um terço dos pacientes con-

versou com alguém de fora da família sobre seus problemas antes da tentativa de suicídio, sendo em sua maioria (8 casos) amigos. De modo geral, os pacientes estão tendo dificuldades psicossociais, sentem-se sozinhos, não podem contar muito com familiares e estão insatisfeitos com a vida social e com a vida que estão levando com o companheiro.

A população masculina, revelou maior intencionalidade suicida, solicitou menos ajuda durante, ou logo após, a tentativa de suicídio do que as mulheres, preparou-se mais em detalhes para execução de um ato em geral menos impulsivo e acreditava mais no grau de letalidade do método utilizado. Para os pacientes que faleceram, a análise das oito questões objetivas da escala de intencionalidade suicida não apresentou diferenças significativas em relação aos que não faleceram.

Oitenta e um por cento dos pacientes não estavam em acompanhamento psicológico/psiquiátrico no momento da tentativa de suicídio. Porém, 42% tinham usado psicotrópicos no último mês. De um total de 42 pacientes, 38% já haviam realizado tratamento psicológico/psiquiátrico anteriormente. Desses últimos, 56% tiveram pelo menos uma internação psiquiátrica. Quarenta e um por cento dos pacientes tiveram pelo menos uma tentativa de suicídio anterior. O tempo decorrido entre a tentativa de suicídio anterior e a atual foi, em média, 12 meses.

Oitenta e dois por cento dos homens e 93% das mulheres apresentaram sintomas sugestivos de transtorno de ansiedade e 64% dos homens e 78% das mulheres apresentaram sintomas sugestivos de transtorno depressivo pela Escala de Ansiedade e Depressão - HAD. Em praticamente um terço dos pacientes foi identificado transtorno afetivo em episódio depressivo. Desses, 69% apresentavam episódio depressivo moderado ou grave. Em 15 pacientes o diagnóstico foi transtorno de ajustamento com reação mista de ansiedade e depressão.

A média de internação dos pacientes foi de 9,7 dias. Desses, 55% necessitaram de 1 a 5 dias de internação. Para os métodos mais violentos (enforcamento, atropelamento, objetos cortantes e arma de fogo) a média de internação foi de 14,7 dias. Os pacientes com maior risco de vida (pela avaliação do pesquisador) apresentaram uma média de 18,3 dias de internação. Vinte e nove por cento dos pacientes apresentaram risco de vida grave. Desses, 36% faleceram.

A maioria dos pacientes (83%) recebeu encaminhamento para algum serviço de saúde mental. Desses, 52% foram encaminhados para ambulatório de psiquiatria. Um terço desses pacientes não compareceu para consulta. A modalidade de tratamento proposto em 64% dos casos foi psicoterapia. Dos que necessitaram de medicamentos (30%), 67% usaram antidepressivos.

Os pacientes estudados formam pelo menos três subgrupos distintos da população de indivíduos que tentam suicídio. O perfil desses pacientes não é homogêneo. O primeiro subgrupo com características semelhantes aos pacientes que são dispensados do pronto-socorro após tentativa de suicídio. Sua maior gravidade clínica não reflete o desejo de morrer. O segundo subgrupo se apresentam com maior gravidade clínica, associado com maior intencionalidade, estabelecendo íntima relação com os pacientes que cometem suicídio. No terceiro subgrupo estão os pacientes que faleceram em consequência do ato auto-agressivo. No nosso estudo eles foram mais jovens e todos do sexo masculino. Para se ter um melhor conhecimento destes subgrupos, em estudos futuros, pretendemos fazer análise estatística por agrupamentos (cluster analysis).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Arensman, E. & Kerkhof, J. F. M. Classification of Attempted Suicide: A review of Empirical Studies, 1963 - 1993. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 26: 47 - 67, 1996

Banki, CM; M. Papp, Z & Kurcz, M. Biochemical markers in suicidal patients: Investigations with cerebrospinal fluid amine metabolites and neuro-endocrine tests. *Journal of Affective Disorders*, 6: 342 - 350, 1984

Barros, M.B.A. As mortes por suicídio no Brasil. In: *Do Suicídio: Estudos Brasileiros* (R.M.S. Cassorla, org.): 41-59, Campinas - Papyrus, 1991

Beck, AT; Shuyler, D. & Herman, I. Development of suicidal intent scales. In: *The prediction of suicide* (eds. A T Beck; H I P Resnick & D J Lettiani): 45 - 46 - Philadelphia: Charles Press, 1974

Botega, N. J.; Cano, F.; Kohn, S.C; Knoll, A I.; Pereira, W. A B.; Bonarde, M. C. Tentativa de suicídio e adesão ao tratamento: um estudo descritivo em hospital geral. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 44(1): 19-25, 1995

Botega, N J; Bio, M R; Zomignani, M A; Garcia, C Jr. & Pereira, W A B. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Revista de Saúde Pública*, 29(5): 355 - 363, 1995.

Botega, N J; Pereira, W A B; Bio, M R; Garcia, Jr. C; Zomignani, M A. Psychiatric morbidity among medical in-patients: a standardized assessment (GHQ - 12 and CIS - R) using "lay" interviewers in a Brazilian hospital. *Social Psychiatry Epidemiology*. 30: 127 - 131, 1995.

Botega, N J. Suicídio e Tentativa de Suicídio. In: *Manual de Psiquiatria* (Almeida, O. P.; Dratcu, L. & Laranjeira R.) Rio de Janeiro, Guanabara - Koogan, 1996.

Brent, D. A; Kolko, D. J. (1990). The assessment and treatment of children and adolescents at risk for suicide. In: Suicide over the life cycle (Blumenthal, S. J.; Kupfer D. J.) ed.. Washington, D. C.: APA Press: 253 - 302, 1990.

Cassorla, R. M. S. Jovens que tentam suicídio. Tese de doutoramento. Faculdade de Ciências Médicas - UNCIAMP; Campinas - SP, 1981.

Cassorla, R. M. S. Jovens que tentam suicídio - Características demográficas e sociais: um estudo comparativo com jovens normais e com problemas mentais (I). *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 33: 2 - 12, 1984.

Cassorla, R. M. S. O Impacto dos Atos suicidas no Médico e na Equipe de Saúde. *JBM*, 56(3): 84 - 94, 1989.

Cassorla, R. M. S. Comportamentos suicidas na Infância e na Adolescência. In: *Do Suicídio: Estudos Brasileiros* (R M S, Cassorla, org.): 61 -87, Campinas - Papyrus, 1991.

Corney, R. H. Development and use of a short self-rating instrument to screen for psychosocial disorders, *J. R. Coll. Gen. Pract* 38: 263 - 265, 1988.

Dalgalarondo, P. Repensando a Internação Psiquiátrica. A proposta das Unidades de Internação Psiquiátrica de Hospitais Gerais. Tese de mestrado. Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP, Campinas - SP, 1990.

Diekstra, R. F. W. The epidemiology of suicide and parasuicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica: Suppl.* 371: 9 - 20, 1993.

Diekstra, R F W 7 Gulbinat, W. The epidemiology of suicidal behavior: a review of three continents. *Rapp. Trimest. Statist. Sanit. Mond*, 46: 52-68, 1993

Durkheim, É. O suicídio: Estudos sociológicos. Rio de Janeiro, Zattar Editores, 1982

D'Ancona, C. A. L.; Botega, N J; Moraes, C et al. Quality of life after penectomy for penis carcinoma. *Journal of Urology*, 1996.

Endicott, J; Fleiss, J. L; Cohen, J. The Global Assessment Scale (GAS). *Archives of General Psychiatry* 33: 766 - 771, 1976.

Freud, S. (1901). A Psicopatologia da vida cotidiana. In: *Obras completas*, vol. 6, Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda, 1987.

Freud, S. (1917). Luto e Melancolia. In: *Obras Completas*, vol 14, Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda, 1987.

Freud, S. (1920). Além do Princípio do Prazer. In: *Obras Completas*, vol. 18, Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda, 1987.

Galli, E. Neurobiologia del Suicidio. *Psiquiatria Biológica* 3(2): 29 - 32, 1995.

Gelder, M.; Gath, D. & Mayou, R. *Oxford Textbook of Psychiatry*. East Kilbride - M & A Thonson Litho Ltda, , 1983

Goldberg, D; & Williams, P. A user's guide to the General Health Questionnaire. Nfer - Nelson, Windsor, 1988.

Grispoon, L. Suicide - Part. I. The Harvard Medical School Mental Health Newsletter 2: 8, 1986.

Guilon, C. & Bormnec, Y. Suicídio: modo de usar. Lisboa: Antígona, 1985.

Hankoff, L. D. Categories of Attempted Suicide: A Longitudinal Study. *American Journal of Public Health*, 66, 558 - 563, 1976.

Heikkinen, M. E.; Isometsä, E. T.; Marttunen, M. J.; Aro, M. H. & Lönnqvist, J. K. Social Factors in Suicide. *British Journal of Psychiatry*, 167: 747-753, 1995.

Henderson, S. & Lance, G. N. Types of attempted suicide (parasuicide). *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 59: 31 - 39, 1979.

Henderson, A S. *An Introduction to Social Psychiatry*. Biddles Ltd, Guildforde and King's Lynn - Great Britain, 1988

Hendin, H. The psychodynamics of suicide. *International Review of Psychiatry*, 4: 157 - 167, 1992.

Kaplan & Sadock. *Compêndio de psiquiatria, segunda edição* - Porto Alegre - Artes Médicas: 477 - 489, 1990.

Kiev, A. Cluster Analysis Profiles of Suicide Attempters. *American Journal Psychiatry*, 133: 150 - 153, 1976.

Klein, M. (1934). Uma contribuição à psicogenese dos estados maníacos depressivos In: *Contribuições à psicanálise*, São Paulo - Mestre Jou, 1970.

Knaus, W. A.; Draper, E. A.; Wagner, D. P.; Zimmerman, J. E. APACHE II: A severity of disease classification system. *Crit Care Med* 13: 818 - 828, 1985.

Knobel, M. Sobre a morte, o morrer e o suicídio. In: *Do Suicídio* (R M S Cassorla, org.), Campinas, Papyrus, 1991.

Kreitmann, N. - *Parasuicide*. London: John Wiley & Sons Ltd., 1977.

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

Kurz, A.; Möller, H. J.; Baidl, G.; Bürk, F.; Torhorst, A; Wächtler, C. & Lauter, H. Classification of Parasuicide by Cluster Analysis: Types of Suicidal Behaviour. Therapeutic and Prognostic Implications. *British Journal of Psychiatry*, 150: 520 - 525, 1987.

Magdaleno R. Jr.; Botega, N. J. Interconsulta psiquiátrica no Hospital Geral Universitário: um ano no HC - UNICAMP. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 40: 95 - 98, 1988.

Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde (Sistema de Informação de Óbitos), 1991.

Moens, G F G. Aspects of the epidemiology and prevention of suicide. Leuven: Leuven University Press, 1990.

Nitrini, R. & Bacheschi, L. A. A Neurologia que todo médico deve saber - São Paulo: Maltense: 108 -157, 1991.

Overall, J E; Gorhn, D. R. The Brief Psychiatry Rating Scale. Psychological Report, 10: 799 - 812, 1962.

O'Donnel, I & Farmer, R.. D. T. Suicidal acts on metro systems: a international perspective. Acta Psychiatrica Scandinavica, 86: 60 - 63, 1992.

Pasquali, L. & Bucher, R. E. Tentativas de suicídio segundo sexo e idade. Acta Psiquiatrica Psicologica de América Latina, 27: 39 - 43, 1981.

Pérez, L. de la P.; Brizuela, R. E. G.; Pérez, Lincoln de la P.; Garcia, C. R.; Bernal, D. R. y Vera, R. G. Aspectos clínicos y diagnóstico psiquiátrico de casos com intento suicida ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos. Revista Cubana de Medicina. 26: 532 - 538, 1987.

Platt, S.; Bille-Brahe, U; Kerdfhof, A. Parasuicide in Europe: The WHO/EURO multicentre study on parasuicide I. Introduction and preliminary analysis for 1989. Acta Psychiatrica, Scandinavica. 85: 97 - 104, 1992.

Retterstol, N. Suicide: a European Perspective. Cambridge: Cambridge University Press, 1993.

Roy, A.; Pickar, D.; Dejceng, J.; Karown, F.; Linnoila, M. Suicidal behavior in depression: relationship to noradrenergic function. Biological Psychiatry 25: 341 - 350, 1989.

Roy, A.; Lamparski, D.; Dejong, J.; Karown, F. & Linnoila, M. CSF monamine metabolites in alcoholic patients who attempt suicide. Acta Psychiatrica Scandinavica. 81: 58 - 61, 1990.

Roy, A. Are there genetic factors in suicide? International Review of Psychiatry, 4: 169 - 175, 1992.

Sistema de Informação de Óbitos. Secretaria Municipal de Saúde - Prefeitura de Campinas. Campinas - SP, 1990 - 1995.

Schmidtke, A. WHO/EURO Multicentre study of parasuicide. WHO, Copenhagen, 1989.

Shaffi, M.; Canigan, S.; Whittinghill, R. & Denick, A. Psychobiological autopsy of completed suicides in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 142: 1061 - 1064, 1985.

SPSS Inc. SPSS/PC + 4.0 base manual. SPSS Inc. Chicago. Willians, P; Tarnopolsky, A; Hand, D (1980). Case definition and case identification in psychiatric epidemiology: review and assessment. *Psychology Medical* 13: 907 - 921, 1990.

Stengel E. Suicide & Attempted suicide. United Kingdon: Penguin Books, 1970.

Stevenson, J. M. Suicide In: Textbook of Psychiatry (Talbot Helis & Judofsky). The American Psychiatric Press, 1988.

Teasdale, G.; Jennett, B. Assessment of coma and impaired consciousness: a practical Scale. *Lancet* 2: 81 - 84, 1974.

Tishler, C.; Mackenry, P. & Morgan, k. Adolescent suicide attempts: some significant factors. *Suicide of Life Threatening Behavioural*, 11: 86 - 92, 1981

Tsuang, M. T. Risk of suicide in the relatives of schizophrenics, maniacs, depressives, and controls. *Journal of Clinical Psychiatry*, 44: 396 - 400, 1983.

Vann Praag, H. Biological suicide research: outcome and limitations. *Biological Psychiatry*, 21: 1305 - 1323, 1986.

Vieira, R. J. A enfermagem de emergência do HC - UNICAMP e o atendimento dos intoxicados .Tese de doutoramento - Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, Campinas - SP, 1994.

Werth Jr. J. L. Rational suicide? Washington: Taylor & Francis, 1996.

World Health Organization. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. The ICD 10 Classification of Mental and Behavioural Disorders, WHO, Geneva, 1992.

Zigmond, A S & Snaith, R. P. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 67: 361 - 370, 1983.

QTS
QUESTIONÁRIO DE TENTATIVA DE SUICÍDIO

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

Local da entrevista:.....

Entrevistador:.....

I- IDENTIFICAÇÃO

Nome:.....

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

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

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

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

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

Frequênta escola atualmente: () não () sim

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

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

Endereço:.....Número.....Bairro.....

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

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

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

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

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

Com quem reside atualmente?

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

No último ano, onde residiu?.....

Com quem residiu no último ano?.....

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

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

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

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

II - CARACTERIZAÇÃO DA TS

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

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

Quem acompanhou paciente no PS?.....

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

Relação entre ingestão de álcool e TS

0 - alguma ingestão prévia, mas s/ relação com TS ou nenhuma ingestão prévia.

1 - ingestão insuficiente para deteriorar a capacidade de julgamento, diminuindo a responsabilidade

2 - ingestão intencional de álcool para facilitar e levar a cabo a TS.

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

- X60 - Auto-envenenamento e exposição intencionais a analgésicos não opíacos, antipiréticos e anti-reumáticos.
- X61 - Auto-envenenamento, exposição intencionais a drogas anti-epiléticas sedativos-hipnóticas, antiparkinsonianas e psicotrópicas.
inclui: antidepressivos, barbitúricos, neurolépticos, psicoestimulantes.
- X62 - Auto-envenenamento e exposição intencionais a narcóticos e psicodislépticos(alucinógenos), não classificados em outros locais.
inclui: cannabis(derivados), cocaína, codeína, heroína, ácido lisérgico (LSD), mescalina, metadona,ópio(alcaloides)
- X63 - Auto-envenenamento, exposição intencionais a outras drogas que atuam no sistema nervoso autônomo.
- X64 - Auto-envenenamento e exposição intencionais a outras drogas e substâncias biológicas.
- X65 - Auto-envenenamento e exposição intencionais ao álcool.
- X66 - Auto-envenenamento e exposição intencionais a solventes orgânicos e hidrocarbonos halogenados e seus vapores.
- X67 - Auto-envenenamento e exposição intencionais a outros gases e vapores
Inclui: monóxido de carbono, gás utilitário
- X68 - Auto-envenenamento e exposição intencionais a pesticidas.
- X69 - Auto-envenenamento e exposição intencionais a outras substâncias químicas e nocivas.
Inclui: aromáticos corrosivos, ácidos e álcalis cáusticos.
- X70 - Autolesão intencional por enforcamento, estrangulamento e sufocação
- X71 - Autolesão intencional por afogamento e submersão
- X72 - Autolesão intencional por descarga de arma de mão
- X73 - Autolesão intencional por descarga de rifle, espingarda, arma de fogo maior.
- X74 - Autolesão intencional por descarga de outra arma de fogo.
- X75 - Autolesão intencional por material explosivo.
- X76 - Autolesão intencional por fogo e chamas.
- X77 - Autolesão intencional por vapor, vapores quentes e objetos quentes.
- X78 - Autolesão intencional por objeto cortante.
- X79 - Autolesão intencional por objeto contundente.
- X89 - Autolesão intencional por pular de um lugar alto.
- X81 - Autolesão intencional por pular ou deitar-se ante um objeto móvel.
- X82 - Autolesão intencional por batida de veículo motor.
- X83 - Autolesão intencional por outros meios especificados.
Inclui: batida de aeronave, eletrocussão, substâncias cáusticas(não envenenamento).
- X84 - Autolesão intencional por meios não especificados.

III - Escala de INTENCIONALIDADE SUICIDA - IS

1. Havia alguma pessoa no local ou próximo que pudesse socorrer?
 - 0 - havia alguém no local
 - 1 - havia alguém próximo ou acessível(ex.vizinho,telefone,etc.)
 - 2 - ninguém próximo ou em contato
2. No momento da tentativa foi tal que:
 - 0 - alguém muito provavelmente poderia intervir
 - 1 - provisão de socorro era pouco provável
 - 2 - socorro era altamente improvável
3. Precauções tomadas contra descoberta/intervenção.
 - 0 - nenhuma
 - 1 - precaução passiva(evitou outros, mas nada fez para impedi-los,ex.no quarto mas sem trancar a porta.
 - 2 - precaução ativa(ex.trancou a porta com chave)
4. Durante, ou logo após a TS, solicitou algum tipo de ajuda?
 - 0 - avisou alguém ou pediu ajuda
 - 1 - entrou em contato com alguém, mas nada falou sobre TS
 - 2 - não houve contatos nem avisos
5. Antes da TS fez algum arranjo(algo em relação a amigos, parentes,negócios), tendo em vista que ia morrer?
 - 0 - nenhuma
 - 1 - pensou a esse respeito, ou fez algum arranjo parcial
 - 2 - arranjos bem definidos(ex.presentes, cartas, negócios, etc...)
6. Grau de preparação(detalhes,execução) da tentativa:
 - 0 - nenhuma
 - 1 - mínimo ou moderado
 - 2 - ampla em detalhes.
7. Pensou, ou deixou, alguma carta ou mensagem de despedida?
 - 0 - não pensou, nem deixou
 - 1 - pensou em, ou só começou, ou foi escrita e rasgada
 - 2 - deixou carta/mensagem
8. Durante o último ano, comentou com alguém a intenção de suicídio?
 - 0 - não comentou
 - 1 - deu a entender, mas não de maneira clara (ex."estou cansado","não vejo mais sentido nas coisas".
 - 2 - comunicação clara("vou me matar", "vou tomar veneno.)
9. O que você tinha em mente ao fazer o que fez?
 - 0 - manipular
 - 1 - descansar
 - 2 - morrer
- 10.Você achou que tinha pouca ou muita chance de morrer?
 - 0 - paciente pensou que a morte era improvável, ou não pensou a respeito.
 - 1 - paciente pensou que a morte era possível mas não provável
 - 2 - paciente pensou que a morte era provável e certa.
- 11.Se **OVERDOSE**: você pensou que a quantidade de remédio que tomou era mais ou menos do que a quantidade que poderia matá-lo?
OUTRO: você teve idéia de outras maneiras de fazer o que fez? Elas seriam, em sua opinião mais ou menos perigosas?
 - 0 - paciente pensou que o método poderia ser menos letal para si próprio, ou não pensou a respeito.
 - 1 - paciente não estava muito certo quanto ao método ser letal, ou pensou que poderia ser letal.
 - 2 - o método excedeu ou igualou ao que paciente pensou ser letal.
- 12.Você acha que o que você fez foi uma tentativa de por fim(acabar) com sua vida?
 - 0 - o paciente não considerou o ato como sendo uma grave tentativa para por fim a sua vida
 - 1 - o paciente estava incerto do ato ser uma grave tentativa para por fim a sua vida
 - 2 - o paciente considerou ato sendo uma grave tentativa para por fim a sua vida.
- 13.Você queria mais viver do que morrer? Fazia diferença para você continuar vivo ou morrer?
 - 0 - paciente não queria morrer
 - 1 - paciente não fazia questão de
 - 2 - paciente queria morrer viver ou morrer
- 14.Você achou que, depois de ter feito o que fez, poderia ser salvo(a) por um médico, caso fosse socorrido(a)?
 - 0 - paciente pensou que a morte seria improvável se recebesse cuidados médicos
 - 1 - paciente estava incerto se a morte poderia ser evitada com cuidados médicos
 - 2 - paciente tinha certeza da morte, ainda que recebesse cuidados médicos.
- 15.Você já vinha pensando em fazer o que fez? Há quanto tempo? Ou foi algo impulsivo, que você não tinha planejado?
 - 0 - nenhum tempo, impulsivo
 - 1 - ato planejado por pelo menos três horas antes da tentativa.
 - 2 - ato planejado por mais de três horas.

IV - MOTIVAÇÃO PARA TS

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

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

1. **Seus pensamentos estavam tão insuportáveis, que você não conseguia mais aguentá-los?**
() não () sim, um pouco () sim, muito
2. **Você queria mostrar para alguma pessoa o quanto você gosta dela?**
() não () sim, um pouco () sim, muito
3. **Você acha que perdeu o controle sobre você mesmo, e chega a não entender por que fez isto?**
() não () sim, um pouco () sim, muito
4. **A situação estava tão insuportável, que você não conseguiu achar outra saída?**
() não () sim, um pouco () sim, muito
5. **Você queria ficar longe de seu problemas, dar um tempo?**
() não () sim, um pouco () sim, muito
6. **Você queria que outras pessoas soubessem o quanto você se sente desesperado?**
() não () sim, um pouco () sim, muito
7. **Você queria morrer?**
() não () sim, um pouco () sim, muito
8. **Você queria pedir ajuda a mais alguém?**
() não () sim, um pouco () sim, muito
9. **Você queria saber se realmente alguém se importava com você?**
() não () sim, um pouco () sim, muito
10. **Você queria que alguém sofresse por algo que te fez, queria se vingar?**
() não () sim, um pouco () sim, muito
11. **Você queria fazer alguém se sentir culpado por alguma coisa?**
() não () sim, um pouco () sim, muito
12. **Você queria convencer alguém a mudar a maneira de pensar?**
() não () sim, um pouco () sim, muito
13. **Você achava que estava sendo um peso para outras pessoas?**
() não () sim, um pouco () sim, muito
14. **Você só queria dormir, descansar um pouco?**
() não () sim, um pouco () sim muito.

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

1. O senhor está satisfeito/contente com as condições em que está **morando**?
() satisfeito () um pouco insatisfeito () insatisfeito () muito insatisfeito
O que acontece(u)?.....
Quando ou há quanto tempo vem ocorrendo?.....
2. O senhor está satisfeito com o seu **emprego** (ou situação de.....)?
() satisfeito () um pouco insatisfeito () insatisfeito () muito insatisfeito
O que acontece(u)?.....
Quando ou há quanto tempo vem ocorrendo?.....
3. O senhor está passando dificuldades para **pagar contas** ou comprar o que necessita?
() nenhuma dificuldade () pequena dificuldade () moderada dificuldade () dificuldade marcante
O que acontece(u)?.....
Quando ou há quanto tempo vem ocorrendo?.....
4. O senhor está tendo dificuldades para se **relacionar com alguma pessoa que é importante** para o senhor (p.ex. algum parente, amigo, excluindo companheira)?
() nenhuma dificuldade () pequena dificuldade () moderada dificuldade () dificuldade marcante
O que acontece(u)?.....
Quando ou há quanto tempo vem ocorrendo?.....
5. O senhor está satisfeito com sua **vida social**, quer dizer, sair para encontrar e conversar com colegas e amigos, sair de casa para ir a uma festa, igreja, etc.....?
() satisfeito () um pouco insatisfeito () insatisfeito () muito insatisfeito
O que acontece(u)?.....
Quando ou há quanto tempo vem ocorrendo?.....
6. O senhor se sente **sozinho**?
() nunca () às vezes () freqüentemente () sempre
O que acontece(u)?.....
Quando ou há quanto tempo vem ocorrendo?.....
7. De um modo geral, o senhor está satisfeito com a vida que leva com sua **esposa/companheira**?
() satisfeito () um pouco insatisfeito () insatisfeito () muito insatisfeito
O que acontece(u)?.....
Quando ou há quanto tempo vem ocorrendo?.....
8. Há dificuldades na sua **vida íntima (sexual)** com a esposa/companheira?
() nenhuma dificuldade () pequena dificuldade () moderada dificuldade () dificuldade marcante
O que acontece(u)?.....
Quando ou há quanto tempo vem ocorrendo?.....
9. Nesse último ano, o senhor chegou a se sentir tão chateado com o casamento, que pensou em **se separar**?
() nunca () às vezes () freqüentemente () separação ocorreu/ou está em curso
O que acontece(u)?.....
Quando ou há quanto tempo vem ocorrendo?.....

10. O senhor se sente mal por **não ter uma esposa ou companheira** ao seu lado?
 não se sente mal um pouco mal bem mal péssimo
 O que acontece(u)?.....
 Quando ou há quanto tempo vem ocorrendo?.....
11. O senhor está tendo alguma dificuldade para se relacionar com alguma **pessoa que mora com o senhor** (excluindo companheira)?
 nenhuma dificuldade pequena dificuldade moderada dificuldade dificuldade marcante
 O que acontece(u)?.....
 Quando ou há quanto tempo vem ocorrendo?.....
12. O senhor está tendo algum **problema de saúde** que precise de tratamento?
 nenhum problema pequeno problema problema moderado problema grave
 O que acontece(u)?.....
 Quando ou há quanto tempo vem ocorrendo?.....
13. Além do que eu já perguntei, o senhor esta tendo algum outro problema?
 .1 - pai/mãe/irmão
 .2 - filhos
 .3 - estudo
 .4 - desemprego/demissão
 .5 - gravidez (desejada / indesejada)
 .6 - aborto (espontâneo / provocado)
 .7 - polícia/justiça
 .8 - álcool/drogas
 .9 - algum outro. Especifique:.....

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

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

VI- DOENÇA FÍSICA

Você teve alguma doença recente ou incapacidade física recente?

() não () sim. Qual?.....
.....
.....

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

() não () sim. Qual?.....
.....
.....

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

Faz algum tratamento, toma algum remédio?

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

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

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

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

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

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

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

Você já sofreu algum (ou +) acidente que necessitasse de assistência médica?

() não () sim. Detalhe:.....
.....
.....

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

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

VII- DOENÇA MENTAL

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

não sim.

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

não sim.

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

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

não sim. De que maneira?.....

Atualmente em acompanhamento psicológico/psiquiátrico?

não sim. Especifique?.....

No último mês, usou algum psicotrópico?

não sim Qual(s)?.....

Tratamento psicológico/psiquiátrico **anterior**?

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

História de abuso de álcool no **último mês**?

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

História de abuso de drogas no **último mês**?

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

VIII - OUTRAS TENTATIVAS DE SUICÍDIO

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

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

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

Para cada tentativa de suicídio anterior, responda:

Quando você fez isto e como foi?

- 1a ____/____/____
- 2a ____/____/____
- 3a ____/____/____
- 4a ____/____/____
- 5a ____/____/____

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

Recebeu tratamento em hospital geral?(S ou N)

Recebeu ajuda profissional (psicólogo, psiquiatra, padre, pastor ,outros)

Internação Psiquiátrica

- | | | |
|----------|-------|-------|
| 1a _____ | _____ | _____ |
| 2a _____ | _____ | _____ |
| 3a _____ | _____ | _____ |
| 4a _____ | _____ | _____ |
| 5a _____ | _____ | _____ |

Como você se sentiu após a(s) última(s) tentativa(s) de suicídio(não incluindo a atual)?

.....

.....

.....

.....

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

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

IX - REDE DE APOIO SOCIAL

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

1 - Dentre as pessoas que moram com você.

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

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

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

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

() não () sim. Quantos?.....

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

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

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

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

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

() não () sim. Quem?.....

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

() não () sim. Quem?.....

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

() não () sim. Qual?.....

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

() não () sim. Qual?.....

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

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

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

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

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

(só para solteiros) Tem namorado(a)?

() não () sim. Há quanto tempo?.....

EXAME DO ESTADO MENTAL (BPRS)

NA. não avaliado

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

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

<p>1. Preocupações somáticas: Intensidade das preocupações atuais a respeito da saúde física. Julgar quanto a saúde física preocupa o paciente, qualquer que seja o fundamento das queixas. <i> você tem se preocupado muito em relação a sua saúde física, a saúde de seu corpo?</i></p>	
<p>2. Ansiedade: Inquietação, temor, ou preocupações exageradas quanto ao presente ou futuro. Considerar apenas o que o próprio doente relata de suas experiências subjetivas. Não deduzir a ansiedade de sinais físicos ou de mecanismos de defesa. <i> você tem se sentido nervoso,, preocupado ou agoniado?</i></p>	
<p>3. Depressão: Tristeza, desânimo, sentir-se infeliz, anedonia (perda da capacidade de sentir prazer). Preocupações com assuntos depressivos, desesperança, perda da auto-estima. Não inclui sintomas vegetativos, debilitamento global ou retardo motor. <i> você tem se sentido triste, infeliz ? Tem perdido o interesse pelo trabalho, diversões ou contactos sociais? Sente-se desanimado?</i></p>	
<p>4. Desorientação: Confusão entre pessoas, lugares e sequência de acontecimentos. Considerar as impressões de irrealidade, de medo difuso, e as dificuldades de compreensão de uma situação banal. <i> qual a sua idade?. qual a data de hoje (dia da semana, dia do mês, ano)? em que lugar estamos?</i></p>	
<p>5. Sentimentos de Culpa: Preocupações exageradas ou remorsos a respeito de comportamento passado. Anote apenas o que o paciente comunica. Não inferir ou supor os sentimentos do paciente a partir do humor deprimido, da ansiedade ou de defesas neuróticas. <i> você tem se preocupado muito com problemas do passado? você tende a se culpar por coisas que já aconteceram? você se sente muito envergonhado por coisas que fez no passado?</i></p>	
<p>6. Desconfiança: Crença expressa ou aparente (delirante ou não) de que pessoas tem ou tiveram no passado intenções más ou de rejeição, discriminação para com o doente. Incluir perseguição por forças ou agências sobrenaturais ou não humanas (p. ex. demônio, etc) <i> você acha que existem pessoas que querem prejudicar você? você tem se sentido incomodado por que pessoas estariam lhe observando ? você anda preocupado com as intenções das outras pessoas em relação a você?</i></p>	
<p>7. Pensamentos não habituais: Idéias insólitas, esquisitas, estranhas ou extravagantes. Avaliar o grau de extravagância e não o grau de desorganização do discurso. Incluir delírios (claramente falsos e absurdos), inserção, roupo ou publicação do pensamento. Incluir delírios persecutórios, de grandeza, somáticos, mesmo se incluídos em outros itens. <i> as coisas (ou o que tem acontecido) têm um sentido especial para você? o que você tem visto na tv ou ouvido do rádio tem algo a ver em especial com você? como você explica essas coisas que tem acontecido? você tem sentido que existe alguma força ou alguma pessoa que esteja controlando você?</i></p>	
<p>8. Grandiosidade, Megalomania: Avaliação exagerada de si mesmo, Convicção de ser extraordinariamente dotado e poderoso, ou no caso de que o paciente se identifique como alguém rico, poderoso ou famoso. Fazer a avaliação somente de acordo com o que o paciente declara sobre si mesmo. <i> você tem algum poder ou habilidade especial? Há algum objetivo especial ou missão na sua vida? você pensa que é alguém rico ou famoso?</i></p>	

<p>9. Alucinações: Percepções sem presença de estímulo externo. Incluir apenas as experiências descritas como nitidamente distintas do pensamento e imaginação normais. Incluir "pensamentos sonoros". <i>you have heard noises or voices of people talking, even when no one is near you? you have had visions or feelings of things that other people do not notice? these experiences (these things) have troubled you in your daily life?</i></p>	
<p>10. Hostilidade: Animosidade, desprezo, agressividade, beligerância, ameaças, brigas, desdém em relação aos outros ou outras atitudes hostis. Não deduzir a hostilidade de defesas neuróticas, da ansiedade ou de queixas somáticas. Não incluir raiva apropriada a situação. <i>you have had problems (irritations, fights) with people? you have been irritated? you have been involved in fights or discussions?</i></p>	
<p>11. Desorganização conceitual: Grau de confusão, de incoerência, de desorganização dos processos ideativos. Avaliar as perturbações a nível da produção verbal. Incluir tangencialidade, circunstancialidade, mudanças abruptas de tópico, descarrilhamento do pensamento, bloqueio do pensamento, neologismos e outros distúrbios de linguagem. Não incluir conteúdo do pensamento.</p>	
<p>12. Excitação: Elevação da tonalidade emocional, agitação, aumento da reatividade, impulsividade. Levar em consideração a precipitação excessiva na fluência das palavras e a elevação do tom.</p>	
<p>13. Retardamento motor: Redução e lentidão dos movimentos, diminuição do número de movimentos corporais espontâneos, diminuição do tonus, raridade dos gestos. Avalie apenas o comportamento objetivo do paciente. Avalie independente do uso de medicação.</p>	
<p>14. Embotamento afetivo: Diminuição do grau de expressão emocional da face, da voz e dos gestos. Indiferença marcante ou embotamento mesmo discutindo temas tensos ou estimulantes. Redução do tono emocional, impressão de falta de sensibilidade ou de participação afetiva.</p>	
<p>15. Tensão: Manifestações físicas e/ou motoras observáveis de tensão, nervosismo ou agitação. Não se basear nos sentimentos de tensão que o doente afirma experimental (que devem ser registrados no ítem "ansiedade").</p>	
<p>16. Maneirismo e atitude: Comportamento não usual ou bizarro, movimentos estilizados. Atos ou posturas claramente inapropriados. Não levar em conta aqui uma simples hiperatividade motora.</p>	
<p>17. Não cooperação (negativismo): Sinais manifestos de resistência, de inimizade, de ressentimento e de falta de empenho em colaborar com o interlocutor. Avaliar apenas o negativismo observado durante a entrevista, e não considerar a falta de cooperação em relação a família ou amigos.</p>	
<p>18. Retraimento afetivo: Falta de contacto afetivo com o interlocutor durante a entrevista. Em que medida o paciente dá a impressão de não poder (ou querer) estabelecer um contacto afetivo durante a entrevista.</p>	
<p>Sub-total de Pontos até aqui:</p>	
<p>19. Tendência suicida: Desejo, intenção ou mesmo atos no sentido de se destruir ou se matar. <i>do you feel that life is not worth living? do you have thoughts of death? do you think about killing yourself? do you have plans to kill yourself?</i></p>	
<p>20. Descuido com si mesmo, auto-negligência: Higiene, aparência ou comportamento ao se alimentar abaixo daquilo que se é esperado no meio sócio-cultural do paciente. <i>how many times a week do you take a bath? how many times a week do you change your clothes? does anyone tell you to wash your hair, to change your clothes, to keep your clothes clean?</i></p>	
<p>21. Comportamento bizarro: Relato de comportamentos estranhos, esquisitos ou psicoticamente criminosos. Não limitado ao momento da entrevista. Exclui maneirismo, posturas, verbalizações ou conteúdos bizarros, dos sintomas. <i>do you have done things that have attracted attention from others? have you done things that you would like to bring to the attention of the police? have you done anything that seems strange, or that troubles other people?</i></p>	
<p>22. Humor elevado: Um sentimento difuso, mantido e exagerado de bem estar, de euforia, de alegria, e otimismo que são incompatíveis com as circunstâncias. Não infra elação apenas do aumento da atividade ou de afirmações grandiosas. <i>do you feel more happy or excited than most people? how long has this feeling lasted? do you feel more happy or excited than most people? do other people comment on your behavior?</i></p>	
<p>23. Hiperatividade motora: Aumento no nível de energia evidenciado por movimentos mais frequentes ou mais rápidos, ou discurso mais rápido. (Ao avaliar este ítem considere os 10-15 minutos de sintomatologia mais severa).</p>	
<p>24. Sintomas religiosos ou místicos: Delírios ou alucinações religiosos ou místicos, idéias sobrevalorizadas de conteúdo religioso, intensas e um tanto destoantes do contexto sócio-cultural do paciente. Idéias de ter estado possuído por entidade sobre-natural (como o demônio, um orixá ou o espírito santo). <i>do you feel that something supernatural (of the religious type) has happened to you? do you feel that God (Jesus, the Holy Spirit) or the devil is influencing you? do you feel especially connected to God (Jesus, etc)?</i></p>	
<p>25. Tendência a distração: Graus observados de interrupção ou desvio do discurso ou da ação por estímulos externos mínimos. A atenção do paciente é facilmente desviada por ruídos na sala vizinha, por coisas na mesa ou na sala, pela roupa do entrevistador. Não inclui preocupações devidas a delírios ou outros pensamentos.</p>	

XI - HAD E CHO

nome: _____ número: _____

ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO - HAD

Este questionário ajudará o seu médico a saber como você está se sentindo. Leia todas as frases. Marque com um "x" a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na última semana.

Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito.

Marque apenas uma resposta para cada pergunta.

0	A	Eu me sinto tenso ou contraído:	() A maior parte do tempo	0	A	Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:	() Sim, quase sempre
1	3	() Boa parte do tempo	() Sim, do mesmo jeito que antes	1	1	() Muitas vezes	() Muitas vezes
2	2	() De vez em quando	() Não tanto quanto antes	2	2	() Poucas vezes	() Poucas vezes
3	0	() Nunca	() Já não sinto mais prazer em nada	3	3	() Nunca	() Nunca
D	D	Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:	() Sim, do mesmo jeito que antes	0	A	Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:	() Nunca
0	0	() Não tanto quanto antes	() Não tanto quanto antes	1	1	() De vez em quando	() Quase sempre
1	2	() Só um pouco	() Já não sinto mais prazer em nada	2	2	() Muitas vezes	() Muitas vezes
2	1	() Já não sinto mais prazer em nada	() Já não sinto mais prazer em nada	3	3	() De vez em quando	() De vez em quando
3	0	() Já não sinto mais prazer em nada	() Já não sinto mais prazer em nada	0	0	() Nunca	() Nunca
A	A	Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:	() Sim, e de um jeito muito forte	0	A	Eu perdi o interesse em cuidar de minha aparência:	() Completamente
3	3	() Sim, e de um jeito muito forte	() Sim, mas não tão forte	1	1	() Não estou mais me cuidando como eu deveria	() Não estou mais me cuidando como eu deveria
2	2	() Sim, mas não tão forte	() Um pouco, mas isso não me preocupa	2	2	() Talvez não tanto quanto antes	() Talvez não tanto quanto antes
1	1	() Um pouco, mas isso não me preocupa	() Não sinto nada disso	3	3	() Me cuido do mesmo jeito que antes	() Me cuido do mesmo jeito que antes
0	0	() Não sinto nada disso	() Não sinto nada disso	0	0	() Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:	() Sim, demais
D	D	Deu risada e me divertei quando vejo coisas engraçadas:	() De mesmo jeito que antes	0	A	Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:	() Bastante
0	0	() De mesmo jeito que antes	() Atualmente um pouco menos	1	1	() Sim, demais	() Bastante
1	3	() Atualmente um pouco menos	() Atualmente bem menos	2	2	() Bastante	() Um pouco
2	2	() Atualmente bem menos	() Não consigo mais	3	3	() Um pouco	() Não me sinto assim
3	0	() Não consigo mais	() Não consigo mais	0	0	() Não me sinto assim	() Não me sinto assim
A	A	Estou com a cabeça cheia de preocupações:	() De mesmo jeito que antes	0	D	Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir:	() De mesmo jeito que antes
3	3	() De mesmo jeito que antes	() Atualmente um pouco menos	1	1	() De mesmo jeito que antes	() Um pouco menos do que antes
2	2	() Atualmente um pouco menos	() Atualmente bem menos	2	2	() Um pouco menos do que antes	() Bem menos do que antes
1	1	() Atualmente bem menos	() Não consigo mais	3	3	() Bem menos do que antes	() Quase nunca
0	0	() Não consigo mais	() Não consigo mais	0	0	() Quase nunca	() Quase nunca
D	D	Estou com a cabeça cheia de preocupações:	() De mesmo jeito que antes	0	A	De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:	() A quase todo momento
0	0	() De mesmo jeito que antes	() Atualmente um pouco menos	1	1	() A quase todo momento	() Várias vezes
1	3	() Atualmente um pouco menos	() Atualmente bem menos	2	2	() Várias vezes	() De vez em quando
2	2	() Atualmente bem menos	() Não consigo mais	3	3	() De vez em quando	() Não sinto isso
3	0	() Não consigo mais	() Não consigo mais	0	0	() Não sinto isso	() Não sinto isso
A	A	Eu me sinto alegre:	() Nunca	0	D	Consigo sentir prazer quando assisto um bom programa de televisão, de rádio, ou quando leio alguma coisa:	() Quase sempre
3	3	() Nunca	() Poucas vezes	1	1	() Quase sempre	() Várias vezes
2	2	() Poucas vezes	() Muitas vezes	2	2	() Várias vezes	() Poucas vezes
1	1	() Muitas vezes	() A maior parte do tempo	3	3	() Poucas vezes	() Quase nunca
0	0	() A maior parte do tempo	() A maior parte do tempo	0	0	() Quase nunca	() Quase nunca

ULTIMAMENTE...

1. Você tem sido capaz de manter a atenção nas coisas que está fazendo ?

melhor do que de costume	o mesmo de sempre	menos do que de costume	muito menos do que de costume
-----------------------------	----------------------	----------------------------	----------------------------------

2. Você tem perdido o sono por preocupação ?

de jeito nenhum	não mais que de costume	um pouco mais que de costume	muito mais que de costume
--------------------	----------------------------	---------------------------------	------------------------------

3. Você sente que está tendo um papel útil na vida que você está levando ?

mais do que de costume	o mesmo de sempre	menos útil que de costume	muito menos útil que de costume
---------------------------	----------------------	------------------------------	------------------------------------

4. Você tem se sentido capaz de tomar decisões ?

mais capaz do que de costume	o mesmo de sempre	menos capaz que de costume	muito menos capaz que de costume
---------------------------------	----------------------	-------------------------------	-------------------------------------

5. Você tem se sentido agoniado e tenso com frequência ?

de jeito nenhum	não mais do que de costume	um pouco mais do que de costume	muito mais do que de costume
--------------------	-------------------------------	------------------------------------	---------------------------------

6. Você tem notado que está difícil superar suas dificuldades?

de jeito nenhum	não mais do que de costume	mais difícil do que de costume	muito mais difícil que de costume
--------------------	-------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------

7. Você tem sido capaz de apreciar suas atividades normais do dia-a-dia ?

mais do que de costume	o mesmo de sempre	menos do que de costume	muito menos do que de costume
---------------------------	----------------------	----------------------------	----------------------------------

8. Você tem sido capaz de enfrentar seus problemas ?

mais capaz do que de costume	o mesmo de sempre	menos capaz que de costume	muito menos capaz que de costume
---------------------------------	----------------------	-------------------------------	-------------------------------------

9. Você tem se sentido triste e deprimido ?

de jeito nenhum	não mais do que de costume	um pouco mais do que de costume	muito mais do que de costume
--------------------	-------------------------------	------------------------------------	---------------------------------

10. Você tem perdido a confiança em você mesmo ?

de jeito nenhum	não mais do que de costume	um pouco mais do que de costume	muito mais do que de costume
--------------------	-------------------------------	------------------------------------	---------------------------------

11. Você tem se achado uma pessoa sem muito valor ?

de jeito nenhum	não mais do que de costume	um pouco mais do que de costume	muito mais do que de costume
--------------------	-------------------------------	------------------------------------	---------------------------------

12. Você tem se sentido feliz, de um modo geral ?

mais do que de costume	o mesmo de sempre	menos feliz que de costume	muito menos feliz que de costume
---------------------------	----------------------	-------------------------------	-------------------------------------

XII - SOBRE A FAMÍLIA

PAIS

1. Por quem você foi criado(a)?
.....
2. Seus pais estão vivos?
 não sim. Quando ele/ela morreram?
 infância adolescência adulto último ano
3. Seu pai/mãe morreram por suicídio?
 não sim
4. Seus pais estão separados?
 não sim. Quando seus pais se separaram?
 infância adolescência adulto último ano
5. Seus pais têm problemas psiquiátricos?
 não sim. Já ficaram internados em hospital psiquiátrico?
 não sim. Em que período de sua vida?
 infância adolescência adulto último ano
6. Seu pai ou sua mãe se ausentaram de casa por longo período de tempo quando você era criança?
 não sim. Por que?.....
7. Seus pais já fizeram uso abusivo de bebida alcoólica, de algum tipo de drogas ou medicamentos por um ano ou mais?
 não sim. Qual período de sua vida?
 infância adolescência adulto último ano.
8. Alguma vez você foi maltratado fisicamente(levar surra, ser espancado, tendo sido machucado) pelo seu pai ou sua mãe?
 não sim. Qual período de sua vida?
 infância adolescência adulto último ano
9. Alguma vez seu pai ou sua mãe abusou de sua inocência, se aproveitando de você maliciosamente(abuso sexual)?
 não sim. Qual período de sua vida?
 infância adolescência adulto último ano
10. Seus pais brigavam/brigam muito?
 não sim. Qual período de sua vida?
 infância adolescência adulto último ano
11. Você chegou(ou chega) a odiar seu pai ou sua mãe?
 não sim. Qual período de sua vida?
 infância adolescência adulto último ano
12. Há algum outro problema relacionado a seus pais que influenciou ou que influencia sua vida e que eu não mencionei nesta questões?
 não sim. Especifique?
1..... infância adolescência adulto último ano
2..... infância adolescência adulto último ano
3..... infância adolescência adulto último ano

IRMÃOS

1. Algum de seus irmãos(s) morreram?
() não () sim. Em qual período de sua vida?
() infância () adolescência () adulto () último ano
2. Algum de seus irmãos(s) morreram por suicídio?
() não () sim. Em qual período de sua vida?
() infância () adolescência () adulto () último ano
3. Algum de seus irmãos(s) ficaram internados em hospital psiquiátrico?
() não () sim. Em qual período de sua vida?
() infância () adolescência () adulto () último ano
4. Algum de seus irmãos(s) fez uso abusivo de álcool, de algum tipo de drogas ou remédios por um ano ou mais?
() não () sim. Em qual período de sua vida?
() infância () adolescência () adulto () último ano
5. Alguma vez você foi maltratado fisicamente(levar surra, ser espancado, tendo sido machucado) por seus irmãos(s)?
() não () sim. Em que período de sua vida?
() infância () adolescência () adulto () último ano
6. Alguma vez seus irmãos(s) abusou de sua inocência, se aproveitando de você maliciosamente te (abuso sexual)?
() não () sim. Em que período de sua vida?
() infância () adolescência () adulto () último ano.
7. Seus irmãos(s) brigavam/brigam muito?
() não () sim. Em que período de sua vida?
() infância () adolescência () adulto () último ano.
8. Você chegou(ou chega) a odiar seus irmãos(s)?
() não () sim. Em que período de sua vida?
() infância () adolescência () adulto () último ano
9. Há algum outro problema em relação a seus irmãos(s) que influenciou ou influencia sua vida e que não foi mencionado por mim nestas perguntas?
() não () sim. Especifique?
1.....() infância () adolescência () adulto () último ano
2.....() infância () adolescência () adulto () último ano
3.....() infância () adolescência () adulto () último ano

COMPANHEIRO

1. Você teve discussões ou discordância com seu companheiro(a) que tornaram seu relacionamento ruim por longo período de tempo?
() não () sim. Há quanto tempo?
() último ano () último mês
2. Seu companheiro(a) fez uso abusivo de álcool, algum tipo de drogas ou remédios?
() não () sim. Há quanto tempo?
() último ano () último mês.
3. Você se separou de seu companheiro(a) por sérios problemas de relacionamento?
() não () sim. Há quanto tempo?
() último ano () último mês.
4. Você já teve algum problema sexual com seu companheiro(a)?
() não () sim. Há quanto tempo?
() último ano () último mês.
5. Seu companheiro(a) já bateu em você ou maltratou fisicamente você?
() não () sim. Há quanto tempo?
() último ano () último mês.
6. Você e seu companheiro(a) estão com problemas financeiros?
() não () sim. Há quanto tempo?
() último ano () último mês.
7. Você e seu companheiro(a) estão com problemas de moradia?
() não () sim. Há quanto tempo?
() último ano () último mês.
8. Seu companheiro(a) já teve tentativa de suicídio?
() não () sim. Há quanto tempo?
() último ano () último mês.
9. Está ou esteve seu companheiro(a) internado em hospital psiquiátrico?
() não () sim. Durante seu relacionamento?
() não () sim. Há quanto tempo?
() último ano () último mês.
10. Seu companheiro(a) já forçou você a ter relação sexual?
() não () sim. Há quanto tempo?
() último ano () último mês.
11. Algum de seus companheiros(as) morreram?
() não () sim. Há quanto tempo?
() último ano () último mês.
Especifique causa de morte:
12. Há algum outro problema em relação a seu companheiro(a) que influenciou ou influencia sua vida e que não foi mencionado nestas perguntas?
() não () sim. Especifique?
1.....Há quanto tempo? () último ano () último mês
2.....Há quanto tempo? () último ano () último mês
3.....Há quanto tempo? () último ano () último mês

FILHOS

1. Você está tendo dificuldades na criação de seus filhos?
() não () sim. Há quanto tempo?
() último ano () último mês
2. Você já perdeu a guarda ou doou para adoção algum de seus filhos?
() não () sim. Há quanto tempo?
() último ano () último mês.
3. Você tem algum de seus filhos com problemas de abuso de álcool, algum tipo de drogas ou remédios?
() não () sim. Há quanto tempo?
() último ano () último mês.
4. Algum de seus filhos esteve/está internado em hospital psiquiátrico?
() não () sim. Há quanto tempo?
() último ano () último mês.
5. Algum de seus filhos já teve tentativa de suicídio?
() não () sim. Há quanto tempo?
() último ano () último mês.
6. Algum de seus filhos já teve problemas com polícia/justiça?
() não () sim. Há quanto tempo?
() último ano () último mês
7. Algum de seus filhos morreu?
() não () sim. Há quanto tempo?
() último ano () último mês.
8. Há algum outro problema ou evento em relação a seus filhos que influenciou sua vida e que não foi mencionado nestas perguntas?
() não () sim. Especifique?
1.....() último ano () último mês
2.....() último ano () último mês
3.....() último ano () último mês.

XIII - GAS

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

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

1. Diagnóstico psiquiátrico principal:.....(Código.....)
2. Diagnóstico psiquiátrico secundário:.....(Código.....)
3. Diagnóstico de personalidade:.....(Código.....)
4. Diagnóstico situacional (problemas identificados)

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

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

Planejamento Terapêutico

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

Modalidade de Tratamento proposto.

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

XVI- APACHE II - SCORE

Idade:.....
FIO2:.....
Temperatura:.....
P.A:.....
F.C:.....
F.R:.....
pO2:.....
cO2:.....
pH:.....
Na:.....
K:.....
Ht:.....
% Risco de Vida:.....%

XVII- OUTROS PARÂMETROS CLÍNICOS

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

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

2. Manipulação

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

Risco de Vida:.....(0-nenhum risco, 1-risco muito leve, 2-risco leve, 3-risco moderado 4-risco moderadamente grave, 5-risco grave)

3. Para envenenamento por inseticidas organofosforados, acrescentar:

Latente - astenia, cefaléia, pouco rendimento no trab. **colinesterase: 12,5-72,5%**

Leve - cefaléia, tonturas, fraqueza, sudorese excessiva, sialorréia, cólicas abdominais
colinesterase: 12,5-50,0%

Moderada - fraqueza generalizada, impossibilidade de andar, dificuldade para falar,
fasciculações, miose bradicardia..... **colinesterase: 12,5-37,5%**

Severa - miose, fasciculações musculares, bradicardia taquicardia, hipotensão/hipertensão
arterial dificuldade respiratória, coma choque, convulsões. **colinesterase: 0,0-12,5%**

ANEXO 2

FLUXOGRAMA

PACIENTES COM TENTATIVA DE SUICÍDIO



PRONTO-SOCORRO DO HC-UNICAMP



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

→ PSQUIATRIA → R1 ou R2 → TS-PS →

→ ALTA DO.....OBSERVAÇÃO.....INTERNAÇÕES
PS PS CLÍNICA, CIRÚRGICA E PSQUIATRICA
(c/menos 24 hs) (por mais 24 hs, ou morte)



NÃO ENTRA NO ESTUDO



TS-PS



ENTRAM NO ESTUDO



QTS

ANEXO 3

TENTATIVA DE SUICÍDIO

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

BIP: 93351 CENTRAL: 2333300

CLAUDEMIR B. RAPELI

TENTATIVA DE SUICÍDIO

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

BIP: 93351 CENTRAL: 2333300

CLAUDEMIR B. RAPELI

ANEXO 4

CASO 1

R.K.M., 17 anos, feminino, branca, solteira sem parceiro, segundo grau incompleto, freqüenta escola atualmente, assalariado fixo. Reside em casa alugada de alvenaria, três cômodos, com mais duas pessoas. Tentou suicídio em outubro, numa sexta-feira às 22 horas. O método utilizado foi envenenamento com medicamentos.

Usando as mesmas palavras da paciente, o motivo relatado foi: *“Estava nervosa por problemas, lembranças ruins do passado, tudo vinha me atormentando”*. Sente-se sempre só e um pouco mal por não ter um companheiro. Apresentou menor intencionalidade suicida. Há muitos anos vem sentindo-se nervosa, desanimada e tristeza. Nega tentativas de suicídio anterior. Não faz nenhum tratamento medicamentoso. Nega doenças físicas e não tem antecedentes psiquiátricos. No exame do estado mental, apresentou sintomas moderado de ansiedade e manifestações de tensão. Com diagnóstico (CID 10) de reação aguda ao estresse (F43.0), foi encaminhado para o ambulatório de psiquiatria do HC-UNICAMP. Permanecendo internada por 1 dia na enfermaria de retaguarda. Apresentou risco de vida muito leve.

CASO 2

CA.F., 22 anos de idade, masculino, pardo, solteiro sem parceira, primeiro grau incompleto, freqüenta escola atualmente, é assalariado fixo. Reside em uma casa emprestada, de alvenaria, cinco cômodos, com mais três pessoas.

Tentou suicídio em outubro, numa segunda-feira às 17 horas e 30 minutos. O método utilizado foi envenenamento com pesticidas.

Usando as mesmas palavras do paciente, o motivo relatado foi: *“Fiquei triste, chateado por ter visto a minha namorada com meu amigo”*. Apresentou menor intencionalidade suicida. Nega doenças físicas, doença mental e tentativas de suicídio anterior. Com diagnóstico (CID 10) de transtorno de ajustamento (43.2) foi encaminhado para ambulatório de saúde mental de sua cidade. Permanecendo internado por 13 dias na enfermaria de retaguarda. Apresentou risco de vida moderadamente grave.

CASO 3

J. A. P., 35 anos de idade, masculino, branco, desquitado e sem parceira, tem segundo grau completo, desempregado há dois anos. Reside em uma casa alugada de alvenaria, de 4 cômodos, sozinho. Tentou suicídio em setembro, numa quinta-feira, às 20 horas. O método utilizado foi atropelamento por um trem.

Conforme informações dadas pela família, o paciente havia discutido com os pais após ter ingerido grande quantidade de bebida alcoólica. Segundo a família, o paciente tinha comportamento anti-social sério, atos agressivos freqüentes, relações interpessoais claramente prejudicadas,

bebia compulsivamente. Permaneceu internado por 79 dias. Apresentou risco de vida grave. Recebeu alta com seqüelas neurológica, sendo transferido para outro hospital.

CASO 4

O. M. V., 59 anos de idade, feminino, branca, casada, primeiro grau incompleto, dona-de-casa. Reside em casa própria, de alvenaria, 10 cômodos, com mais 4 pessoas. Tentou suicídio em outubro, numa terça-feira, às 5 horas e 30 minutos. O método utilizado foi arma de fogo.(deu um tiro no ouvido).

Usando as mesmas palavras da paciente, o motivo relatado foi: "*A vida não tinha mais importância, não tinha vontade de fazer mais nada*". Apresentou maior intencionalidade suicida. Há um ano vem se sentindo triste, desanimada, nervosa, não conseguindo fazer mais nada em casa. Estava em acompanhamento psiquiátrico e em uso de lorazepan 2mg à noite. Nega doenças físicas e tentativa de suicídio anterior. No exame do estado mental, revelou sintomas de ansiedade, depressão e tensão. Com diagnóstico (CID 10) de transtorno depressivo moderado (F32.1) foi encaminhada para o ambulatório de psiquiatria do HC-UNICAMP. Foi medicada com imipramina. Permaneceu internada por 6 dias na enfermaria geral de adultos. Apresentou risco de vida moderado.

CASO 5

M.Q.M.L, 26 anos de idade, feminino, parda, casada, primeiro grau incompleto, lavradora. Reside em casa emprestada de alvenaria, de 6 cômodos, com mais quatro pessoas. Tentou suicídio em novembro, numa quarta-feira às 9 horas e 30 minutos. O método utilizado foi envenenamento com pesticida.

Usando as mesmas palavras da paciente, o motivo relatado foi: "*Queria encontrar meu irmão que faleceu em junho. Era muito apegada a ele*". Refere dificuldades para pagar contas e sente-se, sempre, só. Apresentou menor intencionalidade suicida. Refere que há 5 meses vem sentindo-se triste nervosa, desanimada. Nega outras tentativas de suicídio. Seu irmão morreu por suicídio há 5 meses (enforcamento). No exame do estado mental, apresentou sintomas sugestivos de ansiedade e depressão. Com diagnóstico (CID 10) de transtorno depressivo grave (F32.2) foi encaminhada para ambulatório de psiquiatria do HC-UNICAMP. Usou imipramina e clonazepan. Permaneceu 14 dias internada na enfermaria de retaguarda e mais 20 dias na enfermaria de psiquiatria. Apresentou risco de vida moderado.

CASO 6

R. J., 27 anos de idade, masculino, branco, desquitado com parceira, primeiro grau incompleto, desempregado há 5 meses. Reside em casa própria, de alvenaria, de 8 cômodos, com mais uma pessoa. Tentou suicídio em novembro, numa segunda-feira, à meia noite. O método utilizado foi envenenamento com medicamentos.

Usando as mesmas palavras do paciente, o motivo relatado foi: "*Estava muito nervoso, problemas com negócios e discussão com a mãe*". Está com dificuldades para pagar contas. Apresentou menor intencionalidade suicida. Sente-se sozinho, sempre. Há um ano vem se sentindo nervoso, desanimado, triste. No último mês vinha fazendo uso de carbamazepina. Teve uma internação psiquiátrica há 4 meses por alcoolismo e atualmente estava fazendo uso de bebida alcóolica. Relata uma outra tentativa de suicídio há 13 anos com arma de fogo. Ao exame do estado mental,

apresentou sintomas de ansiedade, depressão e sentimentos de culpa com fatos do passado. Com diagnóstico (CID 10) de síndrome de dependência ao álcool (F1x2) foi encaminhado para ambulatório de psiquiatria do HC-UNICAMP. Permaneceu três dias internado na enfermaria de retaguarda. Apresentou risco de vida moderado.

CASO 7

N. A. E. S., 31 anos de idade, feminino, branca, casada, primeiro grau incompleto, desempregada há 3 meses. Reside em casa própria, alvenaria, 3 cômodos, com mais 3 pessoas. Tentou suicídio em novembro, em uma quinta-feira, às 9 horas e 30 minutos. O método utilizado foi envenenamento com pesticida.

Usando as próprias palavras da paciente, o motivo relatado foi: *“Meu marido está desempregado. Estou muito preocupada, desesperada, acho que os filhos vão morrer por não ter o que comer”*. Relata estar insatisfeita com as condições que esta morando, tem dificuldades para pagar as contas e comprar o que necessita. Sente-se sempre sozinha. Apresentou menor intencionalidade suicida. Há 6 meses vem sentindo-se nervosa, desanimada, triste. Faz uso de Orap 4mg à noite, mas não está em acompanhamento psiquiátrico. Nega doenças físicas e tentativa de suicídio anterior. No exame do estado mental, apresentou sintomas sugestivos de ansiedade e depressão. Com diagnóstico (CID10) de transtorno depressivo leve (F32.0) foi encaminhada para ambulatório de saúde mental de sua cidade. Permanecendo um dia internada no pronto-socorro. Apresentou risco de vida moderado.

CASO 8

J. S. P., 27 anos de idade, masculino, branco, casado, primeiro grau incompleto. Residia em casa alugada, alvenaria, 8 cômodos, com mais 6 pessoas. Tentou suicídio em novembro, em um domingo, às 20 horas. O método utilizado foi arma de fogo. Era dependente de bebida alcóolica. Apresentou risco de vida grave e faleceu 5 dias após a internação na enfermaria de neurocirurgia.

CASO 9

R. N. C., 22 anos, masculino, branco, solteiro sem parceira, segundo grau incompleto, assalariado fixo. Reside em casa alugada, alvenaria, 3 cômodos, com mais 3 pessoas. Tentou suicídio em novembro, em um sábado, às 3 horas. O método utilizado foi envenenamento com medicamentos.

Usando as mesmas palavras do paciente, o motivo relatado foi: *“Minha namorada separou-se de mim, após ‘fofocas’ das amigas”*. Refere esta insatisfeito com seu emprego e com sua vida social. Sente-se sempre sozinho. Apresentou menor intencionalidade suicida. Relata uma tentativa de suicídio anterior (há 3 dias da atual) com o mesmo método. Nega doenças físicas e tratamento psiquiátrico anterior. No exame do estado mental, apresentou sintomas de ansiedade, depressão, hostilidade e tensão. Obteve diagnóstico (CID 10) de transtorno de personalidade borderline. Permanecendo internado por um dia na enfermaria de psiquiatria. Apresentou risco de vida muito leve.

CASO 10

R. L. F., 28 anos, feminino, parda, desquitada com parceiro, primeiro grau incompleto, desempregada há 11 meses. Reside em casa alugada, alvenaria, com mais uma pessoa. Tentou suicídio em novembro, às 20 horas. O método utilizado foi envenenamento com açúcar.

Usando as mesmas palavras do paciente, o motivo relatado foi: *“discuti com meu namorado e em seguida com minha vizinha, fiquei muito nervosa”*. Esta insatisfeita com as condições que está morando, apresenta dificuldades para pagar as contas e comprar o que necessita. Sente-se sozinha sempre, está insatisfeita com sua vida social. Tem discussões e discordâncias com companheiro. Apresentou menor intencionalidade suicida. Sente-se nervosa, desanimada, triste. Faz psicoterapia e faz uso de antidepressivo e ansiolítico. Ficou três vezes internada em hospital psiquiátrico. Bebia muito até há um ano e usou maconha até há três anos. Relata outras tentativas de suicídio, não se recorda muito bem, mas foram mais de cinco vezes. Seu pai, há alguns anos, tentou suicídio com enforcamento. Tem AIDS e diabetes melítus. No exame do estado mental, apresentou sintomas de ansiedade e depressão. Com diagnóstico (CID10) de transtorno de ajustamento (F43.2) foi encaminhada para o ambulatório de psiquiatria do HC-UNICAMP. Permaneceu internada por 19 dias na enfermaria de moléstias infecciosas. Apresentou risco de vida muito leve. Paciente faleceu em abril de 1996 por agravamento da AIDS.

CASO 11

M. M. S., 47 anos, feminino, parda, desquitada com parceiro, analfabeta, doméstica. Reside em casa própria, alvenaria, 5 cômodos, com mais 4 pessoas. Tentou suicídio em novembro, às 12 horas. O método utilizado foi envenenamento com medicamentos.

Usando as mesmas palavras da paciente, o motivo foi: *“Não foi uma tentativa de suicídio, havia ficado alguns dias sem o remédio”*. Nega problemas, refere estar tudo bem. Há 3 meses necessitou de calmantes para dormir, realizou tratamento ambulatorial há 1 ano. Apresentou menor intencionalidade suicida. Nega tentativas de suicídio anterior. No exame do estado mental apresentou sintomas de ansiedade, depressão e não cooperou (negativista) com a avaliação. Com diagnóstico (CID 10) de transtorno de personalidade histriônico (F60.4) foi encaminhada para ambulatório de psiquiatria do HC-UNICAMP. Permaneceu internada por 2 dias na enfermaria de retaguarda. Apresentou risco de vida leve.

CASO 12

L. M. S. A., 31 anos, feminino, branca, casada, primeiro grau incompleto, dona-de-casa. Reside em casa alugada, alvenaria, 5 cômodos, com mais 4 pessoas. O método utilizado foi envenenamento com raticida.

Usando as mesma palavras da paciente, o motivo relatado foi: *“Estou com muitos problemas em casa, tenho ficado aborrecida, o marido está com um salário menor, tem faltado coisas em casa, aconteceu tudo de uma vez”*. Está um pouco insatisfeita com as condições em que está morando, refere muita dificuldade para pagar as contas e comprar o que necessita. Está insatisfeita com sua vida social e com a vida que tem levado com o companheiro, as vezes pensa em separação. Apresentou menor intencionalidade suicida. Refere muito nervoso, desânimo, tristeza há 6 meses. Esta atualmente em acompanhamento psiquiátrico e em uso de Rohypnol. Refere duas tentativas de suicídio anteriores, sendo a última há 4 anos, com envenenamento. Seu marido tentou suicídio há 6 anos com enforcamento. No exame do estado mental apresenta sintomas de ansieda-

de, depressão e tensão. Com diagnóstico (CID 10) de transtorno depressivo moderado (F32.1) foi encaminhada para ambulatório de psiquiatria do HC-UNICAMP. Usou imipramina e diazepam. Permanecendo internada por 3 dias na enfermaria de retaguarda. Apresentou risco de vida moderado.

CASO 13

E. M. O. D., 42 anos, feminino, branca, viúva com parceiro, primeiro grau incompleto, faxineira. Reside em casa emprestada, alvenaria, 5 cômodos com mais 2 pessoas. Tentou suicídio em novembro, às 20 horas e 30 minutos, em uma quinta-feira. O método utilizado foi envenenamento com formicida.

Usando as mesmas palavras da paciente, o motivo relatado foi: *"Discuti com o marido após ter tomado cerveja, ele me chamou de piranha e outras coisas"*. Relata muita dificuldade em sua vida com companheiro e está se separando. Apresentou menor intencionalidade suicida. Há 5 meses vem sentindo-se muito nervosa, desanimada, triste. Não faz tratamento psiquiátrico, mas usou diazepam no último mês. Tem feito uso abusivo de bebida alcoólica, todos os dias no último mês. Relata uma tentativa de suicídio anterior, há 10 anos. No exame do estado mental apresentou sintomas de depressão. Com diagnóstico (CID 10) de transtorno de ajustamento (F43.2) foi encaminhada para o ambulatório de psiquiatria do HC-UNICAMP. Permaneceu internado por 3 dias na enfermaria de retaguarda. Apresentou risco de vida moderado.

CASO 14

V. L. S., 30 anos, masculino, branco, solteiro sem parceira, primeiro grau incompleto, assalariado fixo. Reside em casa alugada, alvenaria, 6 cômodos, com mais cinco pessoas. O método utilizado foi arma de fogo.

Usando as mesmas palavras do paciente, o motivo relatado foi: *"Fiquei com vergonha de não ter dinheiro para pagar uma conta que estou devendo"*. Apresentou menor intencionalidade suicida. Faz uso de bebida alcoólica 1 vez por semana. Nega tentativas de suicídio anterior. Separou-se da namorada há 15 dias, estava desconfiado de traição. No exame do estado mental apresentou sintomas de ansiedade e depressão. Com diagnóstico (CID 10) de transtorno de ajustamento (F43.2) foi encaminhado para o ambulatório de psiquiatria do HC-UNICAMP. Permaneceu internado por 2 dias no pronto-socorro. Apresentou risco de vida moderado.

CASO 15

M. M. S., 18 anos de idade, masculino, branco, solteiro com parceira, segundo grau incompleto, estudante em agropecuária. Reside em casa própria, alvenaria, 6 cômodos, com mais cinco pessoas. Tentou suicídio, em dezembro de 1995, às 12:00 horas numa terça-feira. O método utilizado foi envenenamento com pesticida.

Usando as mesmas palavras do paciente, o motivo relatado foi: *"Eu não agüentava mais ver meus amigos usando drogas. Eles começaram a me evitar, fiquei triste, com angústia"*. Sentiu-se sozinho com frequência. Apresentou maior intencionalidade suicida. No exame do estado mental, apresentou sintomas de ansiedade e depressão. Com diagnóstico (CID 10) de transtorno de

ajustamento (F43.2), foi encaminhado para o ambulatório de psiquiatria do HC-UNICAMP. Refere estar muito nervoso, desanimado, triste há 2 anos. Tem duas tentativas de suicídio anterior sendo a última há 3 dias. Permaneceu internado por 11 dias na enfermaria de retaguarda. Apresentou risco de via moderadamente grave.

CASO 16

M. A. M., 14 anos de idade, masculino, branco, solteiro sem parceiro, primeiro grau incompleto, não trabalha, estudante. Reside em casa emprestada, alvenaria, 7 cômodos, com mais 5 pessoas. Tentou suicídio, em dezembro de 1995 às 17:30 horas num domingo. O método utilizado foi envenenamento com pesticida.

Usando as mesmas palavras do paciente, o motivo relatado foi: *“Discuti com colega durante jogo de bola. Ele chamou a minha namorada de galinha. Fiquei com raiva”*. Apresentou maior intencionalidade suicida. No exame do estado mental, apresentou sintomas de ansiedade, depressão e tensão. Com diagnóstico (CID 10) de transtorno de ajustamento (F43.2), foi encaminhamento para serviço de saúde mental de sua cidade. Nega tentativas de suicídio anterior. Permanecendo 3 dias internado na enfermaria de retaguarda. Apresentou risco de vida moderado.

CASO 17

E.J.P., 24 anos, masculino, branco, desquitado com parceira, primeiro grau incompleto, assalariado fixo. Reside em casa alugada, alvenaria, 5 cômodos, com mais 3 pessoas. Tentou suicídio em dezembro de 1995 numa quinta-feira. O método utilizado foi arma de fogo. Permaneceu internado por 3 dias na enfermaria de neurocirurgia. Apresentou risco de vida grave e faleceu em consequência do ato.

CASO 18

N. F. S., 31 anos de idade, masculino, pardo, desquitado sem parceiro, desempregado há 2 meses. Tentou suicídio em dezembro de 1995 às 16:00 horas numa quinta-feira. O método utilizado foi envenenamento com pesticida.

Usando as mesmas palavras do paciente, o motivo relatado foi: *“Estou separado da esposa e desempregado. Ela não me permite ver meu filho”*. Permaneceu internado por 7 dias na enfermaria de retaguarda. Apresentou pouca intencionalidade suicida. Apresentou risco de vida grave.

CASO 19

K.K., 54 anos, masculino, casado, primeiro grau incompleto, comerciante. Reside em casa própria, alvenaria, 6 cômodos, com mais 2 pessoas. Tentou suicídio em janeiro de 1996 às 8:30 horas numa terça-feira. O método utilizado foi enforcamento.

Usando as própria palavras do paciente, o motivo relatado foi: *“Estou desgostoso da vida, depois da doença fiquei muito triste”*. Apresentou maior intencionalidade suicida. Nega tentativas de suicídio anterior. No exame do estado mental, apresentou-se preocupado com a saúde física, ansioso, deprimido, hostil, tenso e não cooperação (negativismo). Com diagnóstico (CID 10) de transtorno depressivo moderado (F32.1) foi encaminhado para serviço de saúde mental do centro

de saúde de Campinas. Permaneceu internado por 1 dia no pronto-socorro do HC-UNICAMP. Apresentou risco de vida moderadamente grave.

CASO 20

A. M. S., 15 anos de idade, masculino, branco, solteiro sem parceira, primeiro grau incompleto, assalariado fixo. Reside em casa alugada, alvenaria, 6 cômodos, com mais 7 pessoas. Tentou suicídio em janeiro de 1996, numa terça-feira, às 11 horas e 30 minutos. O método utilizado foi envenenamento com pesticida.

Usando as mesmas palavras do paciente, o motivo relatado foi: *"Gosto de uma menina que tem 13 anos, mas ela não quer saber de mim . Às vezes sente-se sozinho. Apresentou menor intencionalidade suicida. Há 2 anos vem sentindo tristeza, desânimo e nervosismo. Ao exame do estado mental, apresentou sintomas de ansiedade, depressão e tensão. Com diagnóstico (CID10) de transtorno de ajustamento (F43.2) foi encaminhado para ambulatório de psiquiatria do HC-UNICAMP. Nega tentativas de suicídio anterior. Tem um irmão que cometeu suicídio há 20 anos. Permaneceu por 24 dias na enfermaria de retaguarda. Apresentou risco de vida moderadamente grave.*

CASO 21

M. A. G., 26 anos, masculino, branco, casado. Tentou suicídio em fevereiro de 1996, em uma terça-feira, às 13 horas. O método utilizado foi arma de fogo. Permaneceu 1 dia internado na enfermaria de neurocirurgia. Apresentou risco de vida grave e faleceu em consequência do ato.

CASO 22

P. R. R., 18 anos de idade, masculino, branco, solteiro sem parceiro, lavrador. Tentou suicídio em fevereiro de 1996, em uma segunda-feira, às 19 horas. O método utilizado foi envenenamento com pesticida. Permaneceu 3 dias internado na enfermaria de retaguarda. Apresentou risco de vida grave e faleceu em consequência do ato.

CASO 23

R. L. O. P., 25 anos, masculino, branco, solteiro com parceira, superior completo, frequente escola atualmente, estudante. Reside em casa própria, alvenaria, 4 cômodos, com mais 2 pessoas. Tentou suicídio em janeiro de 1996, em uma segunda-feira, às 15 horas. O método utilizado foi objeto cortante (produziu um ferimento corto-contuso no pescoço).

Usando as mesmas palavras do paciente, o motivo relatado foi: *"Eu sentia que estava sendo perseguido, tinha uma pessoa que queria prejudicar-me. Fiquei desesperado, muito nervoso".* Apresentou maior intencionalidade suicida. Há 6 meses vem sentindo-se muito nervoso, triste, desanimando. Realizou tratamento psiquiátrico anterior. No último mês fez uso de Pamelor.

Relata abuso de bebida alcóolica pelo menos 3 vezes por semana e também uso de maconha 1 vez por semana. Relata uma tentativa de suicídio há 11 anos, ingerindo calmociteno. No exame do estado mental, apresentou sintomas de ansiedade, depressão, sentimentos de culpa, desconfiança, pensamentos não habituais e tendência a distração. Com diagnóstico (CID 10) de transtorno depressivo grave, com sintomas psicóticos (F32.3) foi transferido para enfermaria de psiquiatria. Usou haloperidol, biperideno e carbonato de lítio. Permaneceu por 3 dias na enfermaria do trauma e 69 dias na enfermaria de psiquiatria. Apresentou risco de vida grave

CASO 24

J. R., 35 anos, masculino, branco, solteiro com parceiro, primeiro grau incompleto, aposentado por invalidez. Reside em casa própria, alvenaria, 4 cômodos, com mais 4 pessoas. Tentou suicídio em janeiro às 9 horas num sábado. O método utilizado foi atropelamento por um caminhão.

Segundo o relato da esposa, o motivo foi: "*O paciente vinha sentindo-se muito limitado com a doença que adquiriu há 11 anos (Doença de Parkinson)*". Apresentou maior intencionalidade suicida (utilizando somente as IS objetivas). Esposa relata ainda que a doença vinha progressivamente piorando nos últimos 3 meses. Faz uso de biperideno e diazepam. Há 3 dias tentou suicídio com enforcamento. Com diagnóstico (CID 10) de transtorno depressivo grave (F32.2) recebeu alta com encaminhamento para ambulatório de psiquiatria do HC-UNICAMP. Permaneceu internado por 30 dias na enfermaria do trauma. Apresentou risco de vida grave.

CASO 25

U.Y., 74 anos, masculino, solteiro sem parceira, primeiro grau incompleto, aposentado por tempo de serviço. Reside em casa própria de madeira pavimentada, 6 cômodos, sozinho. Tentou suicídio em fevereiro de 1996 às 11:00. O método utilizado foi arma de fogo. Usando as mesmas palavras do paciente, o motivo relatado foi: *estou muito solitário e triste*. Apresentou maior intencionalidade suicida. Refere que há 4 meses vem se sentindo triste, desanimado. Está insatisfeito com sua vida social e sente-se sempre sozinho. Nega outras tentativas de suicídio. No Exame do estado mental revelou discretas preocupações somáticas, com moderada ansiedade e tensão, grave depressão. Com diagnóstico de transtorno depressivo grave sem sintomas psicóticos (F32.2) foi encaminhado para serviço ambulatorial de outra cidade. Fez uso de imipramina. Permaneceu internado por 11 dias na enfermaria do trauma. Apresentou risco de vida moderadamente grave.

CASO 26

S. A. P. A., 24 anos, masculino, pardo, solteiro sem parceira, primeiro grau incompleto, lavrador. Reside em casa emprestada, de alvenaria, com 6 cômodos com mais 8 pessoas. Tentou suicídio em março de 1996 às 20:00 horas. O método utilizado foi envenenamento com pesticida. Usando as mesma palavras do paciente, o motivo relatado foi: *Gostaria de não beber mais. Todos os domingos fico bêbado, estou aborrecido*. Apresentou maior intencionalidade suicida. Nega dificuldades psicossociais que influenciaram o ato. Relata abuso de álcool no último mês (3 vezes por semana). Nega outras tentativas de suicídio. No exame do estado mental não apresentou ne-

nhuma alteração no momento da avaliação. Com diagnóstico de síndrome de dependência ao álcool (F1x2) foi encaminhado para o ambulatório de psiquiatria. Permaneceu internado por 12 dias na enfermaria de retaguarda. Apresentou grave risco de vida.

CASO 27

J. F. L., 24 anos, masculino, branco, solteiro sem parceira, primeiro grau incompleto, aposentado por invalidez. Reside em casa própria, de alvenaria de 4 cômodos com mais 3 pessoas.

Tentou suicídio em novembro de 1995 às 16:00 horas. O método utilizado foi envenenamento com soda cáustica. Usando as mesmas palavras do paciente, o motivo relatado foi: *Estava ouvindo vozes que mandavam eu me matar*. Relata que os pensamentos estavam insuportáveis. Apresentou menor intencionalidade suicida. Há 8 anos vem apresentando alterações de comportamento. Está em seguimento ambulatorial em saúde mental. Faz uso de haloperidol e biperideno. Relata 20 internações psiquiátricas. Tem outras cinco tentativas de suicídio. No exame do estado mental, apresentou sintomas discretos de preocupações com saúde física, moderada ansiedade e alucinações auditivas. Com diagnóstico de Esquizofrenia Paranóide (F20.0) foi encaminhado para ambulatório de psiquiatria. Permaneceu internado 18 dias na enfermaria de gastro-clínica.

CASO 28

V.A. T., 25 anos, masculino, branca, solteiro sem parceira, segundo grau completo, assalariado fixo. Reside em casa própria, de alvenaria, com 7 cômodos e mais 4 pessoas. Tentou suicídio em março de 1996 às 18 horas numa terça-feira. O método utilizado foi envenenamento com ácido nítrico. Usando as próprias palavras do paciente, o motivo relatado foi: *A vida inteira esta errada. Estou insatisfeito com tudo*. Apresentou maior intencionalidade suicida. Há cinco anos vem sentindo tristeza, nervoso, desanimado. Faz uso abusivo de bebida alcóolica 3 vezes por semana. Relata uma outra tentativa de suicídio. No exame do estado mental revelou sintomas graves de depressão. Com diagnóstico de transtorno depressivo grave (F32.2) foi transferido para enfermaria de psiquiatria em uso de amitriptilina. Permanecendo internado por 60 dias (9 na enfermaria de retaguarda e 51 na enfermaria de psiquiatria). Apresentou moderado risco de vida.

CASO 29

J. C. O., 35 anos, masculino, branco, solteiro sem parceira, primeiro grau incompleto, não trabalha. Reside em casa própria, de alvenaria, com 4 cômodos e mais 2 pessoas. Tentou suicídio em março de 1996 às 14:30 horas numa segunda-feira. O método utilizado foi envenenamento com pesticida. Usando as mesmas palavras do paciente, o motivo relatado foi: *Acho que não tinha nenhum motivo. Quem faz isso é a bebida*. Apresentou maior intencionalidade suicida. Há 3 anos vem sentindo nervoso, desânimo, tristeza. Em uso abusivo de bebida alcóolica todos os dias. Teve 3 internações psiquiátricas. Relata duas tentativas de suicídio anterior. No exame do estado mental apresenta sintomas de ansiedade e depressão, sentimentos de culpa e desconfiança, comportamento hostil. Com diagnóstico de transtorno depressivo moderado (F32.1) foi encaminhado para o ambulatório de psiquiatria. Permaneceu internado por 5 dias na enfermaria de retaguarda. Apresentou risco de vida moderadamente grave.

CASO 30

A .C. M. R., 19 anos, masculino, branco, solteiro com parceira, primeiro grau incompleto, assalariado fixo. Reside em casa própria de alvenaria, de 8 cômodos com mais 10 pessoas. Tentou suicídio em março de 1996 às 18:40 horas numa terça-feira. O método utilizado foi envenenamento com raticida. Usando as mesmas palavras do paciente, o motivo relatado foi: *Briguei com meu irmão, ai a mãe tomou grande quantidade de veneno, fiquei nervoso e tomei o restante.* Apresentou menor intencionalidade suicida. Nega tentativas de suicídio anterior. No exame do estado mental apresenta sintomas de ansiedade e tensão. Com diagnóstico de reação aguda ao estresses (F43.0) foi encaminhado para ambulatório de psiquiatria. Permaneceu dois dias internado na enfermaria de retaguarda. Apresentou risco de vida moderadamente grave.

CASO 31

D. A. R., 17 anos, masculino, branco, solteiro sem parceira, segundo grau incompleto, freqüente escola atualmente e esta desempregado há 3 meses. Reside em casa própria, alvenaria, em cinco cômodos com mais duas pessoas. Paciente tentou suicídio em março de 1996 às 15 horas numa quinta-feira. O método utilizado foi envenenamento com pesticida. Usando as mesmas palavras do paciente, o motivo relatado foi: *Vários problemas em casa, muita discussão com a mãe. Não consegue arrumar emprego. Ficou muito nervoso.* Por estar desempregado está tendo dificuldades para pagar contas e comprar o que necessita. Apresentou menor intencionalidade suicida. Há três meses tem estado mais nervoso, desanimado e com tristeza, Nega outras tentativas de suicídio. No exame do estado mental há sintomas que sugerem ansiedade e depressão. Com diagnóstico de transtorno depressivo leve (F32.0) foi encaminhado para acompanhamento em saúde mental no ambulatório do centro de saúde de sua cidade. Não usamos medicamentos. Paciente permaneceu cinco dias internado na enfermaria de retaguarda. Apresentou grave risco de vida.

CASO 32

L.B., 37 anos, masculino, branco, casado, primeiro grau incompleto, lavrador. Reside em casa emprestada, alvenaria, de dois cômodos com mais três pessoas. Tentou suicídio em março de 1996 às 18:30 horas num domingo. O método utilizado foi envenenamento com medicamentos. Usando as mesmas palavras do pacientes, o motivo relatado foi: *Discuti com minha esposa, fiquei muito chateado.* Apresentou menor intencionalidade suicida. Tinha bebido um pouco. Não gosta do emprego, não tem salário certo, recebe pouco e gasta com bebida, resultando em dificuldade para pagar as contas e comprar o que necessita. Relata que sua esposa é muito exigente e vem tendo problemas no relacionamento. Refere epilepsia há 20 anos (usa carbamazepina e fenobarbital). Nos últimos anos vem sentindo coisas como desânimo, nervoso e muita tristeza. Pelo menos três vezes por semana abusa da bebida alcoólica. Nega outras tentativas de suicídio. No exame do estado mental apresentou sintomas sugestivos de ansiedade e em menor grau, depressão. Com diagnóstico de transtorno de ajustamento (F43.2) foi encaminhado ao ambulatório de saúde mental de sua cidade. Não usamos medicamentos. Permaneceu internado por três dias e apresentou risco de vida moderado.

CASO 33

M. T., 19 anos, feminino, branca, casada, primeiro grau incompleto, dona-de-casa. Reside em casa emprestada, alvenaria, em quatro cômodos com mais três pessoas. Tentou suicídio em abril de 1996 às 12:00 horas numa quarta-feira. O método utilizado foi envenenamento com medicamentos. Usando as mesmas palavras da paciente, o motivo relatado foi: *Não tenho casa. A casa é do meu pai e ele fica pedindo de volta.* Tem estado insatisfeita com a moradia, Refere bom relacionamento com seu companheiro, porém, às vezes pensa em se separar. Apresentou menor intencionalidade suicida. Nega doenças físicas. Relata que há dois anos e meio vem perdendo o interesse em tudo, fica nervosa com facilidade, está irritada e triste. Nega outras tentativas de suicídio. No exame do estado mental paciente relata estar angustiada, triste e desanimada. Com diagnóstico de transtorno de ajustamento (F43.2) foi encaminhada para ambulatório de psiquiatria do HC-UNICAMP. Não usamos medicamentos. Permaneceu um dia internada na enfermaria de retaguarda. Apresentou risco de vida leve.

CASO 34

G. F. P., 17 anos, masculino, branco, solteiro com parceira, primeiro grau incompleto, desempregado há 4 meses. Reside em casa própria, alvenaria, em 11 cômodos com sete pessoas. Tentou suicídio em abril de 1996 às 20:30 horas numa terça-feira. O método utilizado foi arma de fogo. Usando as mesmas palavras do pacientes, o motivo relatado foi: *A vida sem estudo, sem serviço não dá certo. Não consigo voltar estudar e não arrumo emprego. Briguei com namorada.* Não gosta do local onde mora, não se relaciona bem com as outras pessoas que moram com ele, Não tem dinheiro para mais nada, Não tem saído muito de casa. Foi abandonado pela mãe, nem sabe quem é seu pai. Apresentou maior intencionalidade suicida. Nega doenças físicas, Há 3 anos está mais nervoso e triste, nada tem graça, não tem vontade de fazer nada. Relatou uma tentativa de suicídio anterior 6 meses antes da atual. A única pessoa que o ajuda é a namorada, mas percebe que ela o evita um pouco nos últimos meses. No exame do estado mental paciente muito ansioso e com sintomas de depressão. Com diagnóstico de transtorno depressivo moderado (F32.1) foi encaminhado para o ambulatório de psiquiatria do HC-UNICAMP. Permaneceu internado por quatro dias na enfermaria do trauma. Apresentou grave risco de vida.

CASO 35

J. O. F., 24 anos, masculino, branco, casado, primeiro grau incompleto, desempregado há 5 meses. Reside em casa emprestada, alvenaria, em seis cômodos com 6 pessoas. Tentou suicídio em abril de 1996 às 18:00 horas, num sábado. O método utilizado foi arma de fogo. Usando as mesmas palavras do paciente, o motivo relatado foi: *Minha mulher me rejeita, não me aceita como homem.* Apresentou menor intencionalidade suicida. Nega doenças físicas. Nega anteceden-

tes psiquiátricos, mas há vários anos não vem se sentindo bem, muita angústia, nervoso, pensamentos ruins na cabeça. Refere duas outras tentativas de suicídio. A última foi há 8 meses. No exame do estado mental sintomas sugestivos de ansiedade. Com diagnóstico de transtorno de ajustamento (F43.2) foi encaminhado para ambulatório de psiquiatria do HC-UNICAMP. Não foi usado nenhum medicamento e sugerimos psicoterapia individual. Permaneceu internado por 44 dias na enfermaria do trauma. Apresentou grave risco de vida.

CASO 36

S. J. S., 43 anos, feminino, branca, solteira com parceiro, primeiro grau incompleto, desempregada há um ano. Reside em casa própria, alvenaria, em 6 cômodos com mais quatro pessoas. Tentou suicídio em maio de 1996 às 16:00 horas numa quinta-feira. O método utilizado foi envenenamento com medicamentos. Usando as mesmas palavras da paciente, o motivo relatado foi: *Estava com dificuldades para pagar contas básicas como água, luz. Estava desesperada.* Não tem saído muito de casa, sente-se muito sozinha. Apresentou menor intencionalidade suicida. Nega doenças físicas. Desde que perdeu o emprego tem ficado mais nervosa, com muito desânimo e triste. Faz acompanhamento psiquiátrico. Está em uso de imipramina. Refere uma tentativa de suicídio anterior. No exame do estado mental apresentou sintomas de ansiedade e depressão. Com diagnóstico de transtorno depressivo moderado (F32.1) foi encaminhada para ambulatório de psiquiatria do HC-UNICAMP. Permaneceu internada por um dia na enfermaria de retaguarda. Apresentou risco de vida leve.

CASO 37

P. B. B., 30 anos, feminino, branca, divorciada com parceiro, segundo grau completo, não trabalha. Reside em casa própria, alvenaria, em 9 cômodos com mais duas pessoas, Tentou suicídio em junho de 1996, numa sexta-feira às 17:30 horas. O método utilizado foi envenenamento com medicamento. Usando as mesmas palavras da paciente, o motivo relatado foi: *Queria ficar mais ligada, não tinha intenção de me matar.* Está insatisfeita com a moradia. Seu companheiro é usuário de drogas. Apresentou menor intencionalidade suicida. Refere epilepsia e faz uso de medicamento (carbamazepina). Há dois meses deixou de usar droga e sente-se nervosa, deprimida, irritada e tem pensamentos ruins. Teve uma internação psiquiátrica há 10 anos. Nega outras tentativa de suicídio. Faz tratamento no ambulatório de saúde mental de sua cidade. No exame do estado mental apresentou sintomas sugestivos de depressão. Com diagnóstico de transtorno depressivo leve (F32.0) foi novamente encaminhada para seu tratamento. Não usamos medicamentos. Permaneceu dois dias internada na enfermaria de retaguarda. Apresentou risco de vida leve.

CASO 38

S. C., 35 anos, feminino, solteira com parceiro, superior completo, desempregada há 7 meses. Reside em casa própria, alvenaria, em cinco cômodos com mais duas pessoas. Tentou suicídio em julho de 1996 às 19:30 horas numa segunda-feira. O método utilizado foi envenenamento com pesticidas e medicamentos. Usando as mesmas palavras da paciente, o motivo relatado foi: *Estava me sentindo desvalorizada e rejeitada. Às vezes sente-se sozinha. Apresentou menor intencionalidade suicida. Nega doenças físicas. Sem antecedentes psiquiátricos. Vinha fazendo uso de benzodiazepínicos. Nega outras tentativas de suicídio. No exame do estado mental revelou sintomas de ansiedade e depressão. Com diagnóstico de transtorno de ajustamento (F43.2) não foi encaminhada. Não usamos medicamentos. Permaneceu por 22 dias internada na enfermaria de retaguarda com leve risco de vida.*

CASO 39

H. J. A., 34 anos, masculino, branco, solteiro sem parceiro, primeiro grau incompleto, lavrador. Reside em casa emprestada, alvenaria, em 3 cômodos, sozinho. Tentou suicídio em julho de 1996 às 5:00 horas numa terça-feira. O método utilizado foi envenenamento com pesticida. Usando as mesmas palavras do paciente, o motivo relatado foi: *Estava vendo uma pessoa que queria matar-me. Não era só um, eram vários. Alguns eram amigos. Então pensei ou eu mato alguém ou eu me mato. Procurei soda caustica, como não achei tomei veneno mesmo. Sente-se mal em qualquer lugar que esta, O salário é ruim, tem ficado muito tempo no bar. Apresentou menor intencionalidade suicida. Já fez acompanhamento psiquiátrico por alcoolismo. Teve uma internação psiquiátrica. Tem feito abuso de bebida alcóolica todos os dias. Nega outras tentativas de suicídio. No exame do estado mental revela-se um pouco deprimido e com menos alucinações auditivas. Com diagnóstico de transtorno psicótico alcóolico (F1x5) foi novamente encaminhado para ambulatório de saúde mental de sua cidade. Permaneceu 4 dias internada na enfermaria de retaguarda. Apresentou risco de vida leve.*

CASO 40

E. L. P., 46 anos, masculino, branco, casado, superior completo, comerciante. Reside em casa própria, alvenaria, em 10 cômodos com 2 pessoas. Tentou suicídio em julho de 1996 às 14:00 horas numa quinta-feira. Associou dois métodos (cortou os pulsos, envenenamento). Usando as mesmas palavras do paciente, o motivo relatado foi: *Achava que as coisas não vinham dando certo. Tinha compromissos que não estava dando conta. Apresentou maior intencionalidade suicida. Há 12 meses vem sentindo-se mais nervoso, desanimado. Ficou fechado, não conseguia se relacionar, não conseguia trabalhar, Vinha fazendo uso de imipramina. Nega outras tentativas de suicídio. O exame do estado mental apresentou muitos sintomas de depressão e ansiedade, tenso. Com diagnóstico de transtorno depressivo grave (F32.2) foi internado na enfermaria de psiquiatria.*

Usamos fluoxetina. Permaneceu internado 3 dias em outro hospital. Foi transferido para o HC-UNICAMP permanecendo mais 20 dias na enfermaria de psiquiatria. De acordo com informações do encaminhamento paciente apresentou leve risco de vida.

CASO 41

L. L., 35 anos, feminino, branca, solteira com parceiro, primeiro grau incompleto, doméstica, assalariada fixo. Reside em casa emprestada, alvenaria, em um cômodo com mais cinco pessoas. Tentou suicídio em agosto de 1996, numa terça-feira às 8:30 horas. O método utilizado foi envenenamento com pesticida. Usando as mesmas palavras da paciente, o motivo relatado foi: *Briguei com meu namorado e fiquei nervosa*. Apresentou maior intencionalidade suicida. Refere estar insatisfeita com sua vida social, não sai mais de casa, praticamente não vai mais em lugar nenhum. Não tem antecedentes psiquiátricos, mas há 15 dias tem estado mais irritada, nervosa e com pensamentos ruins. Nega tentativa de suicídio anterior. No exame do estado mental apresentou sintomas sugestivos de depressão e ansiedade. Muito tensa. Com diagnóstico de transtorno depressivo leve (F32.0) foi encaminhada para ambulatório de saúde mental de sua cidade. Não usamos medicamentos. Permaneceu internada por 3 dias na enfermaria de retaguarda. Apresentou leve risco de vida.

CASO 42

F. C., 31 anos, feminino, branca, casada, primeiro grau incompleto, dona-de-casa. Reside em casa própria, alvenaria, em 6 cômodos com mais 3 pessoas. Tentou suicídio em julho de 1996, numa quinta-feira às 16:30 horas. O método utilizado foi envenenamento por pesticida. Usando as mesmas palavras da paciente, o motivo relatado foi: *Estava com insônia e ouvindo vozes, ai deu desespero e tomei o veneno*. Há muito tempo não sai de casa para se divertir. Sente-se sozinha, às vezes. Apresentou maior intencionalidade suicida. Tem antecedentes psiquiátricos, teve duas internações, a última foi há 3 anos. Não faz uso de medicamentos. Há 30 dias começou a ficar ruim, sem dormir, nervosa, não sentia vontade de fazer nada, muito triste. Nega outras tentativa de suicídio. No exame do estado mental apresentou preocupação com a saúde física, poucos sintomas de ansiedade, tristeza, desesperança, irritabilidade. Alucinações auditivas e tensão. Com diagnóstico de transtorno depressivo moderado (F32.1) foi encaminhada para serviço de saúde mental de sua cidade. Foi medicada com amitriptilina. Permaneceu 33 dias internada na enfermaria de retaguarda. Apresentou grave risco de vida.

CASO 43

R. M. M., 24 anos, masculino, solteiro com parceira, primeiro grau incompleto, assalariado fixo. Reside em casa alugada, alvenaria, em 6 cômodos com mais 2 pessoas. Tentou suicídio em

agosto de 1996 não se lembra do horário, numa quinta-feira. O método utilizado foi envenenamento com raticida. Com diagnóstico de síndrome de dependência ao álcool (F1x2) foi encaminhado para ambulatório de psiquiatria do HC-UNICAMP. Foi medicado com benzodiazepínico. Permaneceu 9 dias internado na enfermaria de retaguarda. Foi transferido de outro hospital onde estava há 8 dias. Necessitou de diálise por rabdomiólise. Conforme detalhes do encaminhamento e o período de internação paciente apresentou risco de vida moderado.

CASO 44

A. C. O., 40 anos, masculino, negro, casado, primeiro grau incompleto, assalariado fixo. Reside em casa própria, alvenaria, em cinco cômodos com mais 4 pessoas. Tentou suicídio em setembro de 1996, às 14:30 horas, numa segunda-feira. O método utilizado foi envenenamento com pesticida. Usando as mesmas palavras do paciente, o motivo relatado foi: *Desgosto muito grande com a esposa.* Relata problemas no relacionamento com a esposa, ela não lhe dá mais atenção, brigam muito e freqüentemente pensa em se separar. Apresentou maior intencionalidade suicida. Não tem antecedentes psiquiátricos. Até há 3 meses fazia uso abusivo de bebida alcóolica todos os dias. Nos últimos 15 dias esta mais desanimado, nervoso. Relata uma tentativa de suicídio anterior, há 12 meses. No exame do estado mental apresentou sintomas de angústia, tristeza, ansiedade. Com diagnóstico de transtorno de ajustamento foi encaminhado para ambulatório de psiquiatria do HC-UNICAMP. Não usamos medicamentos. Permaneceu internado por 4 dias na enfermaria de retaguarda. Apresentou moderado risco de vida.

CASO 45

A. F. C., 39 anos, masculino, branco, solteiro com parceira, primeiro grau incompleto, lavrador. Reside em casa própria, alvenaria, em cinco cômodos com mais 3 pessoas. Tentou suicídio em setembro de 1996, num sábado às 12:00 horas. O método utilizado foi envenenamento com pesticida. Usando as mesmas palavras do paciente, o motivo relatado foi: *Estava ouvindo vozes, fiquei desesperado. As vozes ordenavam que me matasse.* Apresentou maior intencionalidade suicida. Relata antecedentes psiquiátricos. Teve 3 internações, a última foi há 2 anos. Está em uso de psicotrópicos mas não faz acompanhamento psiquiátrico no momento. Nega outras tentativas de suicídio. No exame do estado mental apresenta-se desconfiado e com alucinações auditivas. Com diagnóstico de esquizofrenia paranóide (F20.0) foi encaminhado para ambulatório de saúde mental de sua cidade. Foi medicado com haloperidol e biperideno. Permaneceu 12 dias internado na enfermaria de retaguarda. Apresentou risco de vida grave.

CASO 46

J. A. C., 20 anos, masculino, branco, solteiro com parceira, primeiro grau incompleto, não trabalha. Reside em casa emprestada, alvenaria, em dois cômodos, sozinho. Tentou suicídio em setembro de 1996, numa quarta-feira, às 6:00 horas. O método utilizado foi envenenamento. A mãe refere que seu filho era uma pessoa muito difícil. Acredita que o motivo está relacionado com o aborto que sua namorada realizou. Teve duas outras tentativas de suicídio. A última foi em julho de 1996. Paciente faleceu em consequência do ato, após 10 dias de internação na enfermaria de retaguarda.

CASO 47

J. M., 19 anos, masculino, branco, solteiro com parceiro, segundo grau incompleto, lavrador. Reside em casa própria, alvenaria, em 6 cômodos com mais 2 pessoas. Tentou suicídio em outubro de 1996, às 8:30 horas, numa terça-feira. O método utilizado foi envenenamento com pesticida. Usando as mesmas palavras do paciente, o motivo relatado foi: *Muita briga com madrasta. Ai briguei com a namorada e foi a gota d'água.* Apresentou maior intencionalidade suicida. Há 18 meses vem se sentindo nervoso, angustiado, triste, desaminado. Nega outras tentativas de suicídio. Sua irmã de 15 anos cometeu suicídio com arma de fogo há 14 meses. No exame do estado mental apresentou-se angustiado e ansioso, poucos sintomas de depressão e tenso. Com diagnóstico de transtorno de ajustamento (F43.2) foi encaminhado para o ambulatório psiquiatria do HC-UNICAMP. Não usamos medicamentos. Permaneceu internado por 4 dias na enfermaria de retaguarda. Apresentou risco de vida moderadamente grave.

CASO 48

D. C. D. P., 20 anos, feminino, branca, casada. Tentou suicídio em outubro de 1996, numa sexta-feira. O método utilizado foi envenenamento com medicamentos. Permaneceu 11 dias internada na enfermaria de psiquiatria. Apresentou risco de vida moderadamente grave.

CASO 49

E. J. O., 39 anos, masculino. Tentou suicídio em janeiro de 1996, às 4:00 horas, numa quarta-feira. O método utilizado foi envenenamento com medicamentos. Permaneceu internado por 7 dias na enfermaria de retaguarda.

CASO 50

D. C., 34 anos, feminino, branca, divorciada. Tentou suicídio em janeiro de 1996, 1:30 horas num domingo. O método utilizado foi envenenamento por pesticida. Separou-se após infidelidade do marido. Está com muitos problemas. Permaneceu 11 dias internada na enfermaria de retaguarda.

CASO 51

R. B. R., 26 anos, feminino, parda, casada, dona-de-casa. Tentou suicídio em setembro de 1996, numa quarta-feira, às 16:00 horas. O método utilizado foi envenenamento com medicamento. Relata briga com o marido. Permaneceu internada por dois dias na enfermaria de retaguarda.

CASO 52

R. H. S., 16 anos, feminino, negra, solteira sem parceiro. Tentou suicídio em dezembro de 1995 numa segunda-feira. O método utilizado foi envenenamento com medicamentos. Relata que após briga com a mãe, impulsivamente ingeriu medicação. Foi encaminhada para centro de saúde de Campinas pela interconsulta. Permaneceu internada por dois dias.

CASO 53

J. S., 26 anos, masculino, branco, casado, primeiro grau incompleto, assalariado fixo. Tentou suicídio em junho de 1996, às 10:00 horas, num sábado. O método utilizado foi envenenamento com pesticida. Relatou que após brigas com a esposa, resolveu vingar-se. Com diagnóstico de transtorno de personalidade histriônico (F60.4) foi encaminhado para centro de saúde de Campinas. Permaneceu internado na enfermaria de retaguarda por 4 dias.

*Os casos 49, 50, 51, 52 e 53 não foram alcançados pela pesquisa. Os dados apresentados foram obtidos nos prontuários do HC - UNICAMP.