



SARA MARIA TEIXEIRA SGOBIN

**“CUSTOS DIRETOS E INDIRETOS DE TENTATIVAS DE SUICÍDIO DE
ALTA LETALIDADE INTERNADAS EM HOSPITAL GERAL”**

**CAMPINAS
2013**



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS**

SARA MARIA TEIXEIRA SGOBIN

**“Custos diretos e indiretos de tentativas de suicídio de alta letalidade
internadas em hospital geral”**

Orientador: Prof. Dr. Neury José Botega

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas para obtenção de título de Mestra em Ciências Médicas, área de concentração em Saúde Mental.

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELA ALUNA SARA MARIA TEIXEIRA SGOBIN E ORIENTADO PELO PROF. DR. NEURY JOSÉ BOTEGA.

Assinatura do Orientador

**CAMPINAS
2013**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA POR
MARISTELLA SOARES DOS SANTOS – CRB8/8402
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP

Sg51c Sgobin, Sara Maria Teixeira, 1978-
Custos diretos e indiretos de tentativas de suicídio
de alta letalidade internadas em hospital geral / Sara
Maria Teixeira Sgobin. -- Campinas, SP : [s.n.], 2013.

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

1. Tentativa de suicídio. 2. Custos. 3. Análise de
custos. 4. Custos hospitalares. I. Botega, Neury José,
1958-. II. Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em inglês: Direct and indirect costs of suicide attempts with high lethality in a general hospital.

Palavras-chave em inglês:

Suicide, Attempted

Costs

Cost analysis

Hospital costs

Área de concentração: Saúde Mental

Titulação: Mestra em Ciências Médicas

Banca examinadora:

Neury José Botega [Orientador]

Luis Antonio Nogueira Martins

Paulo Dalgarrondo

Data da defesa: 15-01-2013

Programa de Pós-Graduação: Ciências Médicas

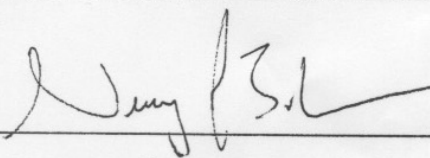
BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO

SARA MARIA TEIXEIRA SGOBIN

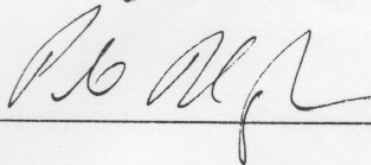
Orientador (a) PROF(A). DR(A). NEURY JOSÉ BOTEGA

MEMBROS:


1. PROF(A). DR(A). NEURY JOSÉ BOTEGA



2. PROF(A). DR(A). PAULO DALGALARRONDO



3. PROF(A). DR(A). LUIZ ANTONIO NOGUEIRA MARTINS



Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas

Data: 15/01/2013

Para Richard, João Vitor e Lucas. Por
fazerem minha trajetória valer a pena.

Agradecimentos

Aos meus familiares, pelo amor, paciência e compreensão em todos os momentos juntos e em minhas ausências.

Aos amigos sempre presentes, Ana Luisa M Tarballi e Wagner Mauad Avelar pelas palavras de estímulo e companheirismo.

Aos colegas de trabalho, em especial a equipe do CAPSi Espaço Criativo pela garra de compartilhar momentos bons e ruins.

A todos funcionários e profissionais do HC-UNICAMP e Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas pelo auxílio técnico e informações prestadas.

Ao amigo Fernando Gizeline Junior, pela consultoria em economia.

Ao meu orientador e professor Dr Neury José Botega, por acreditar e investir, com paciência e amizade, na minha formação acadêmica.

Ide, ide de mim

*Passa a árvore e fica dispersa pela
Natureza.*

Murcha a flor e o seu pó dura sempre.

*Corre o rio e entra no mar e a sua água é
sempre a que foi sua.*

Passo e fico, como Universo.

Fernando Pessoa, 1914.

Resumo

O suicídio, ao longo dos anos, vem se tornando um problema de saúde pública. Além do impacto emocional e social, a morte prematura por suicídio implica um grande impacto econômico. Apesar de se estimar que as tentativas de suicídio sejam de 10 a 20 vezes mais frequentes que o suicídio, seu impacto socioeconômico é pouco estudado. Na tomada de decisão para medidas de prevenção do comportamento suicida, o conhecimento do ônus financeiro, levando-se em conta o custo do suicídio e de tentativas de suicídio, pode ser um forte sensibilizador de gestores públicos para a implementação de estratégias de prevenção, e estimular futuros estudos de custo efetividade. No Brasil, segundo o que pudemos revisar, não há dados publicados a esse respeito, sendo este, o intuito do presente estudo. **Objetivo:** Descrever os custos direto (custo diretamente ligado ao tratamento da tentativa de suicídio) e indireto (perda de produtividade após a tentativa de suicídio) de casos de tentativas de suicídio com alta intencionalidade suicida e alta letalidade de método internados em um hospital geral universitário, e comparar esses custos aos de casos de síndrome coronariana aguda internados no mesmo hospital, no mesmo período. **Método:** Estudo observacional comparativo tipo análise de custo de doença desenvolvido com pacientes internados no Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas. **Resultados:** Os valores médios de custo encontrados por episódios de tentativa de suicídio de alta intencionalidade suicida e alta letalidade de método foram: custo direto individual R\$10635,62 (\$6168,65USD), Custo indireto individual R\$1186,35 (\$688,08 USD) e, custo total de R\$12.351,31 (\$7163,75USD). No grupo de síndromes coronarianas agudas, o custo direto médio por episódio foi R\$7989,56 (\$4633,94 USD), e o custo indireto médio foi R\$2228,15 (\$1292,27 USD). O custo total por episódio foi R\$10220,61 (\$5929,95 USD). A análise comparativa entre os diferentes tipos de custo (custo direto, custo indireto e custo indireto familiar), indica uma diferença significativa entre os custos indiretos a familiares dos dois fenômenos, apontando para custos significativamente mais elevados no grupo de tentativas de suicídio ($p=0,0022$ e $0,0066$ quando ajustado para a idade). **Conclusão:** as tentativas de suicídio graves, com alta intencionalidade suicida e alta letalidade de método utilizado na tentativa de suicídio podem apresentar um custo econômico total tão elevado quanto as síndromes coronarianas agudas, doença com maior fardo econômico mundial. Dentre os componentes do

custo direto, o custo hospitalar é responsável pela maior parte dos custos, particularmente as diárias hospitalares. Um dos achados mais importantes deste estudo foi a diferença encontrada entre o custo indireto familiar dos dois eventos. Familiares da amostra de pacientes com tentativa de suicídio apresentaram um custo indireto significativamente maior que familiares do grupo de pacientes de síndrome coronariana aguda. Este fato reforça a ideia que o comportamento suicida não afeta apenas o indivíduo, mas sim o meio social à sua volta: emocionalmente e economicamente.

Abstract

Besides the socio-emotional impact, the premature death caused by suicide implies a high economic impact. Although being more frequent, the social-economical impact of suicide attempts is little studied. The knowledge of this financial burden, through studies of direct and indirect costs may be a strong sensitizer of public gestors for the implementation of prevention strategies. Considering suicide prevention in Brazil, there are no published data about it. **Objective:** to describe the direct and indirect costs of suicide attempt cases with high suicide intention and high lethality of the method taking in account inpatients of general university hospital and to compare to the costs of acute coronary syndrome cases considering inpatients of the same hospital. **Method:** a comparative observations study analyzing the cost of the illness. **Results:** the average values of the costs met per episodes of suicide attempt were: direct individual cost \$6168,65 USD, indirect individual cost \$688,08 USD and total cost of \$7163,75 USD. In the group of acute coronary syndromes, the direct cost per episode was \$4633,94 USD, the indirect average cost was \$1292,27 USD, and the total cost per episode was \$5929,95 USD. The comparative analysis among the different types of cost (direct cost, indirect cost and family indirect cost) shows a meaningful difference between the indirect costs and the family cost of the two phenomena with meaningfully more elevated costs in the group of suicide attempts ($p=0,0022$ and $0,0066$ when age adjusted). **Conclusion:** the severe suicide attempts may present a total cost as elevated as the acute coronary syndromes, an illness with the biggest economic burden in the world. Among the components of the direct cost, the hospital cost is responsible for most of the costs. An important finding of this study was the meaningful difference between the indirect family cost of the two events. Relatives of the patients with suicide attempt showed an indirect cost significantly higher than relatives of patients with acute coronary syndrome. This fact reinforces the idea that the suicide behavior does not affect only the individual but the social environment around him/her, both emotionally and economically.

Key words: suicide attempt, direct cost, indirect cost

Listas de Figuras

Figura 1. Distribuição das taxas de suicídio por 100.000 habitantes ao redor do mundo.	22
Figura 2. Evolução das Taxas Mundiais de suicídio por 100.000 habitantes ao longo de 50 ano...	23
Figura 3. Distribuição dos componentes do custo hospitalar da amostra de tentativas de suicídio.....	52
Figura 4. Distribuição dos componentes do custo hospitalar da amostra de grupo controle...	53
Figura 5. Comparação do custo indireto individual e familiar entre os grupos.....	53

Lista de Tabelas

Tabela 1. Descrição dos objetivos de diferentes estudos de análise de custo.....	29
Tabela 2. Estudos de custo de comportamento suicida.....	33
Tabela 3. Dados sociodemográficos para comparação das amostras do grupo de tentativa de suicídio e SCA.....	49
Tabela 4. Análise de comorbidade clínica e psiquiátrica entre as amostras.....	50
Tabela 5. Custos diretos e indiretos (em reais) do grupo de tentativa de suicídio e grupo de SCA.....	51
Tabela 6. Análise descritiva e comparação dos custos entre presença ou não de tentativa anterior de suicídio no grupo TS.....	54
Tabela 7. Análise descritiva e comparação dos custos entre presença ou não de transtorno mental no grupo total.....	55
Tabela 8. Análise descritiva e comparação dos custos entre tentativa de suicídio por método violento e por autoenvenenamento.....	55

Lista de Quadros

Quadro 1. Perfil de pacientes com Tentativa de Suicídio dos 3 grupos obtidos por análise de agrupamento.....	26
Quadro 2. Sugestão de componentes para futuros estudos de custo de comportamentos suicidas.....	64

Lista de Abreviações

- CG - Custo Hospitalar Geral sem especificações
- CH – Capital Humano
- CID-10 - Classificação Internacional de Doenças
- CM - Enfermaria Clínica Médica
- DAT - Dias de Ausência no Trabalho decorrentes do evento agudo
- DP – Desvio Padrão
- DSH - Deliberate Self-Harm
- DSM-IV - Diagnostic and Estatistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition
- EP - Enfermaria de Psiquiatria
- EUA – Estados Unidos da América
- HAD - Hospital Anxiety and Depression Scale
- HC-UNICAMP - Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas
- IP - Interconsulta Psiquiátrica
- IPEA - Intituto de Pesquisa Econômica Aplicada
- ISRS - Inibidor Seletivo da Recaptação de Serotonina
- MINI - Mini International Neuropsychiatric Interview
- OMS - Organização Mundial de Saúde
- PS - Pronto-Socorro
- SAMU - Serviço de Atendimento Médico de Urgência
- SCA - Síndrome Coronariana Aguda
- SD - Salário por dia trabalhado do indivíduo
- SI - Sessão de Intervenção
- SUPRE-MISS – Multisite intervention study on suicidal behaviors
- SUS - Sistema Único de Saúde
- TCA - Antidepressivo Tricíclico
- TCE - Trauma Crânio Encefálico
- TEH - Tratamento Extra-Hospitalar
- TPH - Transporte Pré-Hospitalar
- TS – Tentativa de suicídio

UC - Unidade Enfermaria Cirúrgica

USD – United State Dolar

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

WHO – World Health Organization

ÍNDICE

RESUMO	IX
ABSTRACT	XI
LISTAS DE FIGURAS	XII
LISTA DE TABELAS	XIII
LISTA DE QUADROS	XIV
LISTA DE ABREVIações	XV
1 - INTRODUÇÃO	19
1.1 - Sobre o Comportamento Suicida:	20
1.2 - Sobre Estudos Econômicos na Saúde:	27
1.3 - Sobre Estudos de Custo e Comportamento Suicida	30
1.4 - Sobre a Síndrome Coronariana Aguda	35
2 - OBJETIVO	38
3 – HIPÓTESE	40
4 - SUJEITOS E MÉTODO:	42
4.1 - Delineamento:	43
4.2 - Instrumentos, variáveis e análise de dados:	44
4.3 - Procedimentos:	45
4.3 - Aspectos Éticos:	46
5 - RESULTADOS	47
6 - DISCUSSÃO	56
7 - CONCLUSÃO:	66

8 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	68
9 – ANEXOS	79
Anexo I – Entrevista	80
Anexo II – Vinheta Clínica dos participantes do estudo	84
Anexo III – Exemplo dos Custos Hospitalares da TS	87
Anexo IV – Exemplo dos Custos Hospitalares da atenção ao Paciente Síndrome Coronariana Aguda	89

1 - Introdução

O suicídio está entre as dez maiores causas de mortalidade ao redor do mundo. O impacto emocional e social desse fenômeno é grande (Griffith e Bell, 1989; Knox et al, 2004; Knox e Caine, 2005). Em 2002 foi estimada a perda de 887.000 vidas por suicídio no mundo, representando 1,5% da carga global da doença ou mais de 20 milhões de anos de vida saudável perdidos por morte prematura (WHO, 2005). A estimativa para 2020 é de que, aproximadamente 1,53 milhão de pessoas morrerão por suicídio. Além do impacto emocional e social, a morte prematura por suicídio implica um grande impacto econômico.

Um dos principais fatores de risco para suicídio é ter uma tentativa de suicídio pregressa (Owens et al, 2002). Apesar de se estimar que as tentativas de suicídio sejam de 10 a 20 vezes mais frequentes que o suicídio (Cutcliffe, 2003 e Blackmore et al, 2008), seu impacto socioeconômico é pouco estudado.

Na tomada de decisão para medidas de prevenção do comportamento suicida, o conhecimento do ônus financeiro, levando-se em conta o custo do suicídio e de tentativas de suicídio, pode ser um forte sensibilizador de gestores públicos para a implementação de estratégias de prevenção (McDaid e Kennelly, 2009).

Um estudo descritivo do custo direto e indireto das tentativas de suicídio nos permitiria visualizar o impacto global deste fenômeno, apontar a necessidade e benefícios de investimento financeiro em programas de prevenção ao comportamento suicida, e estimular futuros estudos de custo efetividade (Smith et al, 1995; Castro, 2002). No Brasil, segundo o que pudemos revisar, não há dados publicados a esse respeito, sendo este, o intuito da presente investigação.

1.1 - Sobre o Comportamento Suicida:

O conceito de comportamento suicida, que vem sendo discutido e construído ao longo dos dois últimos séculos, tenta agrupar sob sua terminologia, diferentes apresentações do comportamento autodestrutivo do ser humano: suicídios e comportamentos suicidas não fatais.

Quanto ao suicídio em si, não encontramos grandes divergências em discussões conceituais. Porém, ao olharmos para os comportamentos suicidas não fatais, encontramos conceitos que suscitam uma discussão principal: a intencionalidade de morte deveria ou não estar

presente para considerarmos um ato autoagressivo como comportamento suicida (Shneidman and Farberow, 1961; Kreitman, 1977; Bertolote et al, 2001 e Bertolote e Wasserman, 2009)?

Historicamente, observou-se que os comportamentos suicidas não fatais diferiam entre si. Alguns têm por objetivo declarado a morte. Outros, uma mobilização de ajuda, e outros apresentam a ambivalência entre o desejo de mudança/ajuda e o desejo de morte. Alguns são bem planejados e outros impulsivos. Alguns, com consequências clínicas graves, outros de menor gravidade. Estabelecer o sentido da tentativa de suicídio, apenas pelo relato livre da pessoa, é difícil. E muitas vezes, por medo das consequências (internação psiquiátrica, estigmatização) ou por mecanismos de defesa psíquicos, não se revela a real intenção do ato (Kerkhof, 2000).

Diante disso, Kreitman et al (1969), questionam o termo tentativa de suicídio como insatisfatório, visto que muitos pacientes designados por este termo não teriam um desejo de morte evidente. E propõem então o termo parassuicídio (Kreitman, 1969; Kerkhof, 2000).

Parassuicídio é um termo abrangente que engloba diferentes comportamentos autodestrutivos. Caracteriza-se pelo comportamento de um indivíduo, causando (ou tentando causar) um dano agudo a si próprio (traumas ou autoenvenenamento), sem um desfecho fatal (Kreitman, 1969, 1977).

Em 1979, Morgan propõe o termo *deliberate-self-harm* (autolesão deliberada) para designar autoagressões do indivíduo independentes de intenção de morte. Mas, para alguns autores, este termo negligenciaria a relação conhecida entre tentativa de suicídio e morte por suicídio (Bertolote e Wasserman, 2009).

Levando em conta esta última consideração, durante um processo de 25 anos, o Estudo Multicêntrico de Parassuicídio, da Organização Mundial de Saúde, mudou a terminologia: de parassuicídio para tentativa de suicídio (*attempted suicide*), expressão esta que adotaremos neste trabalho (WHO, 2000).

O comportamento suicida é então definido como a ação por meio da qual o indivíduo provoca uma autolesão, a despeito do grau da intenção de morte e do reconhecimento da verdadeira razão para este ato. Este conceito permite conceber este comportamento ao longo de um contínuo: começando com pensamentos de autodestruição, progredindo para ameaças de autoagressão, planejamento suicida, tentativas de suicídio e finalmente o suicídio, não havendo necessariamente tal progressão linear. Por vezes, o limite entre uma situação e outra é pouco nítido (Kreitman, 1977; Vassan, 1999; Verlang e Botega, 2004).

O suicídio propriamente dito é definido como ato fatal, deliberado, iniciado pela própria vítima, com total conhecimento e expectativa a respeito do desfecho fatal (WHO, 1998).

A taxa mundial de suicídio é de 17,3/100.000 habitantes. Porém, como pode ser visto na Figura 1, sua distribuição não é uniforme entre os países, apresentando valores mais elevados nos países da Europa Oriental e Escandinávia (WHO, 2009).

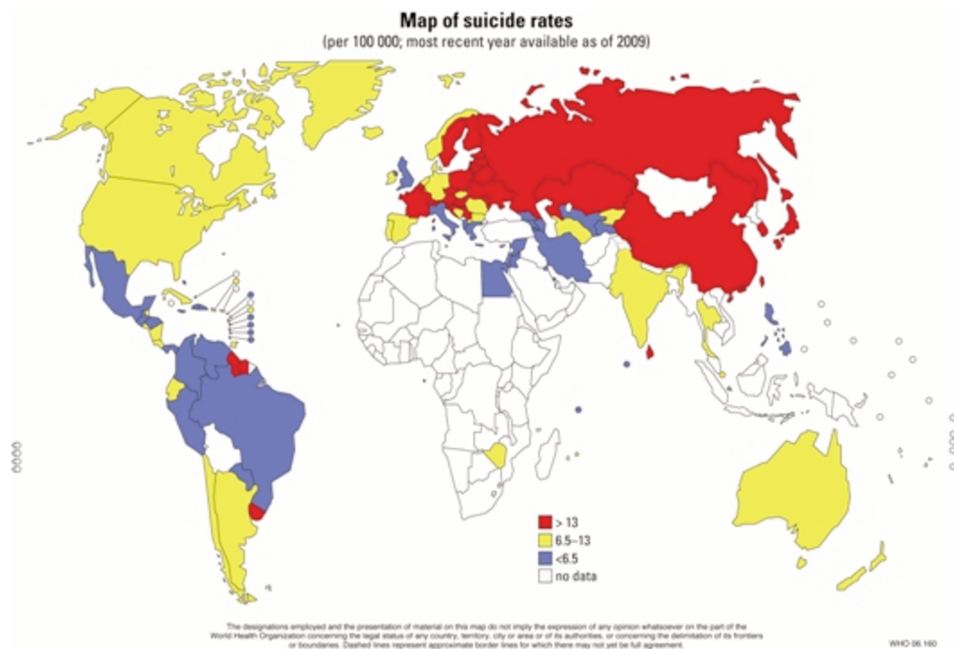


Figura 1. Distribuição das taxas de suicídio por 100.000 habitantes ao redor do mundo.

Fonte: WHO 2009.

Os óbitos por suicídio vêm apresentando um aumento progressivo ao longo dos anos, particularmente no sexo masculino. A figura 2 traz a evolução das taxas globais de suicídio ao longo de 50 anos (WHO 2002).

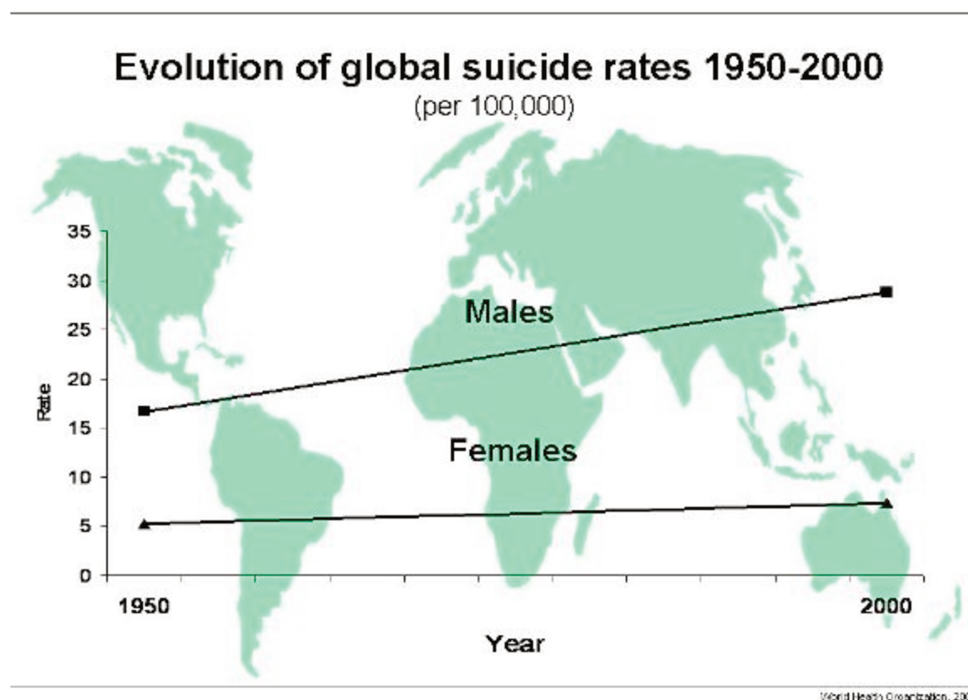


Figura 2. Evolução das Taxas Mundiais de suicídio por 100.000 habitantes ao longo de 50 anos.

Fonte: WHO, 2002.

No Brasil, a taxa de suicídio é de 4,9/100,000 habitantes, sendo de 7,7/100.000 no sexo masculino e, 2,0/100.000 habitantes no sexo feminino (Lovisi et al, 2009; WHO, 2009).

Mesmo estes valores não figurando entre as maiores taxas de suicídio do mundo, o tamanho da população brasileira coloca o Brasil, em números absolutos de suicídios, entre os 10 países com maior número de mortes por suicídio. Em 2009, foram 9374 óbitos por esta causa (DATASUS, 2009).

Ainda que elevados, esses números são considerados subestimados. Dentre os fatores implicados nisso estão: dificuldade de diferenciação de causa morte em mortes violentas, estigma do comportamento suicida, baixa notificação do diagnóstico em casos de morte por causas externas e erro de estimativa populacional (Marín-Leon et al., 2003; Lovisi et al, 2009; Classen et al, 2010).

Mais frequentes do que a morte por suicídio são as tentativas de suicídio (TS). Como dito anteriormente, estima-se que sua frequência seja 10 a 20 vezes maior que o suicídio em si (Cutcliffe, 2003; Blackmore et al, 2008). Mas, diferentemente do suicídio, encontramos dificuldades de resgatar na literatura existente, dados epidemiológicos de estudos de base

populacional sobre tentativas de suicídio. Grande parte das informações disponíveis, é baseada em estudos de populações restritas, geralmente hospitalares. Outro problema se encontra nas diferenças de terminologia adotadas para a definição dos casos, tornando difíceis as comparações entre os estudos. A maioria dos dados provém dos EUA, Canadá, Europa Ocidental e Austrália, havendo poucos dados de outros países (Kerkhof, 2000; Bertolote e Wasserman, 2009).

Se existe um problema de subnotificação de suicídio, no caso das tentativas de suicídio, este problema é ainda maior. Esse é um problema mundial, não fazendo distinção entre países desenvolvidos ou em desenvolvimento. A ausência de sistemas de registros nacionais de tentativas de suicídio, autoenvenenamento ou lesões autoinfligidas colabora com esse problema (Bertolote e Wasserman, 2009).

Em 2002, a Organização Mundial de Saúde realizou um inquérito epidemiológico através do Estudo de Intervenção no Comportamento Suicida (SUPRE-MISS). Este estudo entrevistou 5987 pessoas a partir de amostras populacionais de 8 cidades localizadas na África do Sul, Brasil, China, Estônia, Índia, Irã, Sri Lanka e Vietnã e, procurou estabelecer a prevalência de comportamento suicida ao longo da vida. Esta prevalência variou entre os centros estudados: ideação suicida (2,6 – 25,4%), planejamento suicida (1,1% - 15,6%) e tentativas de suicídio (0,4% - 4,2%) (WHO, 2002).

O Brasil participou do estudo através da cidade de Campinas. Aqui, observou-se prevalência ao longo da vida de 17,1% de pessoas com pensamento suicida, 4,8% com planejamento suicida e 2,8% com tentativas de suicídio (Botega et al, 2005; Botega, 2010).

Outro estudo nacional avaliou o perfil de pacientes com tentativas de suicídio em um hospital geral no Rio de Janeiro. Esse estudo, aponta para uma diferença entre o número de tentativas de suicídios encontrados no estudo em um único hospital geral do Rio de Janeiro, e as estimativas oficiais do Ministério da Saúde: haveria uma subestimativa do problema pelos dados oficiais, podendo refletir o processo de subnotificação (Werneck et al, 2006).

Um avanço importante para a construção do conhecimento epidemiológico das tentativas de suicídio é a Lei 498/07, que entrou em vigor no Brasil em 2009, e torna compulsória a notificação de tentativa de suicídio. O intuito é melhorar o registro dos dados para prover melhor atenção a estes pacientes, e identificar os diferentes perfis e incidências nas diferentes regiões brasileiras (Lei 498/07).

Entende-se por tentativa de suicídio, o ato com resultado não fatal, no qual, um indivíduo intencionalmente inicia um comportamento não habitual, sem a intervenção de outros, causando autolesão ou ingerindo intencionalmente excesso de medicamento (em relação à dosagem prescrita ou aceita como normal), com a finalidade de provocar mudanças, em decorrência das sequelas físicas ocorridas ou esperadas (WHO, 2000).

O entendimento da finalidade do ato como algo que provoque mudanças, e não necessariamente a morte, nos remete a pensar o sujeito do ato em relação a algo/alguém.

Entre os anos de 1989 e 1992, foi realizado um estudo epidemiológico multicêntrico na Europa, que permitiu, sob o olhar da mesma metodologia e de mesma definição de tentativa de suicídio, avaliar características comuns e fatores de risco para tentativas de suicídio (WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide). Foi comum a todos os centros do estudo uma maior incidência de tentativas de suicídio em mulheres (exceto a Finlândia), maior incidência em adultos solteiros ou divorciados. Desemprego, baixa escolaridade, presença de quadro depressivo concomitante, e uso de substâncias psicoativas foram outros fatores de risco levantados para maior incidência de tentativa de suicídio (Schmidtke et al,1996).

Fatores biológicos e antecedentes familiares também aparecem como fatores de risco para tentativa de suicídio.

Bertolote (2004) descreve a influência de fatores socioculturais nas taxas de suicídio e tentativas de suicídio, apontando para a importância do desenvolvimento de políticas públicas de prevenção individualizadas para cada país. Mesmo que existam dados mundiais e protocolos mundiais para a prevenção de suicídio, o conhecimento das características populacionais pode definir o sucesso da intervenção preventiva.

Outras características também são importantes, como fatores de influência para prevalência de tentativas de suicídio, funcionando como fatores de risco para tal comportamento. São elas: gênero, situação conjugal, escolaridade, desemprego, presença de transtorno mental ou uso de substâncias psicoativas (Kerkhof, 2000), e tentativa prévia de suicídio (Moscicki et al,1988).

Ainda sobre as tentativas de suicídio, ao adotar uma nomenclatura universal (como a da Organização Mundial de Saúde) conseguimos uma uniformidade de conceito com a literatura internacional. Porém, este conceito de tentativa de suicídio é muito amplo, e o uso desta terminologia ampliada traz como consequência, a possibilidade de agruparmos sob o mesmo

termo, situações clínicas diferentes (diferentes subgrupos numa mesma amostra) (Kreitmann e Casey, 1988).

Para diminuir o risco de agrupar, sob o mesmo termo, situações diferentes, podemos analisar tentativas de suicídio considerando pelo menos três dimensões: letalidade do método, grau de motivação e método utilizado. Outras características clínicas da amostra, como idade e gênero, também podem ser utilizadas. (Kreitmann e Casey, 1988; Pietro e Tavares, 2005).

Em 2001, no estudo de Rapelli, em uma amostra de pacientes internados por tentativas de suicídio no Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas, foi possível distinguir 3 subgrupos de indivíduos com características distintas utilizando a característica intencionalidade suicida: grupo A (impulsivo-ambivalente), grupo B (intencionalidade suicida marcante) e grupo C (intencionalidade suicida definitiva):

Quadro 1: Perfil de pacientes com Tentativa de Suicídio dos 3 grupos obtidos por análise de agrupamento:

Variável	R ²	Impulsivo-ambivalente(n=43) Grupo A	Intencionalidade marcante (n=53) Grupo B	Intencionalidade definitiva (n=17) Grupo C	P*						
Sexo masculino	0.8	5%	98%	94%	<0.0001						
Método	0.9	95% envenenamento	100% envenenamento	100% método violento***	<0.0001						
Tentativa de suicídio prévia	0.05				0.2						
0		49%	71%	59%							
1		28%	21%	29%							
2 ou mais		21%	8%	12%							
		Média	Mediana	DP	Média	Mediana	P	Média	Mediana	P	
Escala de intencionalidade suicida de Beck	0.08	0.08	16	6.6	17.9	18	4.9	19.5	20	3.4	0.02
Idade	0.09	32.7	31	14.9	30.0	30	10.6	42.7	35	17.2	0.02
Letalidade	0.1	2.5	3.0	1.2	3.6	4.0	1.2	3.5	3.0	1.4	0.0002
Estadia Hospitalar (dias)	0.06	7.9	4	8.6	9.6	7	8.5	16.5	7	20.5	0.08

*Teste de Kruskal-Wallis

***Método violento: precipitação de altura, enforcamento, arma branca e arma de fogo

DP - desvio padrão (Rapelli, 2002, 2005).

As características clínicas, também vêm sendo avaliadas quanto à possibilidade de atuarem como fatores preditivos do desfecho da tentativa de suicídio.

A intencionalidade suicida tem sido apontada como um fator de risco significativo para repetição do comportamento suicida e como fator de risco para morte por suicídio. Em revisão sistemática recente, Hasley et al (2008) avaliaram a relação entre intencionalidade suicida e desfecho da tentativa de suicídio. Dos 44 artigos encontrados, 17 relacionavam a alta intencionalidade suicida com risco significativamente maior para repetição do comportamento

suicida, e 25 artigos relacionavam a alta intencionalidade suicida com risco significativamente maior de morte por suicídio.

Em relação a letalidade do método utilizado na tentativa de suicídio, alguns autores sugerem que tentativas de suicídio de alta letalidade teriam maior risco, em tentativas subsequentes, de morte por suicídio (Harrison e Elnour, 2008). Para Rosen (1976) tentativas de suicídio de alta letalidade teriam um risco de morte por suicídio 2 vezes maior que tentativas de suicídio de menor gravidade clínica.

Quanto à escolha do método, métodos violentos como enforcamento e precipitação de altura apresentam maior risco de morte por suicídio (Rosen, 1976; Jasen et al, 2009 e Runeson et al, 2010).

Tentativas de suicídio de alta intencionalidade suicida e alta letalidade do método utilizado figuram como fatores de risco para morte por suicídio. Mas qual é o impacto dessas tentativas de suicídio para sociedade? Este impacto justifica medidas de intervenção preventivas ou de melhoria assistencial (considerando que o suicídio é uma das causas de morte prematura evitável)?

Atualmente, os estudos de economia em saúde são excelentes ferramentas de avaliação de impacto socioeconômico, e podem funcionar como norteadores para o estabelecimento de prioridades dos programas de prevenção a agravos de saúde.

1.2 - Sobre Estudos Econômicos na Saúde:

Economia em saúde é uma disciplina recente, tendo, como grandes centros de estudo, países da Europa (Inglaterra, França e Portugal) ganhando peso e volume de trabalho a partir da década de 60 (Nero, 2002). Estes estudos têm aumentado seu grau de importância a medida que, construções de políticas públicas, têm utilizado estes estudos em seus embasamentos.

Apesar da ligação entre saúde e economia ser de longa data (na correlação de indicadores de saúde com indicadores socioeconômicos – mortalidade e renda familiar), é a partir de um momento de recessão econômica, que a economia passa a influenciar a tomada de decisão da gestão pública em saúde para programas de prevenção e intervenção em doença, priorizando problemas de saúde pública, e intervenções de melhor custo-benefício (Nero,2002).

Historicamente, dois fatores principais forçaram o estabelecimento de uma aproximação entre estas 2 áreas: os avanços tecnológicos da medicina e os momentos de recessões econômicas mundiais dos pós-guerras. Com os avanços tecnológicos e a recessão financeira, fazia-se

necessário o desenvolvimento de ferramentas que auxiliassem a tomada de decisão clínica (quanto ao melhor resultado de uma propedêutica) e quanto à priorização de alocação dos recursos financeiros destinados à saúde, pois com a recessão, esses orçamentos se tornaram limitados.

Por um lado, tínhamos uma série de inovações tecnológicas. Mas, por outro, não havia dinheiro suficiente para investir em larga escala (saúde pública) em todas as inovações (Nero, 2002).

No Brasil, economia em saúde passa a se desenvolver a partir da década de 70, após o fim do “milagre econômico (Nero,2002).

Como o dinheiro torna-se escasso, passamos a analisar, através de estudos de custo da doença, quais doenças apresentavam o maior impacto socioeconômico, que intervenção seria necessária para diminuir este agravo, com menor dispêndio de recurso financeiro e maior efetividade, quais áreas necessitavam de ações preventivas ou de investimento em pesquisa ou assistência, e assim por diante (Nero, 2002).

Estes estudos tem apresentado algum crescimento no Brasil, mas ainda sem um volume expressivo. Em 2004, foram identificados 48 grupos de pesquisa atuantes no campo da economia e avaliação tecnológica em saúde. Em termos quantitativos, o conjunto era ainda pouco expressivo, representando apenas 0,3% do total de grupos de pesquisa existentes no país e 1% daqueles que atuam na área de saúde (Andrade et al, 2007).

São várias as técnicas de avaliação econômica. Elas se diferenciam pelo tipo de impacto considerado e a unidade utilizada para sua medição. A nomenclatura não é totalmente padronizada, principalmente entre idiomas distintos (por exemplo, a Análise Custo-Eficácia em francês, na verdade, corresponde à Análise Custo-Efetividade da literatura em língua inglesa). Mas, em todas elas, os custos do programa são medidos em termos monetários, através dos custos diretos e indiretos (Drummond et al, 1997 e 2001; Murray et al, 2000).

Estes termos, custo direto e indireto foram definidos por Fein em 1958 e correspondem respectivamente:

Custo Direto: é definido como o custo diretamente ligado a doença. Descreve os custos das intervenções e programas de saúde. Sua estimativa é a somatória de todos os custos diretamente ligados a doença como tratamento ambulatorial, diária hospitalar, medicamentos,

exames, honorário médico, reabilitação, transporte para tratamento, procedimentos etc (Hutubessy et al, 1999; Singh e Hawthome, 2001; Evans et al, 2005).

Custo Indireto: é a perda econômica em dólar ou em anos de trabalho, para a sociedade ou indivíduo devido à doença em estudo. Pode ser considerado a consequência da doença. Avalia os prejuízos para paciente e ou familiares/cuidadores de exercer suas funções (antes exercidas sem dificuldade) por período indefinido ou definitivamente, ou causar uma deficiência parcial das atividades, com afastamentos do trabalho e aposentadorias precoces (Singh e Hawthome, 2001; Evans et al, 2005).

A estimativa de custo indireto pode ser feita através da metodologia do Capital Humano (CH) (cujo conceito econômico é aumento da capacidade de produção de trabalho alcançada com melhorias na capacidade do trabalhador). Neste caso, avalia-se a perda de produtividade durante a vigência da doença (Hutubessy et al, 1999; Cho et al, 2006; Guh et al, 2008):

$$\text{Capital Humano Perdido} = \frac{\text{Salário Mensal}}{\text{Dias de Trabalho Mensal}} \times \text{Dias de Trabalho Perdidos pelo Adoecimento}$$

Outro custo definido por Fein, é o custo intangível. Este diz respeito a perdas de difícil mensuração. É subjetivo, uma tentativa de quantificar monetariamente o sofrimento. Incluem perdas sociais (atividades prazerosas e de lazer), adaptações psicológicas em caso de invalidez, incapacidade em funções não remuneradas, como cuidar de crianças, da casa, e prejuízo em trabalhos voluntários. São de difícil mensuração econômica, porém de significativa importância nos transtornos mentais (Singh e Hawthome, 2001; Evans et al, 2005).

Como dito anteriormente, existem diferentes formatos para estudos de custo em saúde. Encontram-se resumidos na Tabela 1.

Tabela 1. Descrição dos objetivos de diferentes estudos de análise de custo.

Estudo	Tipo de Avaliação Objetivo
Análise de custo da doença	Descrever, em valores monetários, os custos de uma doença ou agravo à saúde.
Análise de minimização de custo	Comparar duas alternativas de programas / projetos / ações de saúde, que tenham o mesmo resultado final, e escolher aquela com menor custo.
Análise de custo-efetividade	Investigar a melhor maneira de alcançar um objetivo pré-

	estabelecido. Permite a comparação de intervenções com graus diferentes de efetividade (valores não monetários, por exemplo, anos de vida ganhos com a intervenção).
Análise de custo-utilidade	Medir o efeito de um programa em termos de utilidade. Do valor para o indivíduo e a sociedade de determinado nível de saúde. Os resultados são expressos em termos de custo por dia saudável, ou anos de vida, ajustado pela qualidade de vida.

(Drumound, 1997; Singh e Hawthome, 2001; Evans et al, 2005)

Na tabela 1, as análises de custo da doença estão dispostas por ordem de complexidade. E cada estudo tem objetos de estudo e finalidades diferentes. O estudo mais simples é a análise de custo da doença. Descrevem os recursos gastos com o agravo à saúde. Permite a comparação entre o custo financeiro de diferentes patologias, mas exclusivamente para escaloná-las (Singh e Hawthome, 2001; Evans et al, 2005). Descreve os custos diretos e indiretos (Castro, 2002), quantifica o fardo econômico da doença e os recursos utilizados para tratamento da mesma. Podem ser usados para identificar: patologias de alta impacto socioeconômico, gastos evitáveis com desenvolvimento de programas de promoção e prevenção da patologia em questão (Smith et al, 1995).

1.3 - Sobre Estudos de Custo e Comportamento Suicida

Os estudos econômicos sobre suicídio geralmente baseiam-se em bancos de dados governamentais e comportam custos diretos, e estimativas de custo indireto por anos de vida saudável/produzida perdida (Palmer et al, 1995; Clayton e Barceló, 2000; O’Dea e Tucker, 2005; Kennelly, 2007; Law et al,2011). Os estudos referentes a tentativas de suicídio geralmente são baseados em bancos de dados hospitalares, e apresentam como componente principal a descrição de custo hospitalar. Alguns descrevem custo direto, incluindo o acompanhamento extra-hospitalar. Raramente encontramos uma descrição dos custos indiretos.

Dentre os estudos de custo do suicídio, destacam-se os de O’Dea e Tucker (2000), Palmer et al(1995), Clayton e Barcelo (2000) e Kennelly (2007) realizados respectivamente na Nova Zelândia, Estado Unidos, Canadá e Irlanda.

Palmer et al (1995), por meio dos dados providos de informações da admissão de Pronto-Socorros para um Banco de dados nacional, referentes ao ano de 1990, projetaram o fardo econômico de suicídio e tentativas de suicídio nos Estados Unidos. A estimativa de custo direto

por episódio de tentativa de suicídio foi de 5.309,29 dólares. O custo indireto ficou em 27.980,00 dólares. Para suicídio, o custo direto e indireto estimados foram respectivamente 2.098,00 e 394.977,00 dólares.

O estudo canadense, realizado em New Brunswick, estimou impacto econômico do suicídio para a região. Foram levantados 94 óbitos por suicídio. Os custos diretos totais ficaram em 535.158,32 dólares. Os custos indiretos, calculados por perda de produtividade e morte prematura, foram de 79.353.354,56 dólares. Neste estudo, não se estimaram os custos das tentativas de suicídio (Clayton e Barcelo, 2000).

Na Irlanda, Kennelly (2007) identificou todos episódios registrados de morte por suicídio, entre os anos de 2001 e 2002, e projetou para os anos seguintes, o custo de vidas perdidas. Esta perda representou quase 1% do produto nacional bruto da Irlanda, ou 835 milhões de euros no total.

O estudo de custo mais completo em comportamento suicida encontrado em nossa revisão bibliográfica foi realizado por O’Dea e Tucker (2005), na Nova Zelândia. Neste estudo verifica-se a importância de incluir os custos indiretos nas avaliações de custo do comportamento suicida. Foram estudados 460 suicídios e 5095 tentativas de suicídio em 2002. O custo direto do suicídio foi significativo, porém menor, se comparado aos custos indiretos e intangíveis. Este estudo mostrou ainda que as tentativas de suicídio são 10 vezes mais frequentes que o suicídio em si, gerando um gasto também significativo. Os custos diretos totais (considerando a prevalência dos eventos) do suicídio foram menores que os das tentativas de suicídio, sendo respectivamente 4.694.000,00 e 19.029.000,00 dólares. Quando consideramos as perdas a longo prazo, o suicídio mostra-se mais custoso, com custo indireto total de 201.498.000,00 dólares, em comparação a 13.247.000,00 dólares das tentativas de suicídio. O custo total (custo direto e indireto) por pessoa foi de 448.250,00 dólares para o suicídio e 6.350,00 dólares para a tentativa.

No caso de tentativa de suicídio, prevaleceram as descrições de custo hospitalares (Luna et al, 1988; Yeo, 1992; Runeson e Wasserman, 1994; D’Mello et al, 1995; Yip et al, 1998; Byford et al, 1999; Sullivan et al, 1999; Kapur et al, 1999 a; Kapur, 1999 b; Ramchandani et al, 2000; Kapur et al, 2001; Kapur et al, 2003; Shahid et al, 2008; Sut e Memis, 2008; Serinken et al, 2008). Como foi dito anteriormente, os custos diretos são compostos não apenas por custo hospitalar. Reduzir uma avaliação de custo a custos hospitalares significa subestimar o custo direto das tentativas de suicídio.

Na tabela 3, ordenamos os estudos de custo de tentativas de suicídio em ordem cronológica. Os valores em dólares americanos expostos na tabela não sofreram correções inflacionárias e projeções para o tempo atual. Há entre os estudos, considerável heterogeneidade, desde a classificação dos episódios de tentativas de suicídio (autolesão deliberada, parassuicídio, tentativa de suicídio), dos itens avaliados nas estimativas de custo direto (estimativa geral de custo sem especificação, estimativas de custo exclusivo de unidade de terapia intensiva, alguns custos de intervenção psiquiátrica, poucos com custo extra-hospitalar), e das amostras em si (como a grande variação de faixa etária).

A heterogeneidade torna difícil a comparação dos estudos, ou generalização dos resultados. Observamos ainda, pouca descrição clínica das tentativas de suicídios (gravidade clínica, intenção de morte e etc). Em alguns estudos, podemos apenas inferir, por conhecimento teórico, a gravidade das tentativas de suicídio (D’Mello et al, 1995; Kapur, 1999b; Ramchandani et al, 2000; Kapur et al, 2001; Sut e Memis, 2008). Um exemplo disso é a comparação de tentativas de suicídio por overdose de antidepressivos tricíclicos, e por overdose de antidepressivo inibidor seletivo da receptação de serotonina. Sabemos, que as tentativas de suicídio por antidepressivos tricíclicos têm uma probabilidade de maior gravidade clínica do que as tentativas de suicídio por overdose de inibidor de receptação de serotonina, deixando os valores destas tentativas mais elevados em todos os estudos com este destaque. (D’Mello et al, 1995; Kapur, 1999b; Ramchandani et al, 2000; Kapur et al, 2001)

Tabela 2. Estudos de custo de comportamento suicida

Autor	Local de Estudo	Objetivos	Amostra (n)	Método	Custo por episódio (média em dólar Americano) Custos incluídos na análise	Permanência hospitalar (média de dias)
Luna et al, 1988	Centro de traumatologia Seattle - EUA	Determinar o impacto econômico de trauma externo	44 comportamento suicida Idade: não informado 78% Mulheres	Estudo prospectivo, análise de banco de dados hospitalares. Utilizando conceito de comportamento suicida (morte por suicídio e tentativas de suicídio)	12831 CG	17.5
Yeo, 1992	Hospital Universitário Sheffield - Inglaterra	Estimar custo de autolesão deliberada	190 Idade:14-81 (média: 33.3) 61% mulheres	Estudo retrospectivo. Utilizando conceito de autolesão deliberada (deliberate self harm)	830 PS, CM, UC, EP, UTI, IP	2
Runeson e Wasserman, 1994	Hospital Universitário Stockholm - Suécia	Avaliação de custos e cuidados com tentativas de suicídio	97 Idade: 16-89 (média: 38) 63% mulheres	Estudo prospectivo com follow-up de 4 meses. Utilizando o conceito de parassuicídio	4782 PS, CM, UC, EP, UTI e IP	9
D'Mello et al., 1995	UTI Michigan - EUA	Determinar permanência hospitalar e custo de tratamento de intoxicação por antidepressivo	22 Idade: não informada 68% mulheres	Estudo retrospectivo comparativo entre intoxicação por antidepressivo tricíclico (TCA) e inibidor seletivo de recaptação de serotonina (ISRS).	1637 (TCA) 869 (SSRI) CG	7 (TCA) 3 (ISRS)
Yip et al, 1998	Hospital Regional Hong Kong - China	Estimar custo potencial de tentativa de suicídio	101 Idade: 10-24 84% mulheres	Estudo retrospectivo utilizando conceito de autolesão deliberada (deliberate self harm). Extrapolação dos resultados para banco de registro nacional	1172 CG	3.2
Byford et al.,1999	Quatro serviços de saúde mental de quatro hospitais gerais Manchester - Inglaterra	Acessar o custo efetividade de intervenção de assistente social para adolescentes com autolesão deliberada	162 (77 cuidado de rotina; 85 cuidado de rotina e intervenção) Idade ≤ 16 Gênero não informado	Estudo randomizado, tipo análise de custo-efetividade, utilizando conceito de autolesão deliberada (deliberate self harm)	Rotina: 2959 Rotina e intervenção: 2458 PS, CM, UC, UTI, IP, SI, TEH.	2.7 (ambos os grupos)
Sullivan et al., 1999	Hospital Regional Limerick - Irlanda	Avaliar aumento de gastos em saúde após tentativa de suicídio.	100 Idade: 15 -24 54% mulheres	Estudo prospectivo e retrospectivo avaliando custo 1 ano antes e um ano depois de uma tentativa de suicídio. Utiliza o conceito de parassuicídio.	Ano anterior: 708 Ano seguinte: 1380 PS, CM, EP, TEH	Ano anterior: 8.1 Ano seguinte: 14
Kapur, 1999b	Quatro hospitais Gerais Leeds, Leicester, Manchester, Nottingham Inglaterra	Estimar custo hospitalar por overdose de antidepressivo	57 Idade média; 29.5 Genero não informado	Estudo retrospectivo utilizando o conceito de autoenvenenamento deliberado com antidepressivo (TCA ou ISRS)	969 (TCA) 353 (ISRS) PS, CM, UTI e IP	Não informado
Kapur et al., 1999a	Quatro hospitais Gerais Leeds, Leicester, Manchester, Nottingham Inglaterra.	Avaliar o custo hospitalar de auto lesao deliberada	456 Idade: 16-87 (média: 30.9) 49% mulheres	Estudo retrospectivo.	Leeds: 360 Nottingham:390 Leicester:403 Manchester:711 PS, CM, UTI e IP	Não informado
Ramchandani et al., 2000.	Hospital Geral Oxford - Inglaterra	Comparar custo hospitalar de overdose de antidepressivos	220 (ISRS: 69; TCA: 151) Idade média: 34 62% mulheres	Estudo retrospectivo comparativo entre overdose por TCA e overdose por ISRS. Overdose por ambas as drogas ao mesmo tempo foram excluídas. Usa conceito de tentativa de suicídio	849 (TCA) 423 (ISRS) PS, CM, UTI	ISRS: 1,96 TCA:2,56
Kapur et al., 2001	Tres hospitais universitários Oxford - Inglaterra	Comparar custo de overdose por antidepressivos	223 Idade média: 32.9 57% mulheres	Estudo prospectivo utilizando conceito de autoenvenenamento deliberado	1065 (TCA) 290 (ISRS) PS, CM, UTI, IP, TPH.	Não informado
Kapur et al., 2003	Tres hospitais universitários Oxford - Inglaterra	Avaliar os custos de autoenvenenamento deliberado	1778 Idade: 16 - 92 (média: 33.1)	Estudo prospectivo utilizando conceito de autoenvenenamento deliberado.	559	2

Shahid et al., 2008	Hospital universitário Karachi - Paquistão	Avaliar o custo de autolesão deliberado em Pronto Socorro	98 Idade média: 23,5 63% mulheres	Estudo retrospectivo utilizando conceito de autolesão deliberada	Pacientes internados: 255 (17-1695) Pacientes liberados do PS : 55 (10 - 294)	3
PS, CM, EP						
Sut and Memis, 2008	Hospital Universitário Edirne - Turquia	Custos de autoenvenenamento em UTI	94 Idade média: 30.7 47% mulheres	Estudo retrospectivo comparativo entre autoenvenenamento acidental e tentativa de suicídio. Utilizou conceito de tentativa de suicídio	Tentativa de suicídio: 711 Envenenamento acidental: 1036	2.5
UTI						
Serinken et al., 2008	Hospital Universitário Denizli - Turquia	Avaliar custo hospitalar de autolesão deliberada	219 Idade média: 24.5 86% mulheres	Estudo prospectivo de custo hospitalar utilizando conceito de autolesão deliberada	144	2.3
PS, CM e UTI						

TPH (transporte pré-hospitalar); DSH (deliberate self-harm); PS (pronto-socorro); CG (custo Hospitalar Geral sem especificações); UTI (Unidade de terapia Intensiva); CM (Enfermaria Clínica Médica);

SI (sessão de intervenção); TEH (Tratamento extra-hospitalar); IP (interconsulta psiquiátrica); EP (enfermaria de psiquiatria); ISRS (inibidor seletivo da recaptção de serotonina); UC (unidade enfermaria cirúrgica); TCA (antidepressivo tricíclico).

No Brasil, um estudo sobre o custo indireto da violência, afirmou que o suicídio acarretou perda total de R\$ 1,3 bilhão para o ano de 2001. Em termos de valores médios de perda de capital humano, os suicídios custam R\$ 163 mil por vítima, enquanto os homicídios e os acidentes de trânsito apresentam médias de R\$ 189,5 mil e R\$ 172 mil, respectivamente (Cerqueira, 2007).

Em 2007, o IPEA (Intituto de Pesquisa Econômica Aplicada) realizou um estudo destinado ao levantamento do custo para o sistema de saúde da violência. Dentro deste estudo, uma estimativa do valor médio das internações registradas como lesões autoprovocadas entre 1998-2004 foi de R\$ 507, com uma média de permanência hospitalar de quatro dias. A taxa de mortalidade, encontrada foi de 3,70% dos casos. Mas, ele não fez uma diferenciação para tentativa de suicídio dentre as lesões autoprovocadas (Rodrigues et al, 2007).

Não encontramos estudos descritivos de custo diretos e indiretos de tentativas de suicídio, e por isso, optamos por esta temática em nosso estudo. Como dito anteriormente, as tentativas de suicídio compõem um grupo heterogêneo. A característica clínica intencionalidade suicida e letalidade do método representam um fator de risco associado à morte por suicídio e repetição do comportamento suicida. Daí nosso recorte para estudo desta população.

No presente estudo, a fim de contextualizar a magnitude dos custos de tentativas de suicídio de alta intencionalidade suicida, os valores foram comparados aos da síndrome coronariana aguda.

1.4 - Sobre a Síndrome Coronariana Aguda

Síndrome Coronariana Aguda (SCA) é uma expressão ampliada que engloba patologias coronarianas instáveis, com uma etiologia comum: a formação de trombos, processos inflamatórios e placas ateromatosas em artérias coronárias. Dentre as patologias, encontra-se o infarto agudo do miocárdio e a angina instável (Grace, 2001)

Segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde) é considerada a doença com maior fardo econômico global, e de maior impacto em termos de perda de anos de vida saudável (Mendis, 2011). Em 2005, o custo hospitalar da síndrome coronariana aguda nos Estados Unidos foi \$71,4 bilhões de dólares (25% do total os custos hospitalares do país) (Rosamond ,2008).

Sagmeister et al (1997) estimaram o custo direto e indireto de doenças cardíacas isquêmicas na Suíça no período de 1988-1993. A avaliação do custo direto se deu através do levantamento do custo do tratamento (hospitalar e ambulatorial) e o custo indireto por perda de

capital humano. O trabalho mostrou um custo total de 21 milhões de dólares por 100000 habitantes em 1993, sendo 47% deste valor decorrente dos custos diretos (tratamento) e 53% decorrente de custos indiretos (morte prematura). Projeções mostraram um aumento progressivo dos custos diretos, porém, os custos indiretos estabilizaram e até diminuíram. Apesar do aumento do custo do tratamento para doenças isquêmicas, a melhoria da assistência propiciou a diminuição de óbitos, reduzindo as perdas humanas e os custos sociais.

Olsson et al (1987) mostraram, em estudo de custo efetividade, a importância do uso de metoprolol na redução de mortalidade e recidiva de infarto agudo do miocárdio. O custo da medicação acabou representando uma economia ao diminuir a incidência de infarto agudo do miocárdio e aposentadorias precoces.

Liu et al (2002), num levantamento em 1999 de todos pacientes portadores de doença cardíaca coronariana no Reino Unido, estimaram os custos diretos em 2,42 bilhões de libras e custos indiretos em 2,91 bilhões de libras. Estes últimos divididos em 24,1% de perda de produtividade por morte prematura e 75,9% secundária à morbidade. O total de custos da doença coronariana por ano foi de 7,06 bilhões de libras, o valor mais alto se comparado a todas as outras doenças, que tiveram estimativas de custo realizadas, tornando as doenças coronarianas o principal problema de saúde pública no Reino Unido.

No Brasil, Ribeiro et al (2005) realizaram uma estimativa do custo direto de cardiopatias isquêmicas em serviços públicos e particulares. Este estudo coorte, considerou para estimar custos diretos: consultas, exames, procedimentos, internações e medicamentos. Valores de consultas e exames foram obtidos da tabela SUS (Sistema Único de Saúde) e da Lista de Procedimentos Médicos. Valores de eventos cardiovasculares foram obtidos de internações em hospital público e privado (convênios) com estas classificações diagnósticas em 2002. O preço dos fármacos utilizado foi o de menor custo no mercado. Os 147 pacientes (65±12 anos, 63% homens, 69% hipertensos, 35% diabéticos e 59% com infarto agudo do miocárdio prévio) tiveram acompanhamento médio de 24±8 meses. O custo anual médio estimado por paciente no serviço público de saúde foi de R\$ 2.733,00. No serviço de saúde privado o custo ficou em R\$ 6.788,00. O gasto com medicamentos (\$ 1.154,00) representou, em média, 80% dos custos ambulatoriais nos serviços públicos e 55% dos custos ambulatoriais dos serviços privados, representando respectivamente 41% e 17% dos gastos totais. A ocorrência de evento cardiovascular teve grande impacto econômico: um aumento de R\$1.312,00 para R\$ 4.626,00 no

serviço público, e no serviço privado, um aumento de R\$1.789,00 para R\$ 13.453,00 ($p<0,01$). Os custos indiretos não foram avaliados.

O estudo nacional mais recente sobre o tema aponta custo direto total por episódio de síndrome coronariana aguda de \$5.236,00 reais, e custo indireto em 1 ano de seguimento de \$14.156,6 reais. (Teich e Araujo, 2011).

2 - Objetivo

- Descrever os custos direto e indireto de casos de tentativas de suicídio com alta intencionalidade suicida e alta letalidade internados em um hospital geral universitário.
- Comparar esses custos aos de casos de síndrome coronariana aguda internados no mesmo hospital.

3 – Hipótese

Os custos diretos e indiretos das tentativas de suicídio de alta letalidade equiparam-se aos custos diretos e indiretos da síndrome coronariana aguda.

4 - Sujeitos e Método:

4.1 - Delineamento:

Estudo observacional comparativo tipo análise de custo de doença desenvolvido com pacientes internados no Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (HC-UNICAMP).

Sujeitos da pesquisa:

- Grupo de Tentativas de suicídio.

Critérios de inclusão: A amostra foi composta por:

- Pacientes com idade igual ou maior que 18 anos, com diagnóstico de tentativa de suicídio, segundo definição da Organização Mundial de Saúde, internados no Hospital de Clínicas HC-UNICAMP durante o período de Junho de 2009 a dezembro de 2010;
- com pontuação maior ou igual a 18 na Escala de Intencionalidade Suicida de Beck (denotando alta intencionalidade suicida);
- com alta letalidade do método utilizado (gradação maior ou igual a 2).

Esta escala foi criada por nós para uma avaliação subjetiva da letalidade do método.

Critérios de exclusão:

- indivíduos com quadros demenciais, diagnóstico de delirium, transtornos mentais psicóticos ou prejuízo cognitivo que dificultassem o acesso a informações.

- Grupo de comparação

Critérios de inclusão:

- Pacientes com idade maior que 18 anos, com diagnóstico de síndrome coronariana aguda, internados no HC-UNICAMP durante o período de Junho de 2009 a dezembro de 2010.
- Escala de Letalidade com gradação maior ou igual a 2.

Critérios de exclusão:

- indivíduos com quadros demenciais, diagnóstico de delirium, transtornos mentais psicóticos ou prejuízo cognitivo que dificultassem o acesso a informações.

4.2 – Instrumentos, variáveis e análise de dados:

- Entrevista estruturada, objetivando a caracterização da tentativa de suicídio, descrever histórico mórbido clínico e psiquiátrico, avaliação de custo hospitalar e extra-hospitalar decorrentes do evento: tentativa de suicídio ou síndrome coronariana aguda (ANEXO I, II, III e IV)

- Escala de Intencionalidade Suicida: possibilita a avaliação quantitativa da intenção de morte do paciente (Beck, 1974). Segundo estudo prévio realizado na UNICAMP, um escore maior ou igual a 18 pontos é indicativo de intencionalidade suicida marcante (Rapeli e Botega, 2005).

- HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale): é composta de duas subescalas para ansiedade e depressão. Foi desenvolvida para serviços não psiquiátricos de um hospital geral. Uma pontuação de nove ou mais, em qualquer das subescalas, é sugestivo de transtorno de ansiedade ou transtorno depressivo respectivamente (Zigmond e Snaith, 1983).

- MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview): é uma entrevista diagnóstica padronizada, semiestruturada, a fim de se obter diagnósticos psiquiátricos padronizados segundo a classificação internacional de doenças CID-10 e Diagnostic and Estatistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition DSM-IV (Sheehan et al, 1998; Amorim, 2000).

- Avaliação de letalidade: escala horizontal proporcional (ou de razão) criada pelo pesquisador, baseada na avaliação subjetiva do médico assistente. Graduada de 1 a 4, sendo:

- 1 não há risco a vida
- 2 Risco de 50% de óbito sem intervenção médica
- 3 Risco de 75% de óbito sem intervenção médica
- 4 Risco de 100% de óbito sem intervenção médica

- Variável Perda de capital humano: Os custos indiretos foram calculados pela perda de capacidade de produção dos pacientes, seus familiares e cuidadores

através dos dias de afastamento das atividades laborais secundários ao evento patológico. Utilizamos a equação: $CH = SD \times DAT$ onde CH é o capital humano perdido, SD é o salário por dia trabalhado do indivíduo e DAT são os dias de ausência no trabalho decorrentes do evento (Kirchstein, 2000; Thompson, 2002; Guh et al, 2008). Foram inclusos nestes custos, aposentadorias precoces e benefícios previdenciários, quando estes foram solicitados em decorrência do evento.

- Foram utilizados na análise estatística entre os grupos, o teste Mann-Whitney para comparação dos dados sociodemográficos, teste qui-quadrado para comparação de incidência de comorbidades psiquiátricas e clínicas. Os testes de Teste Mann-Whitney e de ANCOVA, com transformação por postos ajustada para a idade, foram utilizados para comparação das variáveis de custo direto, indireto e total entre os dois grupos. Dentro do grupo de tentativas de suicídio foi realizada a análise descritiva e comparação dos custos entre tentativas de suicídio por método violento, e tentativas de suicídio por intoxicação exógena, bem como a comparação de custos em pacientes com e sem transtorno mental. Em ambas foi utilizado o teste de Mann-Whitney (Conover, 1999).

4.3 - Procedimentos:

O projeto teve início com a realização de uma sensibilização das equipes das enfermarias do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas. Realizou-se uma conversa explicativa com os profissionais destes locais, esclarecendo os objetivos e os sujeitos da pesquisa. Disponibilizamos cópias impressas com resumo do projeto e afixamos cartazes informativos sobre os procedimentos. O projeto também foi apresentado aos residentes do segundo ano de psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp (responsáveis pela realização das interconsultas psiquiátricas do Hospital) e seus tutores em aula aberta.

Solicitamos que casos internados por tentativa de suicídio no período de junho de 2009 a dezembro de 2010 fossem comunicados à equipe de interconsulta. Esta equipe nos acionou através de contato telefônico. Na primeira entrevista, foram avaliados os critérios de inclusão e exclusão, esclarecidos os objetivos da pesquisa e

solicitado o consentimento de participação voluntária, através da assinatura do termo de consentimento livre esclarecido. Os casos cujo consentimento foi dado, passaram para a fase de entrevista estruturada, aplicação das escalas de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HAD) e aplicação do MINI. Os sujeitos foram inseridos no estudo por ordem de chegada, com o objetivo de completar uma amostra de 20 casos (10 casos no grupo 1 e 10 no grupo 2). Para cada caso de tentativa de suicídio inserido na pesquisa, foi coletado um caso para o grupo de comparação com diagnóstico de síndrome coronariana aguda, internado no mesmo período no hospital. Quando encontrávamos dois ou mais pacientes com diagnóstico de SCA disponível, foi coletado o caso com maior semelhança ao perfil sociodemográfico do sujeito coletado para o grupo de tentativa de suicídio. O seguimento foi realizado através de ligações telefônicas, após um e três meses da data do evento agudo (tentativa de suicídio ou síndrome coronariana aguda) objetivando a coleta de dados referentes ao seguimento extra hospitalar (avaliação do custo extra hospitalar) e tempo de afastamento do trabalho do paciente e familiares, necessário para avaliação do custo indireto (anexo II).

Completamos a avaliação dos custos hospitalares por revisão de prontuário médico, seguindo a tabela de valores de procedimentos hospitalares do Sistema Único de Saúde (SUS). Estes valores compreendem: os custos de estadia hospitalar, profissionais de saúde mobilizados para atendimento, avaliação no Pronto Socorro, medicações utilizadas, exames diagnósticos, procedimentos (cirurgias, procedimentos invasivos e outros), órteses e próteses.

4.3 – Aspectos Éticos:

Este trabalho baseou-se nas diretrizes e normas reguladoras de pesquisas com seres humanos da resolução CNS 196/96, e foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas em 21 de outubro de 2008, através do processo 826/2008.

Este trabalho procurou não ferir o participante em seus princípios morais ou integridade física, respeitando o direito.

5 - Resultados

No período avaliado, foram realizadas 587 interconsultas de psiquiatria para pacientes internados no hospital. Destas, 61 requereram uma avaliação relacionada a comportamento suicida: 31 casos para avaliação de ideação suicida, 26 tentativas de suicídio em adultos e 4 tentativas de suicídio em menores de 18 anos. Dos 26 casos avaliados por tentativa de suicídio, 19 preencheram os critérios de inclusão. Porém, 2 pacientes recusaram a participação. A amostra foi então constituída por 17 sujeitos distribuídos em: 7 tentativas de suicídio por método violento e 10 tentativas de suicídio por autoenvenenamento. O grupo de comparação se constituiu por 17 sujeitos com síndrome coronariana aguda obedecendo os critérios de inclusão e exclusão. Não houve perda amostral durante o seguimento.

Na tabela 3 apresentamos os dados sociodemográfico dos dois grupos. Há grande semelhança entre eles, com exceção da faixa etária. O grupo de comparação (SCA), tinha, em média, dez anos a mais que a amostra de indivíduos com tentativa de suicídio.

Tabela 3 - Dados sociodemográficos para comparação das amostras do grupo de tentativa de suicídio e do grupo de comparação (síndrome coronariana aguda).

	Grupo de Tentativa de suicídio (n)	Grupo de SCA (n)	p*
Sexo			
Masculino	14	14	
Feminino	3	3	
Idade			
< 30 anos	2	0	
30-40 anos	9	0	
41 – 50 anos	4	9	
>50 anos	2	8	
Média (anos)	39,3	52,5	0,0003*
Escolaridade			
Analfabeto	0	1	
Ensino fundamental	3	3	
Ensino Médio	12	12	
Superior	2	1	
Média (anos de escolaridade)	8,5	7,5	0,4818*
Estado civil			
Solteiro	1	1	
Casado	10	15	
Separado	6	1	
Situação Trabalhista			
Emprego formal	2	4	
Emprego informal	11	5	
Desempregado	1	3	
Beneficiário	3	5	

* Teste de Mann-Whitney

A avaliação de comorbidade clínica e psiquiátrica mostra diferenças significativas entre os dois grupos. A incidência de hipertensão arterial e de dislipidemia foram maiores no grupo de comparação. Já a incidência de comorbidade psiquiátrica depressiva foi maior no grupo de tentativas de suicídio (Tabela 4).

Tabela 4 – Análise de comorbidade clínica e psiquiátrica entre as amostras:

	Grupo de tentativa de suicídio (n)	Grupo de SCA (n)	p*
Escala HAD			
Ansiedade ≥8	11	7	0,1693
Depressão ≥ 8	11	5	0,0393
MINI			
Ansiedade	1	6	0,0854
Depressão	12	6	0,0393
Uso de substâncias psicoativas	6	9	0,3001
Comorbidade Clínica			
Hipertensão Arterial	1	11	0,0003
Dislipidemia	0	12	0,0001
Diabetes Mellitus	0	4	0,1026
Tabagismo	4	9	0,0776
Antecedente familiar de Tentativa de suicídio	4	3	1,000

*Teste Qui-quadrado, HAD (Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão), MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview)

Os custos diretos e indiretos estão discriminados na tabela 5. Dezesesseis entre os 17 casos da amostra de TS necessitaram de remoção hospitalar pelo Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU) (a unidade móvel designada para o transporte de pacientes inconscientes é a unidade UTI móvel). O custo médio estimado por remoção realizado por este tipo de viatura era de \$860,00 reais na época da realização deste estudo. Nenhum paciente do grupo de comparação necessitou de serviço de remoção de urgência para acessar atendimento médico.

O custo médio da diária hospitalar foi calculado por meio da razão entre o custo hospitalar total e o tempo de permanência hospitalar (em dias). Em média, os pacientes da amostra de tentativa de suicídio tiveram uma permanência hospitalar de 15,4 dias. Os pacientes do grupo controle permaneceram internados em média 9,8 dias. Apesar de o custo hospitalar total não diferir entre os grupos, a menor permanência hospitalar dos casos de síndrome coronariana aguda torna significativa a diferença de custo médio hospitalar entre os dois grupos.

Tabela 5 – Custos diretos e indiretos (em reais) do grupo de tentativa de suicídio e grupo de comparação (síndrome coronariana aguda).

	Tentativa de suicídio Média (mínima-máxima)	Grupo de SCA Média (mínima-máxima)	p*
Custos Diretos			
Atendimento pré-hospitalar (SAMU)	758,82 (0 – 860,00)	0 0	0,0001
Custo Hospitalar			
Medicação	1394,42 (10,62-11826,45)	360,36 (6,01 – 1853,73)	0,2856
Procedimentos	826,95 (0 – 4381,74)	1126,12 (0 – 2935,39)	0,0749
Diária hospitalar	6747,69 (1457,61– 24805,91)	5648,00 (1680,64 – 15594,28)	0,6279
Órtese/prótese	37,04 (0 – 76,5)	483,74 (0 – 2078,5)	0,0363
Exames	553,93 (38,2 – 1404,9)	168,85 (21,96 – 519,96)	0,0072
Custo hospitalar total	9560,04 (1675,8 – 41813,99)	7662,97 (2024,92 – 19628,59)	0,8363
Custo médio hospitalar	605,63 (335,16 – 972,41)	781,40 (491,08 – 1217,15)	0,0300 0,3379**
Custo Extra Hospitalar			
Seguimento Ambulatorial	316,76 (0 – 1350,0)	326,59 (90,0 – 1000,00)	0,5923
Custo Indireto			
Perda de Capital Humano Individual	1186,25 (0 – 2700)	2228,15 (0 -12661,6)	0,2342
Perda de Capital Humano Familiar	599,06 (0 -7166,64)	1,87 (0 – 31,77)	0,0021 0,0066**
Custo Total			
Custo Direto + Custo Indireto	12351,31 (3733,1 – 43583,99)	10220,61 (3294,72 – 23268,59)	0,8633

*Teste de Mann-Whitney, **Teste p de ANCOVA com transformação por postos ajustada para idade, SAMU (serviço de atendimento médico de urgência).

Como podemos observar na Tabela 5 e figura 3 , a distribuição dos custos hospitalares não é homogênea entre a amostra e o grupo controle. Apesar de ambos apresentarem o custo de diária hospitalar como principal componente do custo hospitalar total, o grupo de comparação apresenta um custo significativamente mais alto no componente dos custos correspondente a órteses e próteses. O determinante desta diferença é o uso de *stent* (prótese endoarterial) na terapêutica de pacientes com síndrome coronariana aguda. O valor unitário desta prótese ultrapassa R\$2.000,00.

Já o rígido controle laboratorial e a realização de exames de imagem para diagnóstico diferencial de confusão mental e TCE (Trauma Crânio Encefálico) realizados nos casos de tentativas de suicídio por intoxicação exógena (a maioria dos casos de intoxicação exógena encontrava-se inconsciente no momento do socorro), contribuem para elevar significativamente os custos hospitalares no grupo de tentativas de suicídio.

Figura 3 – Distribuição dos componentes do custo hospitalar da amostra de tentativas de suicídio.

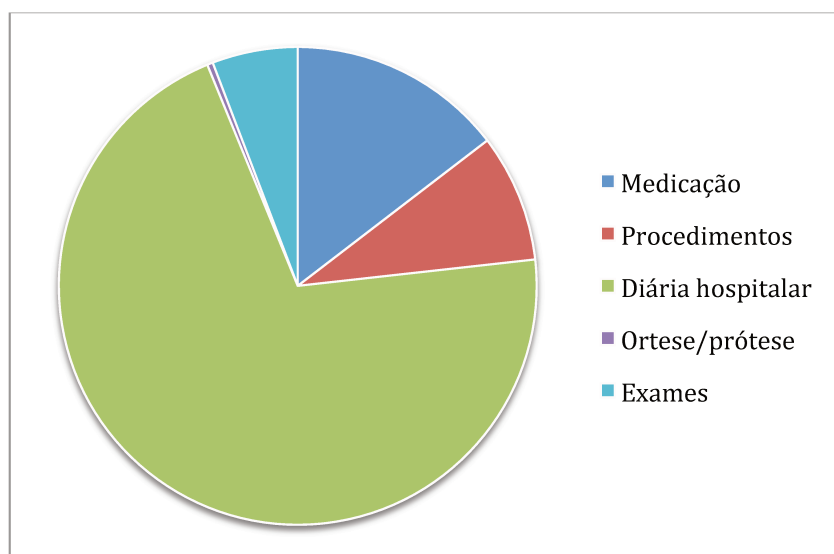
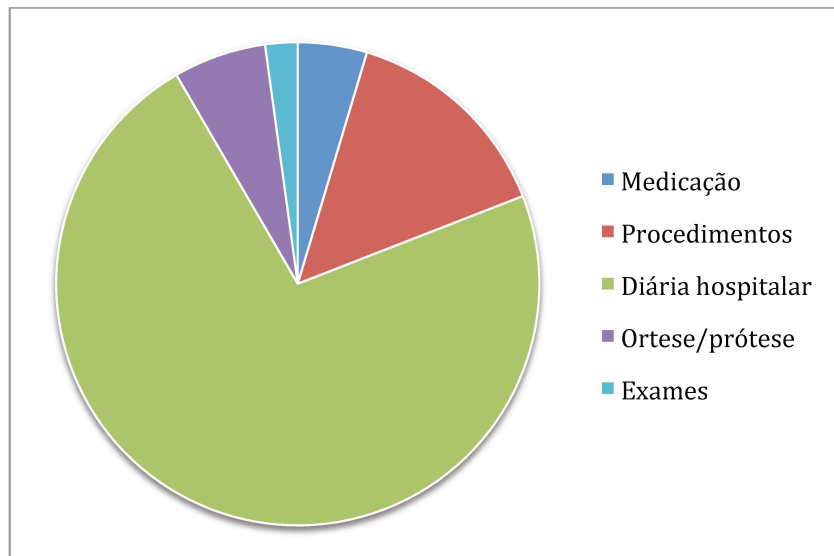
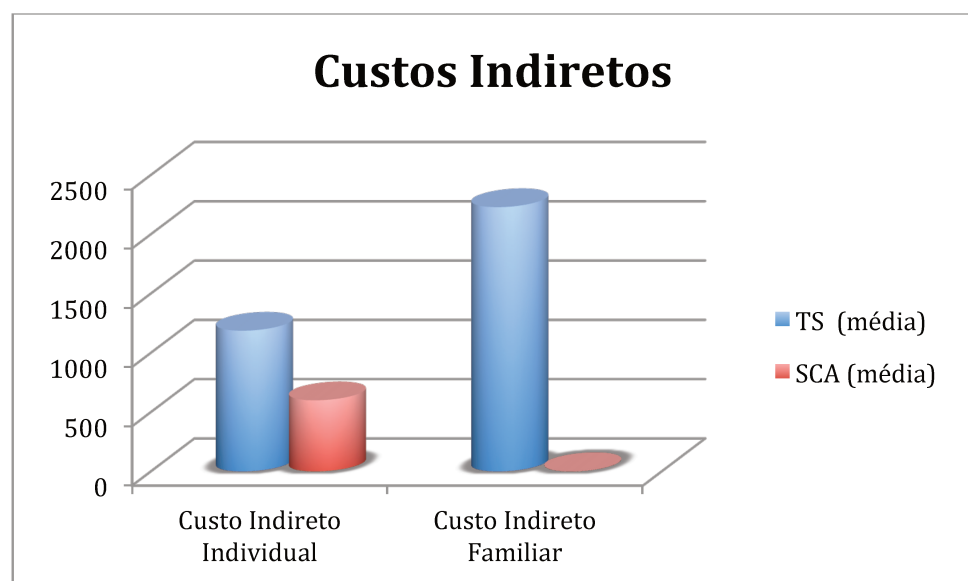


Figura 4 – Distribuição dos componentes do custo hospitalar da amostra de SCA.



A avaliação do custo indireto foi realizada pelo cálculo de perda de capital humano. Dividimos esta avaliação em custo indireto individual, representando a perda de produtividade do indivíduo afetado pelo evento (sujeito caso índice, ou sujeito caso controle) e custo indireto familiar, representando a perda de produtividade do cuidador do sujeito afetado pelo evento. A figuras 5 apresenta a comparação entre os grupos.

Figura 5. Comparação do custo indireto individual e familiar entre os grupos.



Apesar do valor absoluto do custo indireto grupo de comparação ser mais elevado, não houve diferença significativa em comparação com a amostra do grupo de tentativas de suicídio ($p = 0,2342$).

Porém, ao compararmos os custos indiretos familiares dos 2 grupos, o grupo de tentativas de suicídio apresenta valores de custo indireto familiar significativamente mais elevados ($p = 0,0021$).

Não houve diferença significativa de valores de custo quando considerados a presença prévia de tentativa de suicídio ou de transtorno mental (tabelas 6 e 7).

Tabela 6. Análise descritiva e comparação dos custos entre presença ou não de tentativa anterior de suicídio no grupo TS.

	Presença de Tentativa de suicídio anterior Média (mínima-máxima)	Ausência de Tentativa de suicídio anterior Média (mínimo e máximo)	p*
Custos Diretos	9990,42 (2715,80 – 42683,99)	11159,15 (3493,94 – 19865,91)	0,1358
Custos Indiretos	1197,05 (146,66 – 1073,22)	1176,66 (0 – 2700,00)	0,9616
Custos Totais	11395,68 (4078,89 – 43583,99)	13200,75 (3733,94 – 23751,49)	0,1939
Custos Indiretos Familiares	208,21 (0 – 560)	948,48 (0 – 7166,64)	1,0000

*Teste de Mann-Whitney.

Tabela 7. Análise descritiva e comparação dos custos entre presença ou não de transtorno mental no grupo total.

	Presença de Transtorno Mental Média (mínima-máxima)	Ausência de Transtorno Mental Média (mínimo e máximo)	p*
Custos Diretos	9288,12 (2564,92 – 42683,99)	9324,44 (2734,72 – 18425,00)	0,2694
Custos Indiretos	1858,11 (0 - 12661,60)	1391,67 (0 – 2850,00)	0,9853
Custos Totais	11508,62 (3733,94 – 43583,99)	10520,40 (3294,72 – 18425,00)	0,5559
Custos Indiretos Familiares	394,28 (0 – 7166,64)	104,31 (0 – 656,66)	0,4507

*Teste de Mann-Whitney.

Dentro do grupo de tentativas de suicídio foi feita ainda uma avaliação comparativa entre tentativas de suicídio por método violento ou por autoenvenenamento (tabela 8). Não encontramos diferenças de custos significativas entre os subgrupos.

Tabela 8. Análise descritiva e comparação dos custos entre tentativa de suicídio por método violento e por autoenvenenamento.

	Tentativa de Suicídio por autoenvenenamento Média (mínima-máxima)	Tentativa de suicídio por método violento Média (mínimo e máximo)	p*
Custos Diretos	7479,83 (2715,80 – 16584,85)	15079,63 (5685,79 – 42683,00)	0,3606
Custos Indiretos	1126,31 (0 – 2400,00)	1271,89 (116,6 – 2700,00)	0,1571
Custos Totais	9410,68 (3733,94 – 23751,49)	16552,21 (5685,79 – 43583,99)	0,7325
Custos Indiretos Familiares	877,90 (0 – 7166,64)	200,71 (0 -651,66)	1,0000
Média permanência Hospitalar (dias)	10,90 (3 – 27)	21,99 (7 – 43)	0,1052
Média de afastamento do Trabalho (dias)	50,4 (10 – 90)	66,86 (7 – 90)	0,5611

*Teste de Mann-Whitney.

6 - Discussão

Este é um estudo descritivo de custos de tentativas de suicídio, que engrossa o corpo dos estudos de economia em saúde do Brasil, com um trabalho inédito: a descrição detalhada dos custos diretos e indiretos das tentativas de suicídio de alta intencionalidade suicida e alta letalidade de método.

Nossos achados indicam que as tentativas de suicídio graves, com alta intencionalidade suicida e alta letalidade de método utilizado, podem apresentar um custo econômico total tão elevado quanto a síndrome coronariana aguda. A análise comparativa entre os diferentes tipos de custo (custo direto, custo indireto e custo indireto familiar), indica uma diferença significativa entre os custos indiretos a familiares dos dois fenômenos, apontando para custos significativamente mais elevados no grupo de tentativas de suicídio ($p=0,0022$ e $0,0066$ quando ajustado para a idade). Dentre os componentes do custo direto, o custo hospitalar é responsável pela maior parte deste custo, particularmente o componente das diárias hospitalares.

Descreveremos os valores dos custos em reais. Mas, para facilitar o diálogo com a literatura internacional durante esta discussão, foi realizada a conversão dos valores de custo em dólares americanos (USD)¹.

Os valores médios de custo encontrados por episódios de tentativa de suicídio de alta intencionalidade suicida e alta letalidade de método foram: custo direto individual R\$10635,62 (\$6168,65USD), Custo indireto individual R\$1186,35 (\$688,08 USD) e, custo total de R\$12.351,31 (\$7163,75USD). No grupo de síndromes coronarianas agudas, o custo direto médio por episódio foi R\$7989,56 (\$4633,94 USD), e o custo indireto médio foi R\$2228,15 (\$1292,27 USD). O custo total por episódio foi R\$10220,61 (\$5929,95 USD).

Utilizamos a descrição de características clínicas das tentativas de suicídio (intencionalidade suicida e letalidade do método) para evitar grupamentos diferentes dentro de uma mesma amostra. Ao fazer esta escolha, selecionamos um perfil clínico de maior gravidade e de menor incidência dentro da população de indivíduos com comportamento suicida. Além de reduzir o tamanho da amostra, o estudo não representa todo o universo de tentativas de suicídio, ficando restrita a extrapolação dos dados do estudo para comportamento suicida de uma forma geral. O fato da coleta de dados ter sido realizada em Hospital Universitário também traz consigo um viés. Terapêuticas em hospitais Universitários tem uma tendência a apresentarem valores de

¹ Estes valores estarão entre parenteses e respeitarão a cotação do dólar à época do estudo. Em média, 1 Real equivalia a 0,56 dólares americanos (Banco Central do Brasil, 2009).

custo mais elevados. Confirmando esta hipótese, ao comparar os custos hospitalares de autolesão O processo de aprendizagem e a realização de maior número de pesquisas por esses hospitais, muitas vezes resulta em gasto excessivo de materiais e uma grande quantidade de propedêuticas investigativas, onerando significativamente as estadias hospitalares em diferentes centros de atendimento, Kapur verifica um custo 33% mais elevado para a atenção hospitalar de hospitais Universitários. (Kapur 1999a)

No período do estudo, percebemos uma diminuição de entradas de casos de tentativas de suicídio para internação no Hospital de Clínicas da Unicamp. Este fato pode ter ocorrido em decorrência da reorganização de área de cobertura dos Hospitais Gerais da cidade de Campinas, com a criação de duas novas unidades de pronto atendimento (Complexo Hospitalar Ouro Verde e Pronto Atendimento Campo Grande). Houve a diminuição da área populacional de cobertura de atenção à saúde do Hospital de Clínicas da Unicamp, podendo ter ocorrido a drenagem de casos de tentativas de suicídio para estes outros locais. Estes dois novos hospitais são hospitais de menor complexidade, podendo ter absorvido a demanda de atendimento de pacientes com menor gravidade clínica. Não observamos uma diminuição de atendimento a casos de maior gravidade.

Em 2002, na descrição do estudo de Rapelli, num período de 35 meses, o Hospital de Clínicas da UNICAMP atendeu a 121 tentativas de suicídio com necessidade de internação hospitalar, sendo que 8 evoluíram para óbito e 43 eram de menor intencionalidade e gravidade clínica (escala de intencionalidade suicida menor que 18 pontos). Durante os 18 meses de nossa pesquisa, estes números foram de 61 avaliações por comportamentos suicidas. Ao comparar o número de internações por comportamento suicida de alta intencionalidade, não há diferenças significativas entre o estudo de 2002 e nosso estudo: dentro da amostra de pacientes internados no Hospital Geral (UNICAMP) por tentativa de suicídio, Rapelli encontrou 16,5% de pacientes com características de alta intencionalidade suicida (n=17). Em nosso estudo, dentre os pacientes internados por comportamento suicida para os quais foi solicitada interconsulta da psiquiatria, 27,8% dos casos apresentavam características de alta intencionalidade suicida (n=19).

Um possível viés de nosso trabalho pode ter ocorrido durante a coleta de dados sobre salário-base dos pacientes. Esta informação foi coletada exclusivamente por relato livre do paciente, pois não solicitamos comprovante formal de renda. E, conversar sobre “dinheiro, salário” tornava os pacientes um pouco desconfiados (percepção da autora). Esta percepção nos

alertou para a possibilidade de que os dados do relato livre pudessem ter sido subestimados em relação aos salários-bases originais.

O tempo de segmento também foi um fator limitante desta pesquisa. O período de três meses caracteriza a fase aguda de ambos os episódios. Para uma doença de caráter crônico e incapacitante como as síndromes coronarianas agudas isso pode subestimar os custos indiretos desta patologia. Portanto, a semelhança entre os custos dos dois eventos está restrito à fase aguda de ambos eventos. O tamanho da amostra também limitou algumas análises: apesar de ser suficiente para comparação dos dois grupos, limitou a análise intragrupal.

Um dado importante em nosso estudo foi a descrição dos custos indiretos da tentativa de suicídio. O cálculo dos custos indiretos é mais trabalhoso, exigindo um período de seguimento. Poucos estudos trazem este valor. Em nosso estudo, os custos indiretos das tentativas de suicídio representaram aproximadamente 10% do custo total, num seguimento de 3 meses. Períodos maiores de segmento poderiam significar uma participação maior destes valores, no valor final do custo total. No estudo de O’Dea e Tucker, cujo seguimento foi de 1 ano, estes valores atingiram 40% do custo total para tentativas de suicídio (O’Dea e Tucker, 2005). Isso ressalta a importância da avaliação dos custos indiretos para os estudos econômicos em comportamento suicida.

Outros pontos fortes a serem considerados neste estudo foram: a descrição clínica e a restrição da amostra de tentativas de suicídio graves, o uso de instrumentos padronizados e validados, o detalhamento dos tipos de custos descritos; e por ter um objeto de comparação através do grupo de síndrome coronariana aguda, e ser realizado através de um grupo de estudo reconhecido nacionalmente por realizar pesquisa em suicidologia, sendo o primeiro estudo nacional sobre o tema e por ter sido feito em um país em desenvolvimento, com as dificuldades inerentes à realização de pesquisa nesse país, como por exemplo, o pouco investimento em pesquisa.

Ao compararmos nossos dados de custos de tentativa de suicídio com a literatura internacional, encontramos algumas dificuldades: a maioria dos estudos traz apenas a descrição de custo hospitalar; os elementos considerados para a avaliação dos custos hospitalares não são homogêneos, há heterogeneidade nas amostras dos estudos, e pouca descrição clínica das tentativas de suicídio.

Como exemplo da heterogeneidade nas amostras, podemos citar a ampla variação de faixa etária encontrada nestes estudos: 14 – 89 anos. Isso ocorre em pelo menos 4 estudos revisados

(Yeo, 1992; Runesson e Wasserman, 1994; Kapur et al 1999^a; Kapur et al ,2003). Sabemos que o comportamento suicida na adolescência é diferente em suas características clínicas do comportamento suicida do adulto e do idoso : método de escolha, intencionalidade, gravidade clínica são algumas dessas diferenças. Este fato torna estas tentativas de suicídio diferentes entre si, influenciando os valores finais dos custos das mesmas. Corroborando esta hipótese, estudos de análise de custo de comportamento suicida na adolescência apresentam valores de custo significativamente mais baixos que os demais estudos (Sharid et al, 2008; Sheriken et al, 2008).

A falta de caracterização clínica da amostra dos estudos revisados, nos faz inferir a possibilidade de agrupamentos de diferentes situações clínicas de tentativas de suicídio numa mesma amostra. Tentativas de menor gravidade clínica, têm menor permanência hospitalar e conseqüentemente menor custo hospitalar. Em contrapartida, são mais frequentes. Isso teria uma tendência a puxar os valores médios de custo hospitalar para baixo.

A variação dos itens considerados para o cálculo do custo hospitalar, também foi bastante diversificada nos estudos: alguns consideravam apenas a diária hospitalar, outros incluíam a avaliação psiquiátrica entre outros itens (tabela 5). E, de fato, este fator pode influenciar os valores de custo relatados. Poucos trabalhos trouxeram avaliações ou descrições clínicas das tentativas de suicídio (Luna et al,1988; D'Melo et al, 1995; Byford et al, 1999; Kapur et al, 2001; Ramchandani et al, 2000; Sharid et al,2008).

Ao escolhermos trabalhar com tentativas de suicídio de alta intencionalidade suicida e alta letalidade do método utilizado, podemos dizer, que escolhemos trabalhar com tentativas de suicídio grave. Esta característica acaba por elevar a permanência hospitalar e também, conseqüentemente, os custo destas tentativas. Porém, delimita um grupo específico de tentativas de suicídio.

Em conseqüência do exposto acima, ao compararmos nossos resultados aos custos descritos pelos estudos revisados realizados em hospitais gerais (expostos na tabela 5), os custos diretos e indiretos das tentativas de suicídio do presente estudo ficaram acima da média apresentada.

Mas, em consonância com a literatura internacional, também descrevemos a importância do componente diária hospitalar no custo hospitalar, sendo seu componente mais oneroso. Ao separarmos do custo direto apenas o custo hospitalar do nosso estudo, encontramos o valor de \$9560,04 Reais (5544,82 USD). Mesmo utilizando apenas esta variável, foi difícil a

comparação com a literatura revisada por dificuldade de caracterizar nestes estudos a população avaliada. Dois estudos nos permitiram inferir que a amostra avaliada se tratava de casos de maior gravidade clínica: Luna et al, 1998 e D’Mello et al, 1995.

No estudo de Luna et al (1988), o objetivo visava a descrição dos custos hospitalares de trauma agudo e, o autor classificou sua amostra populacional por gravidade clínica. Comparou o trauma não intencional (vítimas da assalto) com o comportamento suicida. O subgrupo de comportamento suicida apresentou mais da metade de sua amostra classificada como alta letalidade, com 90% da amostra necessitando de intervenção cirúrgica imediata e permanência em leito de Unidade de Terapia Intensiva (o leito de unidade de terapia intensiva custa, em média, três a quatro vezes o valor de um leito de enfermaria geral/especialidade). O custo médio por episódio de comportamento suicida foi \$12.831,00 USD. Neste valor, o autor não faz a distinção entre tentativa de suicídio e morte por suicídio. A média de permanência hospitalar foi de 17,5 dias, dois dias a mais que o nosso estudo. A inclusão de casos de óbito por suicídio, a grande proporção de procedimentos cirúrgicos, e a alta permanência hospitalar em leitos de Unidade de Terapia Intensiva podem ter sido responsáveis pela grande diferença do custo hospitalar, na comparação com nosso estudo. Não foi avaliado o custo indireto.

No estudo retrospectivo de D’Mello et al (1995), foi avaliado o custo de internação em Unidade de Terapia Intensiva de pacientes com intoxicação intencional por antidepressivos. O custo individual das intoxicações por antidepressivos tricíclicos foi o dobro do custo individual de intoxicações por antidepressivos inibidores da receptação de serotonina. O tempo de internação hospitalar médio também foi o dobro, com média de 7 e 3 dias respectivamente. Inferindo uma maior gravidade clínica das tentativas de suicídio, e separando esta população para comparação com nosso estudo, verificamos que, em nosso estudo, as tentativas de suicídio ficaram com custo hospitalar quase três vezes mais elevado. Acredito que isso se deu pelo tempo de permanência hospitalar, pois em nosso estudo, os pacientes internados por tentativa de suicídio permaneceram em média 15,4 dias internados.

Não temos dados nacionais de custo de tentativa de suicídio para comparação dos custos encontrados neste estudo.

Mas, em relação às síndromes coronarianas agudas, o estudo nacional mais recente, realizado em serviços do Sistema Único de Saúde, descreve um custo direto médio de R\$5236,00. E custo indireto em um ano de seguimento de R\$14156,6 (Teich e Araujo, 2011). O

custo direto encontrado em nosso estudo é bem mais elevado (R\$7989,56 - \$4633,94 USD) corroborando a ideia de que, tratamentos em serviços hospitalares de ensino tem valores mais elevados do que tratamentos de saúde em estabelecimentos de saúde sem esta missão. Quando olhamos para os valores de custo indireto, sendo este a representação das consequências à produtividade do sujeito pela doença (que independem do serviço prestador de cuidados), percebemos a diferença da realização de follow-ups por períodos mais prolongados. O custo indireto médio descrito por Teich e Araujo (2011), foi 4,5 vezes mais caro do que este estudo.

Apesar da literatura apontar para diferenças de gravidade, e risco para morte por suicídio em pacientes com transtorno mental prévio e tentativa de suicídio (Isometsa et al, 1995; Mann, 2002; Philips et al, 2002 e Bertolote et al, 2003), não encontramos diferenças significativas de custo entre os quadros de primeiro episódio de tentativa de suicídio e tentativas de suicídio com episódios progressivos. Também não encontramos diferenças de valores entre tentativas de suicídio com histórico de transtorno mental prévio (n=9) e pacientes sem diagnóstico de transtorno mental (n=8). Neste ponto encontramos um viés do trabalho: o número de participantes do grupo de tentativas de suicídio (n=17) foi pequeno para realizarmos esta comparação. Mesmo não havendo diferença significativa, os custos indiretos individuais e familiares ficaram mais elevados em pacientes com comorbidade com transtorno mental.

Um importante achado desta pesquisa foi a diferença significativa encontrada entre os custos indiretos para familiares entre os dois eventos. Mesmo com o pequeno tamanho da amostra, agudamente (nos três primeiros meses de seguimento), familiares de pacientes do grupo de tentativas de suicídio têm um impacto socioeconômico maior que familiares de pacientes com síndrome coronariana aguda.

Nesta avaliação de custo indireto familiar estimamos o impacto financeiro para familiares/cuidadores, que deixaram de produzir financeiramente para cuidar dos sujeitos que apresentaram tentativas de suicídio e síndromes coronarianas agudas (cálculo também realizado por perda de capital humano). Mesmo sem haver uma indicação formal médica para vigilância pós-alta hospitalar para os casos de tentativa de suicídio, os cuidadores traziam em seus discursos a necessidade de estarem perto de seus entes queridos, “neste momento de sofrimento”. O mesmo não ocorreu no grupo de comparação.

O resultado encontrado, apesar do pequeno tamanho da amostra, foi significativo estatisticamente. O número de dias de afastamento do trabalho para cuidar do ente adoecido foi

maior no grupo de tentativa de suicídio comparado ao outro grupo. Em consequência, o custo indireto familiar também foi significativamente maior para o grupo de tentativas de suicídio.

A motivação declarada pelo familiar para esta ausência do trabalho não passou por uma necessidade de cuidados clínicos com os pacientes, mas sim por uma preocupação de dar um suporte emocional ao paciente e pelo medo de nova tentativa.

Muito tem-se falado sobre o sofrimento de pessoas próximas e “abandonadas” pelo sujeito que comete o suicídio (Ratnarajah e Schofield, 2008; Cerel et al, 2008). Estima-se que, uma morte por suicídio afete diretamente 6 pessoas (Shneidman,1969). Sentimentos de abandono, culpa e raiva se misturam, podendo levar ao sofrimento mental intenso, e aumentar o risco de suicídio e adoecimento mental nestes familiares. Esta repercussão emocional tem como consequência uma repercussão econômica. Portanto, intervenções em indivíduos com comportamento suicida devem levar em consideração a possibilidade de intervenção familiar concomitante. Hoje, já existe uma indicação formal de acompanhamento para estes familiares. A isto é dado o nome de “postvention” (intervenção post-evento) (Ratnarajah e Schofield, 2008; Cerel et al, 2008; Mc Menamy et al,2008).

Kjellin et al (2005), avaliaram o impacto de diferentes transtornos mentais, suas situações de crise, e violência ao longo do tratamento, que afetam o cuidador/familiar. As tentativas de suicídio foram apontadas como os momentos de maior desgaste emocional pelo medo da repetição do ato e da perda do ente querido, superando crises de heteroagressividade.

Quando comparamos os dois subgrupos de métodos de tentativas de suicídio (autoenvenenamento intencional e método violento) entre si, não encontramos diferenças significativas nos custos. Mesmo sem significado estatístico, as tentativas de suicídio por método violento ficaram (em média) quase o dobro do valor de custo total das tentativas de suicídio por autoenvenenamento, e o dobro de dias de internação. Novamente o tamanho da amostra comprometeu o resultado.

O apontamento no qual as tentativas de suicídio graves podem apresentar um custo econômico semelhante à doença de maior fardo econômico mundial, a síndrome coronariana aguda, nos dá uma ideia da importância deste fenômeno. Além disso, este apontamento pode auxiliar na sensibilização de gestores para este problema de saúde pública.

Programas de prevenção ao suicídio devem ser construídos com bases nas diretrizes da Organização Mundial de Saúde (promoção de saúde, educação permanente para profissionais,

restrição de venda de agrotóxicos, informações de qualidade em banco de dados, cuidados adequados ao indivíduo entre outros). Estes programas, com eficácia comprovada e medidas relativamente simples, podem diminuir os custos econômicos das tentativas de suicídio. Os estudos econômicos do comportamento suicida fazem parte das diretrizes nacionais de prevenção ao suicídio e podem fornecer dados concretos da magnitude deste problema (WHO, 2000). Para tanto, é importante a descrição completa dos custos e das características clínicas. Os custos indiretos não devem ser negligenciados, pois contribuem com um valor importante no custo final do evento (quadro 2).

Quadro 2. Sugestão de componentes para futuros estudos de custo de comportamentos suicidas

Características da amostra:

Idade, gênero

Caracterização da tentativa de suicídio: gravidade, método, Intencionalidade

Protocolos de atendimento

Componentes do custo direto:

Custo dos cuidados clínicos: ambulância, leito hospitalar, procedimentos cirúrgicos, órteses e próteses, exames, pronto socorro, medicações, recursos humanos, segmento extra-hospitalar, reabilitação

Custo do tratamento de saúde mental (interconsulta psiquiátrica, intervenção psicológica)

Custo de outros serviços públicos envolvidos (investigação criminal, transporte, funeral)

Componentes do custo indireto:

Perda de produtividade, ou capital humano perdido devido ao agravo a saúde do indivíduo e de seus cuidadores.

Componentes do custo intangível:

O sofrimento e a dor humana podem ser mensurados por reembolsos judiciais ou o montante financeiro gasto com medidas de segurança e bem estar.

Apesar deste estudo se propor a uma discussão de custos econômicos, não podemos negligenciar o sofrimento humano decorrente das tentativas de suicídio. Este, de difícil mensuração, tem sido negligenciado nas tomadas de decisões políticas. O comportamento suicida não afeta apenas o indivíduo em si. Indivíduos próximos, familiares e cuidadores principalmente, tem um desgaste emocional importante. E, neste trabalho, há um apontamento que este desgaste emocional também representa um ônus financeiro considerável (custo indireto familiar). Atualmente, já há um indicativo na literatura sobre extensão do cuidado a familiares próximos de

pacientes que apresentaram morte por suicídio. Neste estudo, podemos indicar que esta prática deveria se estender também a familiares de pacientes que tentam o suicídio. Estudos de custo-efetividade poderiam direcionar condutas clínicas no sentido de otimizar recursos e melhorar a qualidade de atenção.

O custo econômico das tentativas de suicídio é o preço que se paga em não se tomar medida alguma. E este custo é alto. Onera sistema de saúde, família e meios de produção (custo indireto), impactando pacientes, familiares e sociedade. Estratégias preventivas simples e econômicas, podem poupar vidas e dinheiro. Os cuidados secundários a estes episódios são potencialmente mais caros.

7 - Conclusão:

Os achados do estudo indicam que as tentativas de suicídio graves, com alta intencionalidade suicida e alta letalidade de método utilizado na tentativa de suicídio podem apresentar um custo econômico total tão elevado quanto as síndromes coronarianas agudas, doença com maior fardo econômico mundial, na sua fase aguda (primeiros três meses). A análise comparativa entre os diferentes tipos de custo (custo indireto, custo direto), apontou uma diferença significativa entre o custo indireto familiar dos dois eventos, ficando os valores de custo indireto familiar significativamente mais elevados na amostra de pacientes com tentativa de suicídio. Dentre os componentes do custo direto, o custo hospitalar é responsável pela maior parte dos custos, particularmente as diárias hospitalares. Não encontramos diferença significativa de custos entre pacientes com e sem tentativa de suicídio pregressa, e entre pacientes com e sem transtorno mental prévio. Porém esta avaliação ficou comprometida em consequência do pequeno tamanho da amostra.

Um dos achados mais importantes deste estudo foi a diferença encontrada entre o custo indireto familiar dos dois eventos. Familiares da amostra de pacientes com tentativa de suicídio apresentaram um custo indireto significativamente maior que familiares do grupo de pacientes de síndrome coronariana aguda. Este fato reforça a idéia que o comportamento suicida, também no aspecto econômico, não afeta apenas o indivíduo, mas sim o meio social à sua volta.

8 – Referências Bibliográficas

Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2000; 22(3):106-115.

Andrade EIG, Acúrcio FA, Cherchiglia ML, Belisário SA, Guerra Júnior AA, Szuster DAC, et al. Pesquisa e produção científica em economia da saúde no Brasil. *RAP* 2007; 41(2):211-235.

Araujo DV, Tavares LR, Verissimo R, Ferraz MB, Mesquita ET. Custo da insuficiência cardíaca no Sistema Único de Saúde. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* 2005; 84 (5): 422 - 427.

Banco Central do Brasil – Taxas de câmbio www.bcb.gov.br > [Câmbio e Capitais Internacionais](#) > [Taxas de câmbio](#) acessado em abril de 2010)

Barcellos SMS, Carvalho MSC, Flores R. Detecção de aglomerados espaciais de óbitos por causas violentas em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 1996. *Cadernos de Saúde Pública* 2001; 17 (5): 1141 - 1151 .

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

Beck AT, Shuyler D, Herman I. Development of suicidal intent scale. In: Beck AT, Resnick HIP and Lettiari DJ.edtors. *The prediction of suicide*. Philadelphia: Charles Press; 1974.

Bertolote JM, Fleischmann S, Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. *World Psychiatry* 2002; 1(3):181 – 186.

Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D, Wasserman D. Suicide and mental disorder: do we kwon enough?. *British Journal of Psychiatry* 2003; 183: 382-383.

Bertolote JM. Suicide prevention: at what level does it work?. *World Psyghiatry* 2004; 3:147-151.

Bertolote JM and Wasserman D. Development of definitions of suicidal behaviours. From suicide thoughts to completed suicides. In: Danuta Wasserman and Camilla Wasserman editors. *Oxford Texbook of Suicide and Suicide Prevention. A global Perspective*. Nova Iorque: Oxford University Press; 2009, pp 87-90.

² Organização de referencias baseada na norma do International Committee of Medical Journal Editors (Vancouver), de 2004.

Blackmore ER, Munce S, Weller I, Zagorski B, Stanfeld SA, Steward D, et al. Psychosocial and clinical correlates of suicidal acts: results from a national population survey. *Br J Psychiatry* 2008; 192 (4): 279-284.

Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA et al. Transtornos de humor em enfermarias de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Revista de Saúde Pública* 1995; 29: 355-363.

Botega NJ, Barros MBA, Oliveira HB, Dalgalarondo P, Marin-Leon L. Suicide behavior in the community: Prevalence and factors associated with suicidal ideation. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2005; 27 (1): 45-53.

Byford S, Harrington R, Torgerson D, Kerfoot M, Dyer E, Harrington V, Woodham A, Gill J, McNiven F. Cost-effectiveness analysis of a home-based social work intervention for children and adolescents who have deliberately poisoned themselves. Results of a randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*. 1999; 174: 56-62.

Cassorla RMS. O impacto dos Atos Suicidas no Médico e na equipe de Saúde. *Jornal Brasileiro de Medicina* 1989; 56 (3): 84 – 94.

Castilho V, Jerico MC, Perroca MG. Programa de treinamento sobre método de coleta para exame microbiológico em hospital de ensino: investimento e avaliação de resultado. *Res Latino Am de enfermagem* 2006; 14 (5): 106 – 112.

Castro JD. Instrumentos para a Avaliação Econômica dos Serviços de Saúde. Associação Brasileira de Economia da Saúde – ABRES 2002. Disponível em: www.ans.gov.br/portal/site/forum_saude/financiamentodosetor.asp Acessado em abril 2009.

Cerel J, Jordan JR, Duberstein PR. The impact of suicide on the Family. *Crisis* 2008; 29(1): 38-44.

Carqueira, DRC, Carvalho AXY, Lobão WJA, Rodrigues RI. Análise dos custos e conseqüências da violência no Brasil. Brasília: IPEA, 2007. (Texto para Discussão, 1284).

Chandler BA, Berger LR. The financial burden of injury-related hospitalizations to an Alaska Native health system. *Alaska Med* 2002; 44(2):30-4.

Chaves AC, Pinto RN, Lourenço MT, Mari JJ. Change of psychiatric morbidity amongst recently diagnosed cancer outpatients attending a chemotherapy unit. *Braz J Med Biol Res* 2005; 38 (9): 1423-1427.

Cho DY, Tsao M, Lee WY, Chang CS. Socioeconomic cost of open surgery and gamma knife radiosurgery for benign cranial base tumors. *Neurosurgery* 2006; 58 (5) : 866-873.

Christopher JL Murray ProfDPhil^a, Alan D Lopez PhD. Alternative projections of mortality and

disability by cause 1990–2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997; 349 (9064): 1498-1504.

Classen CA, Yip PS, Corcoran P, Bossarte RM, Lawrence BA e Currier GW. National suicide rates a century after Durkheim: Do we know enough to estimate error?. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 2010; 40 (3): 193-223.

Clayton D and Barcelo A. The cost of suicide in New Brunswick, 1996. *Chronic Disease in Canada* 2000; 20 (3):89-95.

Conover, W.J. *Practical Nonparametric Statistics*. Nova Iorque: 3ª ed. John Wiley & Sons Inc; 1999.

Conwell Y. Suicide in the elderly. In: Schneider LS, Reynolds III CF, Lebowitz BD, Friedhoff AJ, eds. *Diagnosis and treatment of Depression in late life*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1994.

Cunningham SJ. Economic evaluation of healthcare – is it important to us?. *British Dental Journal* 2002; 188 (5): 250-254.

Cutcliffe JR. Research endeavours into suicide: a need to shift the emphasis. *British Journal of Nursing* 2003; 12 (2): 92-99.

Datasus - Brasil. Sistema de Informação sobre Mortalidade/MS/SUS/DASIS. In: *Informação de Saúde – Estatísticas Vitais - Óbitos por causas externas, ano: 2009*. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/ext10uf.def>, acessado em abril de 2012.

Drummond MF, O'Brian B, Stoddart GL & Torrance GW. *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. Oxford: Oxford Medical Publications 2ª ed; 1997.

Drummond MF & Pang F. Transferability of economic evaluation results. In MF Drummond & A McGuire (ed.). *Economic evaluation in health care: merging theory with practice*. Nova Iorque: Oxford University Press 2001; pp. 256-276.

D'Mello DA, Finkbeiner DS, Kocher KN. The cost of antidepressant overdose. *Gen Hosp Psychiatry* 1995;17(6):454-455.

Evans DB, Edejer TTT, Adam T, Lim SS. Methods to assess the costs and health effects of interventions for improving health in developing countries. *British Medical Journal* 2005; 331(7525): 1137- 1140.

Ferris M, Hasket M, Pilkington S, Williams M. Financial analysis of acetaminophen suicide in a teen girl. *Pediatr Nurs* 2007; 33(5):442-451.

Fleck MPA, Louzada S, Chavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pizon V. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida “WHOQOL-BREF”. *Revista de Saúde Pública* 2000; 34 (2): 178-83.

Gonçalves LRC, Gonçalves E, Oliveira Junior LB. Determinantes espaciais e socioeconômicos do suicídio no Brasil: uma abordagem regional. *Nova econ* 2011; 21(2).

GRACE - Rationale and design of the GRACE (Global registry of Acute Coronary Events) Project: a multinational registry of patients hospitalized with acute coronary syndromes. *American Heart Journal* 2001; 141 (2):190-199.

Griffith EEH, Bell C. Recent trends in suicide and homicide among blacks. *JAMA* 1989; 262(16): 2265-69.

Guh S, Xingbao C, Poulos C, Qi Z, Jianwen C, Seidlein Lv, Jichao C et al. Comparison of cost-of illness with willingness-to-pay estimates to avoid shigellosis: evidence from China. *Health Policy and Planning* 2008; 23 (2): 125-136.

Harpham T, Reichenheim M et al. Measuring mental health in a cost-effective manner. *Health policy and planning* 2003; 18 (3): 344 – 349.

Harrison J, Elnpur AA. Lethality of suicide methods. *Injury Prevention* 2008; 14: 39-45.

Harrys EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br J Psychiatry* 1997; 170(2): 205-228.

Hasley JP, Ghosh B, Huggins J, Bell MR, Adler LE, Shroyer W. A review of “suicide intent” within the existing suicide literature. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 2008; 38(5): 576-591.

Hutubessy R. C. W.; Van Tulder M. W.; Vondeling H.; Bouter L. M. Indirect costs of back pain in the Netherlands : a comparison of the human capital method with the friction cost method. *Pain* 1999; 80 (1-2): 201-207.

Heyman EN, Lombardo BA. Managing costs: the confused, agitated, or suicidal patient. *Nurs Econ* 1995;13(2):107-118.

Isometsa E, Henriksson M, Marttunen M et al. Mental disorders in young and middle aged men who commit suicide. *British Medical Journal* 1995; 310: 1366-1367.

Jansen E, Buster MCA, Zuur AI, Das C. Fatality of suicide attempts in Amsterdam 1996-2005. *Crisis* 2009; 30 (4): 180-185.

Jansson B, Stenbacka M, Leifman A, Romelsjö A. A small fraction of patients with repetitive injuries account for a large portion of medical costs. *European Journal of Public Health*. 2004; 14(2):161-167.

Kapur N, House A, May C, Creed F. Service provision and outcome for deliberate self-poisoning in adults--results from a six centre descriptive study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2003; 38(7): 390-395.

Kapur N, House A, Creed F, Feldman E, Friedman T, Guthrie E. General hospital services for deliberate self-poisoning: an expensive road to nowhere?. *Postgrad Med J* 1999a; 75(888): 599-602.

Kapur . Costs of antidepressant overdose: a preliminary study. *British Journal of General Practice* 1999b; 49: 733 – 734.

Kapur N, House A, Dodgson K, May C, Creed F. Hospital management and costs of antidepressant overdose: multicentre comparison of tricyclic antidepressants and selective serotonin reuptake inhibitors. *Journal of Medical Economics* 2001; 4 (1-4): 193-197 .

Kennelly B. The economic cost of suicide in Ireland. *Crisis* 2007; 28 (2): 89-94.

Kerkhof JFM. Attempted Suicide: Patterns and Trends. In: Hawton and K van Heeringen editors. *The international Handbook of Suicide and Attempted Suicide*. Londre: Ed. John Wiley e Sons Ltd; 2000.

Kjellin L, Ostman M. Relatives of psychiatric inpatients--do physical violence and suicide attempts of patients influence family burden and participation in care?. *Nord J Psychiatry* 2005; 59(1):7-11.

Kirschstein R. Disease-specific estimates of direct and indirect costs of illness and NIH support. Department of health and human services 2000. USA.

Kochanek KD, Smith BL. Deaths: preliminary data for 2002. *Nat Vital Stat Rep* 2004; 52 (13): 1 - 48.

Knox KL, Caine ED. Establishing Priorities for Reducing Suicide and Its Antecedents in the United States. *American Journal of Public Health* 2005; 95 (11):1898-1903.

Knox KL, Conwell Y, Caine ED. If suicide is a public health problem, what are we doing to prevent it?. *American Journal of Public Health* 2004; 94: 37-45.

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

Kreitman N, Philip AE, Greer S et al. Parasuicide. *British Journal of Psychiatry* 1969; 115: 746-747.

Kreitman N. *Parasuicide*. Londres: John Wiley e Sons Ltd; 1977.

Law CK, Yip PSF, Chen YY. The economic and Potential Year-of-Life-Lost from suicide in Taiwan, 1997-2007. *Crisis* 2011; 32(3): 152-159.

Lei 498/2007- . In: Camara dos Deputados da República Federativa do Brasil. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=345345>. Acessado em janeiro 2012.

Leitão RJ, Ferraz MB, Chaves AC, Mari J. Cost of schizophrenia: direct cost and use of resources in State of São Paulo. *Rev Saude Pública* 2006; 40(2): 304-309.

Marin-Leon L, Barros MBA. Morte por suicídio: diferenças de gênero e nível socioeconômico. *Revista de Saúde Pública* 2003; 37 (3): 357-363.

Liu JLY , Maniadakis N, GrayA, Rayner M. The economic burden of coronary heart disease in the UK. *Heart* 2002; 88: 597-603.

Lovisi GM, Santos AS, Legay L, Abelha L, Valencia E. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2009; 31(Suplemento): 86-93.

Luna GK, Kendall K, Pilcher S, Copass M, Herman C. The medical and social impact of nonaccidental injury. *Arch Surg*. 1988;123(7): 825-7.

Mann JJ. A current perspective of suicide and suicide attempted. *Ann Intern Med* 2002; 136: 302-311.

Mari JJ, Willians P. A comparison of the validity oftwo psychiatric screening questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in Brazil, using relative operating characteristic (ROC) analysis. *Psychol Med* 1985; 15: 651-659.

Marim HF, Bourie P, Safran C. Desenvolvimento de um sistema de alerta para prevenção de quedas em pacientes hospitalizados. *Res Latino Am de enfermagem* 2000; 8 (3): 27 – 32.

Mcdaid D and Kennelly B. An economic perspective on suicide across the five continents. In: Wasserman D and Wasserman C. editors. *Suicidology and Suicide Prevention A global perspective*. Nova York: Oxford University Press; 2009.

McMenamy JM, Jordan JR, Mitchell AM. What do suicide survivors tell us they need? Result of a polit study. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 2008; 38 (4): 375- 389.

Mendis S, Puska P e Norrving B. *Global atlas on cardiovascular diseases prevention and control*. World Health Organization. Geneva: World Health Organization; 2011.

Miller TR. Costs associated with gunshot wounds in Canada in 1991. *CMAJ*. 1995;153(9):1261-8.

- Moraes E, Campos GM, Figlie NB, Laranjeira RR, Ferraz MB. Conceitos introdutórios de economia da saúde e o impacto social do abuso de álcool. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2006; 28(4): 321-325.
- Moscicki EK, O'Carroll P, Rae DS, Locke BZ, Roy A, Regier DA. Suicide attempts in the epidemiologic catchment area study. *Yale Journal Bio Med* 1988; 61: 259-258.
- Murray CJL, Evans DB, Acharya A and Baltussen RMPM. Development of WHO Guidelines on generalized cost-effectiveness analysis. *Health Economics* 2000; 9: 235-251.
- Nero CRD. O que é economia da Saúde. In: Piola SF and Vianna SM editors. *IPEA Economia da Saúde. Conceitos e contribuição para a gestão da Saúde*. Brasília: Ed IPEA; 2002.
- O'Dea D, Tucker S. *The Cost of Suicide to Society*. Wellington: Ministry of Health. Canadá; 2005.
- Olsson G, Levin LA, Rehnqvist N. Economic consequences of postinfarction prophylaxis with I blockers: cost effectiveness of metoprolol. *British Medical* 1987; 294 (7): 339 – 342.
- O'Sullivan M, Lawlor M, Corcoran P, Kelleher MJ. The cost of hospital care in the year before and after parasuicide. *Crisis* 1999; 20(4):178-183.
- Owens D, Horrocks J, House A. Fatal and non-fatal repetition of self-harm. *British Journal of Psychiatry* 2002; 181: 193-199.
- Palmer, C. S., Revicki, D. A., Halpern, M. T., & Hatziandreu, E. J. The cost of suicide and suicide attempts in the United States. *Clinical Neuropharmacology* 1995; Suppl. 3, S25–S33.
- Phillips MR, Yang G, Zhang Y, Wang L, Ji H, Zhou M. Risk factors for suicide in China: a national case-control psychological autopsy study. *Lancet* 2002; 360: 1728-1736.
- Pietro D, Tavares M. Fatores de risco para suicídio e tentativas de suicídio: incidência, fatores estressores e doença mental. *Jornal Brasileira de Psiquiatria* 2005; 54 (2): 146 – 154.
- Ramchandani P, Murray B, Hawton K, House A. Deliberate self poisoning with antidepressant drugs: A comparison of the relative hospital costs of cases of overdose of tricyclics with those of selective-serotonin reuptake inhibitors. *Journal of Affective Disorders* 2000; 60(2): 97–100.
- Rapeli CB, Botega NJ. Perfis clínicos de indivíduos que fizeram tentativas graves de suicídio internados em um hospital universitário: análise de agrupamento. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2005; 27 (4): 285-289.
- Rapelli C.B – Características Clínicas e demográficas de pacientes internados por tentativas de suicídio no Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas, de outubro de 1995 a setembro de 1996. Campinas – SP, 1997 (Tese de Mestrado – Faculdade de Ciências Médicas – UNICAMP).

Rapelli C.B – Tentativa de suicídio com risco de vida: intencionalidade suicida, letalidade médica e análise de agrupamento. Campinas – SP, 2001 (Tese de Doutorado – Faculdade de Ciências Médicas – UNICAMP).

Ratnarajah D, Schofield J. Survivors' Narratives of the impact of parental suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 2008; 38 (5): 618-630.

Ribeiro RA, Mello RGB, Melchior R, Dill JC, et al. Custo anual do manejo da cardiopatia isquêmica crônica no Brasil. Perspectiva pública e privada. *Arq. Bras. Cardiol* 2005; 85 (1): 1 - 8.

Robicsek F, Ribbeck B, Walker LG, Thomason MH, Hollenbeck JI, Baker JW. The cost of violence. The economy of health care delivery for non-accidental trauma in an urban southeastern community. *N C Med J* 1993; 54(11):578-582.

Rodrigues RI, Cerqueira DRC, Carvalho AX, Lobão WJA. Custo da Violência para o Sistema Público de Saúde no Brasil. Brasília: IPEA, 2007. (Texto para Discussão, 1295).

Rosamond W, Flegal K, Furie K, Go A, Greenlund K, Haase N, Hailpern SN et al. Heart disease and stroke statistics – 2008 update. A report from The American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. *Circulation* 2008; 117: e25-e146.

Rosen DH. The Serious Suicide Attempt: Five-year Follow-up study of 886 patients. *JAMA* 1976; 235 (19): 2105 – 2119.

Runeson B, Wasserman D. Management of suicide attempters: what are the routines and the costs?. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 90(3): 222-228.

Runeson B, Tidemalm D, Dahlim M, Lichtenstein P, Langstrom N. Method of attempted suicide as predictor of subsequent successful suicide: national long term cohort study. *BJM* 2010; 340: 3222-3228.

Sagmeister M, Gessnerf U, Oggierf W, Horisbergerf B e Gutzwillert F. An economic analysis of ischaemic heart disease in Switzerland. *European Heart Journal* 1997; 18(7): 1102-1109.

Schmidtke A, Bille Brahe U, De Leo D, Kerkhof A, Bjerke T et al. Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1996; 93: 327-338.

Serinken M, Karcioglu O, Sengul C, Turkcuier I, Keysan MK. Hospital costs of managing deliberate self-poisoning in Turkey. *Med Sci Monit* 2008; 14(3):CR152-158.

Shahid M, Khan MM, Naqvi H, Razzak J. Cost of treatment of deliberate self-harm. A study from Pakistan. *Crisis* 2008; 29(4): 213-215.

Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Herqueta T, Baker R, Dunbar GC. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry* 1998; 59(Suppl 20):22- 33.

Shneidman ES. Prologue. In: E. S. Shneidman editor. *On the nature of suicide*. Sao Francisco: Jossey-Bass; 1969.

Silva NAS, Aguiar GR, Nogueira AR, Duarte MMT, Alves RHF. Importância clínica dos custos diretos hospitalares em pacientes com hipertensão arterial em tratamento num hospital universitário, Rio de Janeiro, Brasil. *Revista de Saúde Publica* 1986; 20(4): 293 – 302.

Singh BC, Hawthome G. The role of economic evaluation in mental health care. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2001; 35(1): 104–117.

Smith K, Shah A, Wright KM, Lewis G. The Prevalence and Costs of Psychiatric Disorders and Learning Disabilities. *British Journal of Psychiatry* 1995; 166(1): 9 – 18.

Soares CR, Menezes PR. Avaliação do impacto econômico em famílias de pacientes com transtornos mentais graves. *Revista de Psiquiatria Clínica* 2001; 28 (4):183 – 190.

Stack S. Societal economic costs and benefits from death: another look. *Death Stud* 2007; 31(4):363-372.

Stefanello S, Cais CFS, Mauro MLF, Freitas GVS, Botega NJ. Gender differences in suicide attempts: preliminary results of the multisite intervention study on suicidal behavior (SUPRE-MISS) from Campinas, Brasil. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2008; 30 (2).
<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462006005000063>

Sut N, Memis D. Intensive care costs of acute poisoning cases. *Clin Toxicol (Phila)* 2008; 46(5):457-460.

TeichV, Araujo DV. Estimativa de Custo da Síndrome Coronariana Aguda no Brasil. *Revista Brasileira de Cardiologia* 2011; 24(2): 85-94.

Thompson MS. Willingness to pay and accept risk to cure chronic disease. *American Journal of Public Health* 1986; 76 (4): 392- 396.

Vansan GA. Aspectos epidemiológicos comparativos entre tentativa de suicídio e suicídio no município de Ribeirão Preto. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 1999; 48 (5): 209 – 215.

Viscusi, W. K. *Cigarette taxation and the social consequences of smoking*. Cambridge: NBER 1984.

Waller JA, Skelly JM, Davis JH. Characteristics, costs, and effects of violence in Vermont. *J Trauma* 1994; 37(6):921-927.

Werneck GL, Hasselmann MH, Phebo LB; Denise E. Vieira DE, Gomes VLO. Tentativas de suicídio em um hospital geral no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2006; 22 (10): <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006001000026>.

Werlang B, Botega NJ, editors. *Comportamento Suicida*. Porto Alegre: Artmed; 2004.

World Health Organization. *The World Health Report 2003 — Shaping the Future*. Geneva: WHO; 2003. Available from URL: <http://www.who.int/whr/2003/en/>. Accessed in 2004 (Out 14)

WHO. *Figures and facts about suicide*. Geneve: World Health Organization; 2002. Accessed in oct, 2009.

WHO. *Multisite intervention study on suicidal behaviors: SUPRE-MISS. Protocol of SUPRE-MISS*. Geneva: WHO, 2002.

WHO. *Preventing Suicide: A Resource for General Physicians*. In: Department of Mental Health. Geneva: World Health Organization; 2000.

WHO. *The Global Burden of Disease: 2004 update*. In. Genebra: World Health Organization; 2005.

Yang B, Lester D. Recalculating the economic cost of suicide. *Death Stud* 2007; 31(4):351-61.

Yeo HM. The cost of treatment of deliberate self-harm. *Arch Emerg Med* 1993; 10(1):8-14.

Yip PS, Chiu LH. Teenage attempted suicide in Hong Kong. *Crisis* 1998; 19(2):67-72.

Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67:361-370.

Zhu B, Ascher-Svanum H, Faries DE, Peng X, Salkever D, Slade EP. Costs of treating patients with schizophrenia who have illness-related crisis events. *BMC Psychiatry* 2008; 8(72).

9 – Anexos

Anexo I – Entrevista

Identificação

Nome Completo			
Logradouro (avenida, rua, alameda)			Número
Complemento		Bairro	
Cidade		Estado	CEP
Telefone para contato	Nome		
Telefone para contato	Nome		
Telefone para contato	Nome		
Data de Nascimento	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Nacionalidade	
Escolaridade Completa			
Série:		Grau:	
Estado Civil			Estado Civil Desde
<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado/Amasiado <input type="checkbox"/> Separado/Divorciado <input type="checkbox"/> Viúvo			
Situação Atual			
<input type="checkbox"/> Desempregado desde: _____		<input type="checkbox"/> Emprego informal	<input type="checkbox"/> Emprego formal
<input type="checkbox"/> Aposentado por tempo de serviço desde: _____		<input type="checkbox"/> Aposentado por invalidez desde: _____	
<input type="checkbox"/> Afastamento previdenciário desde: _____		Motivo: _____	
Se desempregado, qual a sua fonte de renda?			
É responsável pelo sustento familiar?			
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se não, quem é? _____			
Tem filhos?		É responsável por mais alguma criança?	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, quantos? _____		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, quantos? _____	
Onde você mora?			
<input type="checkbox"/> Casa Própria		<input type="checkbox"/> Casa Alugada	<input type="checkbox"/> Casa de Parentes/Amigos
<input type="checkbox"/> Instituição Penitenciária		<input type="checkbox"/> Lar ou Asilos	<input type="checkbox"/> Instituição Psiquiátrica
<input type="checkbox"/> Outros: _____			
Em que região você mora?			
<input type="checkbox"/> Zona Rural		<input type="checkbox"/> Zona Urbana	
Quantas pessoas vivem na mesma casa com você atualmente?			
<input type="checkbox"/> Sozinho		<input type="checkbox"/> Cônjuge	<input type="checkbox"/> Filhos, Quantos: _____
<input type="checkbox"/> Outros, Quem e quantos? _____			
Durante o último ano você ficou desempregado?			Qual é aproximadamente sua renda mensal?
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Por quanto tempo? _____			_____
Nos últimos 3 meses, qual foi o gasto de sua família com saúde?		Qual a sua religião?	Você a pratica?
_____		_____	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Tentativa de Suicídio Atual

Data	Hora	Local	
Método			
Motivo (palavras do paciente)			
Entrada no Hospital			
Data:	Hora:		
Atendido por:			
<input type="checkbox"/> Serviço de Emergência	Permanência: _____ horas	<input type="checkbox"/> UCO Permanência: _____ horas	
<input type="checkbox"/> Retaguarda	Permanência: _____ horas	<input type="checkbox"/> UTI Permanência: _____ horas	
<input type="checkbox"/> Enfermaria:	_____	Permanência: _____ horas	
Necessitou de Centro Cirúrgico?			
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Se sim, quantas horas?	
Escala de Letalidade (Risco de óbito sem intervenção médica.):			
<input type="checkbox"/> 1 - 25%	<input type="checkbox"/> 2 - 50%	<input type="checkbox"/> 3 - 75%	<input type="checkbox"/> 4 - 100%

Histórico de Comportamento Suicida Prévio

PENSAMENTO: Alguma vez já pensou em por fim à sua vida?	Se sim, este pensamento ocorreu alguma vez nos último 12 meses?
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
PLANO: Alguma vez já planejou uma tentativa de suicídio?	Se sim, você planejou nos último 12 meses?
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
TENTATIVA: Você já tentou suicídio anteriormente?	Se sim, você planejou nos último 12 meses?
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Número de Tentativas Anteriores	

Síndrome Coronariana Aguda

Data	Hora	Diagnóstico
Entrada no Hospital		
Data:	Hora:	
Atendido por:		
<input type="checkbox"/> Serviço de Emergência	Permanência: _____ horas	<input type="checkbox"/> UCO Permanência: _____ horas
<input type="checkbox"/> Retaguarda	Permanência: _____ horas	<input type="checkbox"/> UTI Permanência: _____ horas
<input type="checkbox"/> Enfermaria:	_____	Permanência: _____ horas
Necessitou de Procedimento Invasivo?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> CAT <input type="checkbox"/> Revascularização <input type="checkbox"/> Outros
Escala de Letalidade:		
<input type="checkbox"/> 1 - não houve risco de vida.	<input type="checkbox"/> 2 - houve risco de vida	<input type="checkbox"/> 3 - definitivamente houve risco de vida

Histórico de Familiar de Comportamento Suicida

Algum parente seu tentou suicídio?						
<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Pai	<input type="checkbox"/> Mãe	<input type="checkbox"/> Tios	<input type="checkbox"/> Irmãos	<input type="checkbox"/> Filhos	<input type="checkbox"/> Avós
Algum parente seu morreu por suicídio?						
<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Pai	<input type="checkbox"/> Mãe	<input type="checkbox"/> Tios	<input type="checkbox"/> Irmãos	<input type="checkbox"/> Filhos	<input type="checkbox"/> Avós

Alta Hospitalar

Data

Paciente encaminhado para:

Saiu sem encaminhamento

Cuidados psiquiátricos no CS

Cuidados clínicos no CS

Cuidados psiquiátricos em ambulatório especializado público

Cuidados clínicos em ambulatório especializado público

Cuidados psiquiátricos em ambulatório especializado particular

Cuidados clínicos em ambulatório especializado particular

O paciente aceitou o encaminhamento?

Sim

Não

Não teve certeza se compareceria

Concorda em comparecer ao HC para uma nova entrevista?

Sim

Não

Aceita uma entrevista por telefone?

Sim

Não

Anexo II – Vinheta Clínica dos participantes do estudo

Casos de tentativa de suicídio

Paciente	Caso Clínico
CC 40 anos Masculino	Tentativa de suicídio (TS) com ferimento perfurocortante em abdome. Havia tido 3 TS anteriores sendo 2 no último ano. Referia angustia e solidão.
GVF 31 anos Masculino	TS com ferimento a faca no pescoço. Paciente deprimido há 6 meses, sem tratamento pregresso, com piora progressiva dos sintomas e muita angústia no momento da TS
JGM 31 anos Masculino	TS com tiro de arma de fogo no abdome. Deprimido há 6 meses, sem tratamento, com 1 TS anterior nesse período. Motivado por rompimento amoroso.
CAPB 38 anos Masculino	Paciente dependente de álcool e deprimido, sem histórico de TS ou de tratamento psiquiátrico. Fez TS intoxicação por Daonil e álcool por piora da angústia depressiva.
ECP 59 anos Masculino	TS por intoxicação com carbamato, sem histórico de TS anteriores. Bastante deprimido (há 3 meses) por mudança no estilo de vida. Sentimento de menos valia intenso.
FAQ 33 anos Masculino	TS por intoxicação com carbamazepina e diazepam. Paciente epilético com 2 TS anteriores. Em tratamento para quadro depressivo. Última tentativa há 8 meses.
VPS 36 anos Masculino	TS por intoxicação com carbamato. Paciente sem histórico de TS, com depressão ansiosa há 4 meses, sem tratamento. Desencadeante: angústia com trabalho e separação da esposa. “Não via outra saída”.
WAR 39 anos Masculino	TS por intoxicação com carbamato. Histórico de 1 TS anterior, também por carbamato. Ambas motivadas por situação de estresse e dívidas financeiras, sentindo-se sem saída.
CSP 60 anos Masculino	TS por intoxicação com carbamato e álcool. Histórico de 5 TS anteriores (3 ferimento com faca e 2 intoxicações), em tratamento por transtorno depressivo. Referia angustia extrema após abandono de tratamento.
PCS 42 anos Masculino	TS por enforcamento. Histórico de avaliação psiquiátrica recente por ideação suicida sem intervenção. Sem histórico de tratamento psiquiátrico, referindo descontentamento com trabalho atual e condições de moradia. Referia “desespero”.
JHSO 35 anos Masculino	TS por ferimento perfuro cortante em pescoço após cometer o homicídio da esposa e cunhado. Antecedente de dependência a múltiplas drogas, sem tratamento prévio, referia ciúme extremo e “falta de motivo para viver”
CPL 42 anos Masculino	TS por ingestão de soda cáustica após discussão com a esposa. Antecedente de 2 TS anteriores(enforcamento e ferimento com faca), sem tratamento prévio. HIV positivo, referia estar sem esperança
AE 37 anos Masculino	TS por ferimento perfuro cortante no pescoço. Dependente de álcool e depressivo, sem tentativas de suicídio anteriores, referia como motivo da TS “querer parar de dar trabalho a mãe”
IFS 49 anos	TS por intoxicação por carbamato. Histórico de planejamento suicida, dependência ao álcool, sem tratamento prévio. Fator

Masculino	desencadeante “frustração, desespero e desemprego
CAM 31 anos Feminino	TS por intoxicação por carbamato. Irritada, sem antecedentes prévios, referindo perda de controle “emocional” devido dívidas financeiras e dificuldades com marido. Não aceitou seguimento psiquiátrico ou clínico.
EMX 34 anos Feminino	TS por intoxicação por quetiapina. Paciente acompanhada em CAPS III da região por T. Personalidade Borderline e depressão. Referia tristeza e sentimento de culpa por problemas da família e dos filhos.
SO 30 anos Feminino	TS por intoxicação por carbamato. Paciente com 2 TS anteriores por intoxicação exógena, abandonou tratamento para depressão antes desta TS. Preferiu não comentar a motivação para TS atual.

Casos de síndrome coronariana aguda.

GDN 55 anos Masculino	SCA de alto risco com antecedente de Hipertensão arterial, infarto agudo do miocárdio (IAM) em 1996, obesidade mórbida, tabagismo e depressão (em tratamento). Incapacitado para trabalho desde o IAM
AMAJ 55 anos Masculino	SCA de alto risco com antecedente de hipertensão arterial e IAM há 1 ano. Após IAM paciente mantinha-se trabalhando. Porém passou a apresentar precordialgia a mínimos esforços.
EGL 44 anos Masculino	SCA de alto risco. Paciente com afastamento previdenciário por acidente de trabalho há 7 anos, apresentou precordialgia aos esforços e de repouso. Descoberto dislipidemia na internação.
EVS 42 anos Masculino	SCA de alto risco com antecedente de IAM há 1 ano, tabagismo e dislipidemia. Apresentando precordialgia a mínimos esforços.
SSL 50 anos Masculino	SCA de alto risco, sem quadro progressivo. Antecedente de tabagismo. Realizou cateterismo cardíaco por precordialgia progressiva, chegando ao PS com dor típica sem alteração enzimática.
ELS 48 anos Masculino	SCA de alto risco com antecedente de IAM há 4 meses. Com antecedente de tabagismo e dislipidemia, apresentou precordialgia típica sem alteração enzimática.
JLFB 62 anos Masculino	SCA de alto risco com antecedente de diabetes melitus, hipertensão arterial, tabagismo. Submetido a revascularização miocárdica durante internação
AA 57 anos Masculino	SCA de alto risco em paciente previamente hígido. Descobriu, durante internação ser hipertenso. Paciente bastante ansioso sem tratamento.
JB 57 anos Masculino	IAMa pós angioplastia. Antecedente pessoal de IAM há 10 meses. Antecedente de dislipidemia e hipertensão arterial.
JCTS 49 anos Masculino	SCA de alto risco em paciente hipertenso, com IAM prévio, tabagista. Durante a internação foi submetido a revascularização miocárdica.
JGG 47 anos	IAM sem supra desnivelamento de ST em paciente hipertenso e obeso, submetido, durante internação, a colocação de STENT.

Masculino	
AKSP 39 anos Masculino	SCA de alto risco em paciente com angina instável pós revascularização miocárdica. Realizado cateterismo cardíaco e programado nova cirurgia
DRC 60 anos Masculino	SCA de alto risco em paciente com angina instável, IAM em 2009, hipertenso, diabético tipo II e tabagista. Realizado revascularização miocárdica.
TSS 70 anos Feminino	SCA, angina após 2 dias de IAM em paciente obesa, hipertensa, diabética tipo II. Realizado cateterismo cardíaco.
AAB 62 anos Feminino	SCA de alto risco em paciente hipertensa e dislipidêmica. Histórico familiar para TS. Feito agendamento para investigação e seguimento ambulatorial.
MJS 49 anos Feminino	SCA de alto risco em paciente hipertensa, dislipidêmica, diabética tipo II, com IAM prévio em 2008. Realizou revascularização miocárdica.
JIS 42 anos Masculino	IAM sem supra desnívelamento em paciente com angina instável, hipertenso e tabagista. Apresentou reação anafilática durante cateterismo cardíaco. Submetido a revascularização miocárdica.

Anexo III – Exemplo dos Custos Hospitalares da TS

GVF, masculino, 31 anos

	Quantidade	Valor unitário (Reais)	Total (Reais)
Medicamentos			
Glicose 5% 1000ml	14	2,07	28,98
Cloreto de potássio 19.1% 1amp 10ml	14	0,1041	1,4574
Cloreto de sódio 10% 1amp 10ml	14	0,0886	1,2404
Cloreto de sódio 0.9% 250ml	24	1,95	46,8
Cefazolina 1000mg amp	15	0,75	11,25
Dipirona 500mg/ml amp (2ml)	12	0,195	2,34
Fentanila, citrato 0,05mg/ml	48	1,24	59,52
Midazolam 5mg/ml amp	96	0,66	63,36
Amoxicilina +clavulanato de potássio 1g amp	30	2,76	82,8
Fluoxetina 20mg cp	10	0,073	0,73
Risperidona 1mg cp	12	0,052	0,624
Clonazepam 0,5mg cp	1	0,031	0,031
Procedimentos			
Cervicotomia Exploratória	1	1460,58	1.460,58
Traqueostomia	1	486,86	486,86
Diárias Hospitalares			
Enfermaria do Trauma/diárias	9	485,87	4.372,83
Enfermaria de Psiquiatria	2	321,73	643,46
Órtese/Protese			
Sonda Duboff Naso enteral	1	16,00	16,00
Tubo Oro Traqueal 7,5	1	12,5	12,5
Dreno de Penrose	1	0,90	0,9
Prótese de traqueostomia Metálica	1	23,50	23,5
Exames Propedeuticos			
Gasometria Arterial	2	10,52	21,04
Potassemia	4	2,33	9,32
Natremia	4	2,33	9,32
Ureia Plasmática	4	2,33	9,32
Creatinina Plasmática	4	2,33	9,32
Hemograma Completo	2	6,12	12,24
Coagulograma 2	1	6,12	6,12

Coagulograma 1	1	6,12	6,12
Tipagem Sanguínea	1	6,12	6,12
Dosagem de Gama-GT	1	2,33	2,33
Dosagem Transaminase ALT	1	2,33	2,33
Dosagem Transaminase AST	1	2,33	2,33
Fosfatase Alcalina	1	2,33	2,33
Dosagem de TSH	1	16,93	16,93
Dosagem de tirotoxina T4 livre	1	16,93	16,93
Hemograma - Globais	5	6,12	30,6
Videolaringoscopia	1	371,92	371,92
Total			7841,062

Anexo IV – Exemplo dos Custos Hospitalares da atenção ao Paciente Síndrome Coronariana Aguda

EGL, masculino, 44 anos

	Quant	Valor Unit	Total
Medicamentos			
Sinvastatina 10 mg	48	0,10	4,8
Propranolol 40mg cp	48	0,06	2,88
Omeprazol 20mg cp	12	0,025	0,3
Alopurinol 100mg	12	0,031	0,372
Heparina 5000ui amp	3	3,95	11,85
Procedimentos			
Diaria Hospitalar			
Enfermaria da Cardiologia/diárias	13	420,16	5462,08
Órtese/Protese			
Stent	1	2.034,50	2034,5
Exames Propedeuticos			
Potassemia Plasmática	5	2,33	11,65
Natremia	5	2,33	11,65
Ureia plásmatica	5	2,33	11,65
Creatinina Plasmatica	5	2,33	11,65
Hemograma Completo	1	6,12	6,12
Coagulograma	2	6,12	12,24
Hemograma - Globais	2	6,12	12,24
Glicemia de jejum	1	2,33	2,33
Gasometria Arteria	4	10,52	42,08
Eletrocardiograma	5		0
Total			7638,39

