

MARIA CLÁUDIA DA CRUZ PIRES

**INDICADORES DE RISCO PARA TENTATIVA DE SUICÍDIO
POR ENVENENAMENTO: UM ESTUDO DE CASO-CONTROLE**

RECIFE

2014

MARIA CLÁUDIA DA CRUZ PIRES



**INDICADORES DE RISCO PARA TENTATIVA DE SUICÍDIO
POR ENVENENAMENTO: UM ESTUDO DE CASO-CONTROLE**

RECIFE

2014

MARIA CLÁUDIA DA CRUZ PIRES

**Indicadores de risco para tentativa de suicídio por
envenenamento: um estudo de caso-controle**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, área de concentração Psiquiatria, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento.

Orientador: Prof. Dr. Othon Coelho Bastos Filho

Co-orientador: Prof. Dr. Everton Botelho Sougey

RECIFE

2014

Ficha catalográfica elaborada pela
Bibliotecária: Mônica Uchôa, CRB4-1010

P667i Pires, Maria Cláudia da Cruz.
Indicadores de risco para tentativa de suicídio por envenenamento:
um estudo de caso-controle / Maria Cláudia da Cruz Pires. – Recife: O
autor, 2014.
145 f.: il.; tab.; 30 cm.

Orientador: Othon Coelho Bastos Filho.
Tese (doutorado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS.
Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do
Comportamento, 2014.
Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Tentativa de suicídio. 2. Envenenamento. 3. Fatores de risco. 4.
Toxicidade. I. Bastos Filho, Othon Coelho (Orientador). II. Título.

612.665 CDD (22.ed.) UFPE (CCS2014-191)

**RELATÓRIO DA BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE TESE DA
DOUTORANDA MARIA CLÁUDIA DA CRUZ PIRES**

No dia 19 de março de 2014, às 9h, na Sala de Aula do Térreo do Programa de Pós-Graduação em Anatomia Patológica do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, os Professores: Kátia Cristina Lima de Petribú, Doutora Professora do Departamento de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco; José Waldo Câmara Filho, Doutor Professor do Centro de Tecnologia e Ciências Humanas da Universidade Católica de Pernambuco; Sandra Lopes de Souza, Doutora Professora do Departamento de Anatomia da Universidade Federal de Pernambuco; Murilo Duarte da Costa Lima, Doutor Professor do Departamento de Neuropsiquiatria da Universidade Federal de Pernambuco e Othon Coelho Bastos Filho, Doutor Professor do Departamento de Neuropsiquiatria da Universidade Federal de Pernambuco, componentes da Banca Examinadora, em sessão pública, argüiram a Doutoranda MARIA CLÁUDIA DA CRUZ PIRES, sobre a sua Tese intitulada **“INDICADORES DE RISCO PARA A TENTATIVA DE SUÍCIDIO POR ENVENENAMENTO: UM ESTUDO DE CASO-CONTROLE”**, orientada pelo Professor Othon Coelho Bastos Filho. Ao final da argüição de cada membro da Banca Examinadora e resposta da Doutoranda, as seguintes menções foram publicamente fornecidas:

Prof ^a . Dr ^a . Kátia Cristina Lima de Petribú	-----
Prof. Dr. José Waldo Câmara Filho	-----
Prof ^a . Dr ^a . Sandra Lopes de Souza	-----
Prof. Dr. Murilo Duarte da Costa Lima	-----
Prof. Dr. Othon Coelho Bastos Filho	-----

Prof.^a Dr^a. Kátia Cristina Lima de Petribú

Prof. Dr. José Waldo Câmara Filho

Prof^a. Dr^a. Sandra Lopes de Souza

Prof. Dr. Murilo Duarte da Costa Lima

Prof. Dr. Othon Coelho Bastos Filho
Presidente da Banca

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROPSIQUIATRIA E CIÊNCIAS DO
COMPORTAMENTO**

Pró-Reitoria para Assuntos de Pesquisa e Pós-Graduação
Programa de Pós-Graduação

REITOR

Prof. Anísio Brasileiro de Freitas Dourado

VICE-REITOR

Prof. Silvio Romero de Barros Marques

PRÓ-REITOR DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

Prof. Francisco de Sousa Ramos

DIRETOR DO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Prof. Nicodemus Teles de Pontes Filho

**COORDENADOR DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
NEUROPSIQUIATRIA E CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO**

Prof. Marcelo Valença

**VICE-COORDENADORA DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
NEUROPSIQUIATRIA E CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO**

Profa. Sandra Lopes

CORPO DOCENTE

Ângela Amâncio dos Santos

Ana Elisa Toscano

Amaury Cantilino

Belmira Lara da Silveira Andrade da Costa

Claudia Jacques Lagranha

Everton Botelho Sougey

Gilson Edmar Gonçalves e Silva

Hilton Justino da Silva

Hildo Rocha Cirne Azevedo Filho

Hugo André de Lima Martins

João Ricardo Mendes de Oliveira

João Henrique da Costa Silva

Kátia Karina do Monte Silva

Luciana Patrícia A. de Andrade Valença

Lucio Vilar Rabelo Filho

Luiz Ataíde Junior

Marcelo Moraes Valença

Marcelo Cairrão Araújo Rodrigues

Maria Lúcia de Bustamante Simas

Maria Lúcia Gurgel da Costa

Murilo Duarte Costa Lima

Otávio Gomes Lins

Othon Bastos Filho

Paula Rejane Beserra Diniz

Pedro Augusto Sampaio Rocha Filho

Raul Manhães de Castro

Rosana Christine Cavalcanti Ximenes

Sandra Lopes de Souza

Silvia Regina Arruda de Moraes

Dedico esta tese a todos aqueles que, à margem da sociedade, da família e de uma política efetiva de saúde mental, tomados de desesperança, atentam contra a própria vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço:

a Deus, pela sorte de estar viva e produtiva, sobretudo pela dádiva de permanecer determinada, aprendendo um pouco mais a cada dia;

aos meus queridos pais Idalina e Claudino, por sempre me incentivarem e acreditarem em mim. Com seus exemplos de vida, estimulam-me na realização de novos sonhos e, principalmente, através de seus apoios inexoráveis, oferecem-me ânimo para a conclusão de todos eles;

ao meu neto Gael Claudino, a quem, mesmo antes de nascer, já amo incondicionalmente;

às minhas amadas filhas Marcela e Flavia, que conseguem me oferecer “um motivo maior” ao dever de minha consciência, que é o de superação e o de buscar sempre o melhor;

ao professor Doutor Everton Botelho Sougey, companheiro, amigo, mentor e também meu co-orientador, não apenas por ter acreditado em mim, mas também pela paciência de ter me acompanhado no processo de redescobrimto da vida acadêmica e, em especial, pelo seu exemplo de entusiasta, sempre dedicado à Ciência Psiquiátrica e à vida acadêmica. Agradeço, sobretudo, por permanecer me apoiando ao longo desse árduo período em que a minha dedicação esteve priorizada neste estudo;

ao professor Doutor Othon Bastos, por ter permanecido como meu orientador na continuação deste estudo e pelo seu exemplo e dedicação à Ciência Psiquiatria, servindo como exemplo na vida acadêmica e, principalmente, por transmitir uma disposição otimista e dinâmica;

à professora de Estatística Doutora Cristina Raposo, que me acompanhou de modo paciente e incansável não só nos dados estatísticos, mas me doando incentivo e esclarecimentos valiosos para a conclusão deste estudo;

às minhas queridas irmãs Maria de Fátima da Cruz Pires (in memorian), Maria Izabel Pires Coelho; Maria Idalina da Cruz Pires e Maria Regina Rosa e Silva (irmã por afinidade) que, além de amigas essenciais, são apoios certos nas horas incertas, dando à vida mais leveza e alegria;

aos meus sobrinhos Daniel Pires Coelho, Rebeca Coelho, Rafael Pires Coelho, Carolina Victor, Raquel Pires Coelho, Maria Eduarda Pires Moreira, João Gabriel Pires Moreira; aos adoráveis sobrinhos netos Lucas Claudino, Helena de Fátima e Bianca; bem como aos meus enteados Amanda Sougey e Everton Filho, que considero filhos de coração. Saibam que, apenas por existirem, motivam-me a continuar aprendendo, oferecendo maior ânimo para acreditar em uma vida cada vez melhor;

aos meus irmãos por afinidade Eduardo Montenegro, Sylvio José P. Santos, João Coelho e Flávio Rodrigues, pelo carinho e apoio recebidos;

aos amigos – agora na categoria de irmãos – Denis Melo e Emilia Ferrario não só pela prova de amizade, mas pelo exemplo de vida e de sabedoria, doando momentos de alegrias com as histórias bem contadas e a musicalidade em alta, assim como pelo animo elevado e autêntico. Incluo nesse agradecimento os seus filhos Christiano Augusto, Alessandra e Karla; e netos Karen, Henrique, Christiano Filho, Rafaela, Vitor, Gabriela e Marcela, que, de mãos dadas, robustecem a família, tornando-a ainda mais divertida e forte;

a Helena Pimentel, amiga de tanto tempo, agora com Léo e André, incluídos definitivamente no rol de irmãos e sobrinho queridos, dando à vida mais consistência e contentamento;

a Jussara, Douglas, Alana e Samara, pelo exemplo perene de amizade e de destinos compartilhados;

a Márcia, Mauro e Arthur, pela amizade singela e por cultivarem o amor acima de tudo;

a equipe de trabalho, representada pelos colegas Michel Melo, Rodrigo Lima, Tatiana de Paula e Marília dos Santos, por terem me ajudado em momentos diferentes, mas sempre de modo incansável e paciente;

as Sras. Solange Martins e Fátima Gomes, pelo apoio e dedicada contribuição na Secretaria da Pós-Graduação em Neuropsiquiatria em Ciências do Comportamento da UFPE;

aos meus professores e colegas, que me acompanharam nas diversas disciplinas, pelo prazer da descoberta de novos conhecimentos e amizades;

pelo apoio extraordinário, um agradecimento adicional a Everton, Maria Idalina, Maria Izabel, Marcela, Flávia, Tatiana os quais não mediram esforços, inclusive com horas ininterruptas de estudo, neste duro período;

aos examinadores, Drs.^(as) Sandra Lopes, Murilo Costa Lima, Jose Valdo Camara, pelo aprendizado e sugestões valiosas que me proporcionaram, não só na vida acadêmica, mas, especialmente, durante o exame de qualificação;

a todos os presentes e ausentes, em particular aos demais familiares, a colega Rosa Arcuri pela amizade e competência profissional, os meus agradecimentos permanentes - a Lousane Carvalho – a minha incansável personal trainer e, aos colaboradores como Fabiana Ayres, Jorge Carolino de Souza, Fábila de Araújo, Abílio Souto Maior (in memoriam), a colega Ana Elizabeth Vieira da Cunha e aos participantes do Grupo de Estudo Sobre o Suicídio (GESS), assim como outros amigos, dentre eles ressalto, Daniela Brown e Guilherme Ribeiro Filho assim como outros que me ajudaram e me incentivaram para a conclusão deste estudo;

a todos os pacientes que aceitaram participar deste estudo, pela disponibilidade em dividir particularidades de suas vidas e por me ajudarem a aprender com seus depoimentos;

a todos os pacientes que se encontram sob meus cuidados profissionais, durante o período da elaboração deste estudo, pela compreensão por terem aceitado alterar os horários de seus atendimentos, em função das nossas atividades acadêmicas;

a Bartô, companhia inseparável em todos os momentos.

Apesar de longo em palavras, esse agradecimento sempre me parecerá curto, cada vez que me recordar da contribuição individual e global que recebi em cada etapa.

[...] ”Há mais suicídios no mundo do que imaginamos, mas são suicídios parciais. Muita gente destrói as mais belas porções de si mesmo e não sua vida. Eis tudo. O homem que põe termo à vida não é culpado de deformação própria. Destruir-se por inteiro, de um só golpe, é respeitar mais seu ser imortal do que seria mutilá-lo em vida, das suas mais nobres faculdades e aspirações”.

G .Flaubert (1821-1880)

RESUMO

O suicídio é um fenômeno humano complexo, universal e que representa um grande problema de saúde pública. Considerando o envenenamento o método mais utilizado para a tentativa de suicídio, este trabalho propôs investigar alguns possíveis indicadores de risco neste tipo de tentativa. Trata-se de um estudo caso-controle, realizado em uma emergência geral de um hospital público na cidade do Recife. A amostra contou com 220 indivíduos, distribuídos em dois grupos, compostos por 110 pacientes cada um, que estavam em tratamento, sendo o grupo dos casos aqueles sobreviventes de tentativa de suicídio por envenenamento e os controles, pacientes sem história de intoxicação/envenenamento ou tentativa de suicídio. Foram utilizados dois instrumentos de avaliação: a Entrevista Diagnóstica Estruturada e Padronizada M.I.N.I – Mini Internacional Neuropsychiatric Interview – e um formulário sócio demográfico de pesquisa, confeccionado para atender aos objetivos do estudo. Este questionário foi aplicado em forma de entrevista onde constam os dados sociodemográficos, a história clínica, os antecedentes pessoais e hereditários e alguns dados da curva de vida. Para análise dos dados, foram construídas tabelas uni e bidimensionais com as frequências absolutas e relativas, bem como calculados os valores das Odds-Ratios e seus respectivos intervalos com 95% de confiança, associados aos níveis descritivos do teste qui-quadrado de independência de Pearson. Na análise multivariada, foi ajustado um modelo de regressão logística binária, incluindo como possíveis variáveis explicativas todas aquelas que na análise bidimensional apresentaram associação significativa ao nível inferior a 0,20. O gênero feminino predominou na amostra (70,9%), com idade média de 29 anos para ambos os grupos; 73% declararam etnia branca ou morena; menos da metade vivia em convívio marital; a maioria tinha religião; ambos tinham poucos anos de estudo sem diferença significativa. A dependência financeira foi a única variável sociodemográfica com diferença significativa ($p=0,003$) para os casos, com chance de 2,25 vezes maior para tentar suicídio. Ter sofrido fatos traumáticos e abuso sexual na infância revelou diferença significativa. Entre os transtornos mentais, o mais significativo foi a presença de episódio depressivo com características melancólicas. O estudo demonstrou que, os principais indicadores de risco para tentativa de suicídio por envenenamento são: estar em dependência financeira, ter sofrido abuso sexual na infância e estar acometido de transtorno psiquiátrico. Quanto às probabilidades de tentativa de suicídio estimadas a partir do modelo de regressão, revelou-se que a superposição de fatores agravam as chances para tentar o suicídio, mostrando que, na presença dos quatro fatores simultaneamente (ideação suicida, outra comorbidade psiquiátrica, um episódio depressivo e transtorno de ansiedade generalizada), a chance seria de 94,0%. Aponta-se para a necessidade de desenvolver mais trabalhos prospectivos para a confirmação ou identificação de outros fatores de risco. Estas medidas objetivam contribuir para o planejamento e prevenção da tentativa e do suicídio.

Palavras-chave: Tentativa de suicídio. Envenenamento. Fatores de risco. Toxicidade.

ABSTRACT

Suicide is a complex, universal human phenomenon and represents a great public health problem. Whereas poisoning is the most widely used method for suicide attempt, this paper proposed to investigate some possible indicators of risk in this type of attempt. This is a case-control study, conducted in a general emergency of a public hospital in Recife. The sample counted with 220 individuals, divided into two groups, consisting of 110 patients each, who were in treatment, being the cases group those who survived from attempted suicide by poisoning and the controls group those with no history of intoxication/poisoning or suicide attempt. Two evaluation instruments were used: the Diagnostic Interview Structured and Standardized MINI – Mini International Neuropsychiatric Interview – and a sociodemographic search form, specially made to meet the objectives of the study. This form was applied as an interview, where contained the sociodemographic data, clinical history, personal and hereditary background and some data on the life curve. For data analysis, uni and bidimensional tables were constructed with the absolute and relative frequencies, as well as odds-ratios values calculated and their respective intervals with 95% of confidence associated with the descriptive levels of the chi-square test of independence of Pearson. In multivariate analysis, a model of binary logistic regression was adjusted, including as possible explanatory variables all those which showed significant association at lower level than 0.20 in the two-dimensional analysis. The females predominated in the sample (70.9 %), with mean age of 29 years for both groups; 73% reported white ethnicity or tanned; less than half lived in marital interaction; most had religion; both had a few years of study with no significant difference. The financial dependence was the only sociodemographic variable with a significant difference ($p=0.003$) for cases, with 2.25 times greater chances to attempt suicide. Have suffered traumatic events and childhood sexual abuse showed a significant difference. Among the mental disorders, the most significant was the presence of a depressive episode with melancholic features. The study showed that the main risk factors for attempted suicide by poisoning are: to be financially dependent, have suffered childhood sexual abuse and being stricken with psychiatric disorder. As for the odds of attempted suicide estimated from the regression model, it was revealed that the superposition of factors aggravate the chances to attempt suicide, showing that in the presence of four factors simultaneously (suicidality, other psychiatric comorbidity, a depressive episode and generalized anxiety disorder), the chance would be of 94,0%. It points to the need for further prospective studies to confirm or identify other risk factors. These measures aim to contribute to the planning and prevention of suicide attempt and it itself.

Keywords: Suicide, Attempted. Poisoning. Risk factors. Toxicity.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Fluxograma do processo de revisão.....	53
---	----

LISTA DE TABELAS

TABELA 1.1 – Características dos artigos incluídos na revisão.....	53
TABELA 1.2 – Resumo dos estudos que descrevem os fatores de risco para TSE que foram destacados e m tópicos: objetivos; fatores de risco; conclusões e comentários gerais.....	55
TABELA 2.1 – Distribuição dos pacientes segundo variáveis sociais e biodemográficas, por grupo.....	87
TABELA 2.2 – Distribuição dos pacientes segundo fatores traumáticos, por grupo.....	88
TABELA 2.3 – Distribuição dos pacientes segundo variáveis relacionadas a transtornos mentais e distorção do pensamento, por grupo.....	88
TABELA 2.4 – Probabilidades estimadas de tentar o suicídio, segundo possíveis fatores de risco selecionados pelo modelo de regressão (em %)......	89
TABELA 3.1 – Distribuição dos pacientes segundo variáveis sociais e biodemográficas, por grupo.....	104
TABELA 3.2 – Tipos de agentes utilizados para a tentativa de suicídio.....	104
TABELA 3.3 – Quantidade de agentes utilizados na tentativa de suicídio.....	104
TABELA 3.4 – Quantidade de agentes utilizados na tentativa de suicídio, em função das variáveis sociodemográficas.....	105
TABELA 3.5 – Quantidade de agentes e presença de transtornos psiquiátricos, uso nocivo de bebidas alcoólicas e vivências traumáticas.....	105

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	– Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APA	– American Psychiatric Association
CAPs	– Centro de Atendimento Psicossocial
CC	– Controle Comunidade
CCS	– Centro de Ciências da Saúde
Ceatox-HR	– Centro de Assistência Toxicológica
Ceatox/PE	– Centro de Atendimento Toxicológico de Pernambuco
CEP	– Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
CID-10	– Classificação Internacional de Doenças
DeCS	– Descritores em Ciências da Saúde
DSM–IV-TR	– Manual de Diagnóstico Estatístico dos Transtornos Mentais 4 ^a versão
DSP	– Auto envenenamento com acetaminofeno
HR	– Hospital da Restauração
IC	– Intervalo de Confiança
MeSH	– Medical Subject Headings
M.I.N.I.	– Mini International Neuropsychiatric Interview
NFDSH	– Tentativas de suicídio quase fatais
Notivisa	– Notificações em Vigilância Sanitária
OMS	– Organização Mundial de Saúde
OR	– Odds Ratio
Renaciat	– Rede Nacional dos Centros de Informações Toxicológicas
SD	– Desvio Padrão
Sinitox	– Sistema de Informações Toxicológicas do Sistema Nacional
SPSS	– Statistical Package for the Social Sciences
SUPREMISS	– Estudo Multicêntrico de Intervenção no Comportamento Suicida
SUS	– Sistema Único de Saúde
TAL	– Grupo Alta Letalidade
TBL	– Grupo Baixa Letalidade
TCLE	– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEPT	– Transtorno de Estresse Pós-Traumático
TS	– Tentativa de Suicídio
TSE	– Tentativa de Suicídio por Envenenamento
UFPE	– Universidade Federal de Pernambuco

UHWI – Hospital Universitário de West Indies

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO.....	19
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	22
3 HIPÓTESE.....	24
4 OBJETIVOS.....	26
4.1 Objetivo Geral.....	26
4.2 Objetivos Específicos.....	26
5 MÉTODO.....	28
5.1 Delineamento do estudo.....	28
5.2 Local do estudo.....	28
5.3 População e amostra.....	29
5.4 Critérios de inclusão.....	30
5.5 Critérios de exclusão.....	30
5.6 Instrumentos de avaliação.....	30
5.7 Procedimentos operacionais.....	31
5.7.1 Fase pré-operacional.....	31
5.7.2 Fase operacional.....	31
5.8 Considerações éticas.....	32
5.9 Análise estatística.....	32
5.10 Limitações do estudo.....	33
6 RESULTADOS.....	35
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	37
REFERÊNCIAS.....	40
APÊNDICES.....	47
APÊNDICE I – ARTIGO 1 – “Tentativa de suicídio por envenenamento: uma revisão”	47

APÊNDICE II – ARTIGO 2 – “Indicadores de risco para tentativa de suicídio por envenenamento: um estudo de caso-controle”	69
APÊNDICE III – ARTIGO 3 – “O “chumbinho” e outros agentes tóxicos utilizados na tentativa de suicídio na cidade do Recife”	90
APÊNDICE IV – TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para maiores de 18 anos	106
APÊNDICE V – TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para menores de 18 anos	108
APÊNDICE VI – Formulário Sócio Demográfico	110
ANEXOS	114
ANEXO I – Comprovante de Aceite do Artigo 1– “Tentativa de suicídio por envenenamento: Uma revisão”	114
ANEXO II– Comprovante de Submissão do Artigo 2 – “Indicadores de risco para tentativa de suicídio por envenenamento: um estudo de caso-controle”	115
ANEXO III– Comprovante de Submissão do Artigo 3– “O “chumbinho” e outros agentes tóxicos utilizados na tentativa de suicídio na cidade do Recife”	116
ANEXO IV – Casos de intoxicação humana por agentes tóxicos (óbitos e circunstâncias), CEATOX-HR ano de 2009	117
ANEXO V– M.I.N.I. - Mini International Neuropsychiatric Interview – Brazilian version 5.0.0 – DSM-IV	119
ANEXO VI – Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital da Restauração, Recife-PE (CEP/HR)	144
ANEXO VII – Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CEP-CCS/UFPE)	145

Apresentação

1 APRESENTAÇÃO

Esta tese de doutorado em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal de Pernambuco traz os resultados alcançados por esta doutoranda em pesquisa intitulada “Indicadores de Risco para Tentativa de Suicídio por Envenenamento: um estudo de caso-controle”. Ressalta-se que o presente estudo é uma continuidade do trabalho de mestrado da mesma autora, concluído em 2010, cujo título foi “Estudo sobre Tentativa de Suicídio por Envenenamento no Recife – PE, Brasil”.

Este trabalho foi desenvolvido sob a orientação do Prof. Dr. Othon Coelho Bastos Filho e coorientação do Prof. Dr. Everton Botelho Sougey. Ainda com relação à pesquisa, está inserida no grupo de “Núcleo de Assistência, Ensino e Pesquisa dos Transtornos Afetivos”.

Este trabalho, apresentado em forma de artigos, possui quatro capítulos, que refletem precisamente a produção da doutoranda. O primeiro capítulo traz o artigo enviado para a Revista “*Trends in Psychiatry and Psychotherapy*” (Apêndice I), aceito para publicação em 24/02/2014 (Anexo I), intitulado “Tentativa de suicídio por envenenamento: uma revisão”, que buscou, através de outras publicações, revisar a literatura acerca dos principais fatores de risco associados à tentativa de suicídio por envenenamento (TSE).

O segundo capítulo traz o detalhamento dos métodos utilizados para a elaboração desta tese. Inclui o tipo de estudo, população de referência, amostra, instrumentos utilizados, o projeto piloto, questões éticas e análise dos dados.

O terceiro capítulo, iniciado nos resultados, é representado pelo artigo principal (segundo artigo), original, cujo título nomeia esta tese – “Indicadores de risco para tentativa de suicídio por envenenamento: um estudo caso-controle” (Apêndice II) –, encaminhado para o “Jornal Brasileiro de Psiquiatria” (Anexo II), cuja proposição foi contribuir para a identificação de indicadores de risco na TSE.

O quarto capítulo, ainda nos resultados, é representado pelo segundo artigo original – “O “chumbinho” e outros agentes tóxicos utilizados na tentativa de suicídio na cidade do Recife” (Apêndice III) –, encaminhado para a “Revista de Psiquiatria Clínica” (Anexo III), cujo objetivo foi descrever os principais agentes tóxicos declarados na tentativa de suicídio (TS) e a identificação do perfil sócio demográfico, verificando também a presença de transtornos psiquiátricos e a vivência de fatos traumáticos na infância.

Ao arremate, encerra-se o trabalho com as considerações finais, oportunidade na qual expomos as conclusões obtidas em cada um dos três artigos produzidos. Além disto,

obtivemos dados adicionais, considerados de relevância para possíveis publicações.

Revisão da Literatura

2 REVISÃO DA LITERATURA

A revisão da literatura desta tese é representada pelo artigo enviado para Revista “Trends in Psychiatry and Psychotherapy”, aceito para publicação em 24/02/2014, intitulado “Tentativa de suicídio por envenenamento: uma revisão”, que buscou, através de outras publicações, revisar a literatura acerca dos principais fatores de risco associados à TSE. O artigo encontra-se no apêndice I.

Hipótese

3 HIPÓTESE

Pessoas que tentam suicídio por envenenamento apresentam características pessoais e comportamentais distintas das pessoas que nunca tentaram.

Objetivos

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Identificar indicadores de risco para tentativa de suicídio por envenenamento.

4.2 Objetivos Específicos

- Apontar os principais agentes químicos utilizados para a tentativa de suicídio por envenenamento;
- identificar na amostra pessoas que ingeriram mais de um agente químico para tentativa de suicídio por envenenamento, numa mesma tentativa;
- verificar a associação entre a combinação de agentes químicos declarados para tentar o suicídio por envenenamento com o perfil sociodemográfico, presença de transtornos psiquiátricos (incluindo o uso nocivo de bebidas alcoólicas) e a vivência de fatos traumáticos na infância.

5 MÉTODO

O presente estudo é a segunda etapa de investigação realizada no mestrado desta autora, que inicialmente analisou e descreveu o perfil sócio demográfico dos sobreviventes de TSE e agora faz uma comparação com um grupo-controle.

5.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo do tipo caso-controle, realizado com pacientes que tentaram suicídio por envenenamento e sobreviveram (casos) e pacientes sem histórico de tentativa de suicídio e intoxicações de qualquer natureza (controles), no período de dezembro de 2008 a agosto de 2009.

5.2 Local do estudo

O estudo foi realizado no Hospital da Restauração (HR), que é um hospital de grande porte, pertencente à Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco, localizado em área central da cidade do Recife, facilitando o acesso dos pacientes oriundos das mais diversas regiões. O atendimento é universalizado e gratuito; sua clientela é muito variada e constituída de indivíduos de todas as classes sociais. Em sua história, o HR, na época desta pesquisa, voltava-se ao atendimento a pacientes politraumatizados, neurológicos, lesionados por arma de fogo, arma branca e queimaduras, acometidos por hemorragias, bem como por intoxicação exógena, incluindo animais peçonhentos, além de outros casos de alta complexidade. Pela grande demanda no atendimento a pacientes intoxicados e por possuir um Centro de Assistência Toxicológica (Ceatox-HR), este estudo se tornou possível.

O Ceatox-HR foi inaugurado no ano de 1992, a partir de um projeto realizado em 1986 pela Dra. Laura Nunes da Silva, médica atuante no mencionado hospital. O serviço oferecido pelo Ceatox-HR funcionava em área anexa às emergências pediátricas e de adultos. Tinha como principal função ofertar aos usuários do sistema de saúde um serviço qualificado no atendimento de casos de intoxicações, visando a redução da morbi-mortalidade por acidentes toxicológicos no Estado de Pernambuco. Desde 2005, o Ceatox-HR está integrado à Rede Nacional dos Centros de Informações Toxicológicas (Renaciat) e mantém seus atendimentos interligados com o Sistema de Informações Toxicológicas do Sistema Nacional (Sinitox) e

com o Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária (Notivisa) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

A equipe do Ceatox-HR, na época da pesquisa, constituía-se por um grupo especializado, coordenado por uma médica, oito enfermeiros e uma secretária, o qual funcionava em tempo integral, durante todo o ano. O atendimento era ofertado tanto por telefone quanto por acompanhamento presencial dos pacientes internados no HR, através da observação de sua evolução clínica diária. Em todos os casos, as informações podiam ser colhidas e registradas em formulários próprios e encaminhadas ao setor de estatística do HR.

O laboratório do HR realizava exames hematológicos de urgência nos casos de intoxicação, possibilitando complementar o diagnóstico e melhorar a qualidade do atendimento ao paciente intoxicado.

5.3 População e amostra

A população deste estudo foi representada por pacientes que foram atendidos na emergência de adultos do HR, no ano 2009.

Dentre os pacientes internados na emergência de adultos do HR, aqueles que formaram o grupo 1 (casos) também estavam vinculados ao Centro de Atendimento Toxicológico de Pernambuco (Ceatox/PE), que funcionava em coparticipação com a emergência do HR. A amostra do grupo casos foi obtida a partir desta população de 947 pessoas, que tentaram suicídio por envenenamento. Esta informação se encontra no relatório do Ceatox-HR do ano de 2009 (Anexo IV), de onde também se verifica o registro dos 3.289 pacientes atendidos devido à intoxicação de um modo geral.

A amostra do grupo 2 (controles) foi obtida a partir de outros pacientes internados na emergência do HR sem história de intoxicação ou TS, pareada por gênero e idade. Cada um dos grupos contou com 110 pacientes e todos necessitaram de hospitalização e procedimentos médicos de urgência. Embora não tenha havido um processo de sorteio, a amostra pode ser considerada aleatória visto que a pesquisa foi realizada com os pacientes internados que se encontravam em condição de alta nos dias visitados pela pesquisadora.

A amostra dos casos corresponde a 11,7% da população do estudo e tem tamanho suficiente para permitir identificar diferenças no perfil sociodemográfico dos grupos. O cálculo do tamanho da amostra foi feito para estudo do tipo caso-controle e considerando as principais variáveis do estudo, a partir de um nível de confiança de 95%, erro máximo admissível de 5% em estudos de proporções.

5.4 Critérios de inclusão

Foram considerados elegíveis os pacientes nas seguintes condições:

- Atendidos no setor de emergência do HR e sobreviventes de TSE;
- com idade a partir de 14 anos;
- considerados fora do risco de morte e em condições de alta médica;
- possuidores de condições cognitivas de lucidez, com capacidade para compreender e responder às questões relacionadas à pesquisa;
- concordaram em assinar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido para maiores de 18 anos (Apêndice IV) ou, no caso de menores de 18 anos, que tiveram autorização prévia de seus familiares e/ou responsáveis (Apêndice V).

5.5 Critérios de exclusão

Foram considerados os seguintes aspectos para excluirmos os pacientes na amostra final:

- Encontrar-se na faixa etária abaixo dos 14 anos;
- apresentar estado clínico e mental cognitivo incompatível com as condições da pesquisa;
- recusar ou não ser autorizado pelos responsáveis para participar do estudo;
- pacientes do grupo controle que tivessem história, no presente ou no passado, de auto/heterointoxicação e qualquer outro tipo de TS.

5.6 Instrumentos de avaliação

Foram utilizados dois instrumentos de avaliação:

- Entrevista Diagnóstica Estruturada e Padronizada M.I.N.I. – Mini Internacional Neuropsychiatric Interview (Anexo V);
- Formulário Sócio Demográfico – formulário de pesquisa especialmente elaborado para atender aos objetivos do estudo, aplicado em forma de entrevista onde constam os dados sociodemográficos, a história clínica, os antecedentes pessoais e hereditários, e alguns dados da curva de vida (Apêndice VI).

5.7 Procedimentos operacionais

5.7.1 Fase pré-operacional

Em abril de 2008, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Hospital da Restauração de Pernambuco - CEP/HR (Anexo VI). Em maio de 2008, o mesmo projeto foi submetido também ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco - CEP-CCS/UFPE (Anexo VII).

Durante o treinamento e calibração dos instrumentos da pesquisa, foram recrutadas duas psicólogas, mestrandas da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), que, juntamente com a pesquisadora, habilitaram-se para a aplicação dos instrumentos a serem usados na coleta de dados. Através de reuniões, foram avaliadas as condições objetivas da aplicação dos formulários com o cuidado de manter a padronização das entrevistas.

5.7.2 Fase operacional

Após a aprovação – pelo CEP-CCS/UFPE (maio/2008) e pelo CEP/HR (julho/2008) – foi iniciado o estudo piloto (dezembro/2008), sendo avaliadas as condições objetivas de aplicação dos instrumentos de pesquisa utilizados como treinamento e padronização das entrevistas. Nesta fase, conhecemos a rotina da emergência do HR e do Ceatox.

A amostra piloto foi constituída por oito pacientes. Após as entrevistas, foram feitas pequenas alterações no formulário de pesquisa e alguns ajustes na forma de entrevistar. Reduziu-se, por exemplo, o número de perguntas que julgamos não ser relevante para este estudo – condições de parto, desenvolvimento psicomotor, gravidez prévia, número de partos, abortos, idade do primeiro emprego, empregos assumidos ao longo da vida, remuneração atual, condições de moradia –, bem como a utilização ou não de outras escalas, como a de desesperança de Beck e qualidade de vida Whoqol-Bref.

Tais ajustes foram feitos em virtude de constatarmos que a amostra só seria entrevistada uma única vez, de modo que uma entrevista longa seria inadequada para a situação. Em decorrência disto, todos os pacientes do estudo piloto foram excluídos.

Feitos os ajustes, tanto no formulário de pesquisa, quanto nos questionários padronizados, foram entrevistados 110 pacientes de TSE submetidos ao atendimento de emergência no HR entre janeiro e agosto de 2009. Todos os pacientes foram identificados e

referenciados pela equipe do Ceatox-HR. Estes pacientes constituíram o grupo casos. Neste mesmo período, pareando-se por sexo e idade, foram entrevistados mais 110 pacientes sem história de intoxicação intencional ou acidental ocorrida no presente ou no passado. Estes pacientes constituíram o grupo controle.

Os pacientes entrevistados se encontravam em macas, cadeiras ou camas nas enfermarias, boxes ou corredores, onde, na maioria das vezes, eram realizados os primeiros socorros.

O tempo de contato para a entrevista variou entre 60 e 90 minutos devido à necessidade de se criar as mínimas condições de relacionamento e confiança com os entrevistados. Todos os pacientes e a maioria dos acompanhantes receberam, verbalmente, o resultado do exame psiquiátrico, obtido através da aplicação da entrevista padronizada M.I.N.I., ao mesmo tempo em que entregamos, por escrito, sugestões para encaminhamento de tratamento especializado.

5.8 Considerações éticas

O projeto foi submetido ao CEP/HR e ao CEP-CCS/UFPE, conforme Resolução n. 196/96, do Ministério da Saúde. As cartas de aprovação foram expedidas no dia 22 de julho de 2008 e no dia 21 de agosto de 2008, respectivamente.

Após a aprovação, as entrevistas foram iniciadas (dezembro, 2008). Como benefício, todos os pacientes foram avaliados quanto à presença ou não de algum transtorno mental, informados sobre o fato e encaminhados a procurar tratamento especializado nos serviços de saúde mental públicos, tais como o Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS). Em alguns casos, diante de suspeita de menores de idade submetidos a maus-tratos, inclusive relacionados a abuso sexual, ativamos o serviço social para atuar junto ao Conselho Tutelar.

5.9 Análise estatística

Para análise dos dados, foram construídas tabelas uni e bidimensionais com as frequências absolutas e relativas, bem como calculados os valores das Odds-Ratios e seus respectivos intervalos com 95% de confiança (IC), associados aos níveis descritivos do teste qui-quadrado de independência de Pearson (p-valor).

Posteriormente, para uma análise multivariada, foi ajustado um modelo de regressão logística binária, sendo $Y=1$ para os casos (os que tentaram suicídio) e $Y=0$ para o controle

(os que não tentaram o suicídio), incluindo como possíveis variáveis explicativas todas aquelas que na análise bidimensional apresentaram associação significativa ao nível inferior a 0,20.

Através do procedimento de seleção de variáveis (backward), foi escolhido o melhor modelo de regressão para estimar a probabilidade de TSE, controlando-se os possíveis fatores explicativos.

5.10 Limitações do estudo

Apesar de contribuir para a compreensão do fenômeno da TSE, nosso estudo apresentou algumas limitações tais como:

- ter sido realizado em um único centro, uma vez que estudos multicêntricos mostram resultados mais consistentes;
- a abordagem dos pacientes foi realizada na emergência geral do hospital, embora a situação ideal fosse a realização em sala reservada;
- não houve controle sobre a confirmação dos tipos de agentes tóxicos por testes de laboratório, o que fez com que os relatos do tipo de substância da autointoxicação não tenham sido confirmados;
- a seleção dos participantes para compor o grupo controle, que não foram selecionados a partir da população em geral (comunidade). A opção da seleção no próprio hospital se deu na forma da conveniência de se obterem pacientes internados no local de estudo (Hospital da Restauração) que necessitassem de cuidados médicos, mas que não por intoxicação ou por TS.

Resultados

6 RESULTADOS

Os resultados desta tese estão representados por dois artigos originais. O primeiro, intitulado “Indicadores de risco para tentativa de suicídio por envenenamento: um estudo de caso-controle”, encaminhado para a revista “Jornal Brasileiro de Psiquiatria” (encaminhado fevereiro de 2014), contribuiu para a identificação de indicadores de risco na tentativa de suicídio por envenenamento. O artigo encontra-se no apêndice II.

O segundo artigo, intitulado “O “chumbinho” e outros agentes tóxicos utilizados na tentativa de suicídio na cidade do Recife”, encaminhado para a “Revista de Psiquiatria Clínica” (fevereiro de 2014), descreveu os principais agentes tóxicos declarados para tentativa de suicídio e o perfil sócio demográfico. Além disso, também buscou as associações existentes entre a quantidade de agentes utilizados de uma só vez para a TSE e o perfil sócio demográfico, a presença de transtorno mental, bem como vivências traumáticas na infância. O artigo encontra-se no apêndice III.

Considerações Finais

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como antevisto, mediante a presente tese de Doutorado em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal de Pernambuco, foi possível condensar os resultados alcançados pela doutoranda Maria Cláudia da Cruz Pires, na pesquisa intitulada “Indicadores de risco para Tentativa de Suicídio por Envenenamento: um estudo de caso-controle”, de forma compartimentada nos três artigos que constituíram este estudo, cujas conclusões serão adiante resumidas. Todavia, antes de adentrar as considerações individualizadas por artigo, é importante fazer alguns apontamentos gerais.

Em primeiro lugar, cumpre enfatizar a intenção de colaborar com pesquisas relacionadas à prevenção do comportamento suicida, analisando o crescimento abrupto das tentativas, a ponto de ser o suicídio considerado um problema de saúde pública. Além disto, é inegável a amplitude e relevância do tema, o que também aponta para a importância na contribuição e criação de medidas preventivas.

Em segundo lugar, ressalta-se a dificuldade de se trabalhar com pacientes em situações iminentes de morte, pois pesquisar situações de risco, como as TS, constitui tarefa de difícil execução, porém necessária para a compreensão do problema e planejamento de medidas mais eficientes de prevenção. Enfim, trazidas essas considerações de ordem geral, passemos às de ordem específica relacionada a cada um dos três artigos desta tese.

Quanto ao primeiro artigo, intitulado “Tentativa de suicídio por envenenamento: uma revisão” (encaminhado para a Revista “*Trends in Psychiatry and Psychotherapy*” e aceito para publicação em 24/02/2014), realizou-se uma revisão que buscou, através de outras publicações, analisar a literatura sobre os principais fatores de risco associados à TSE. A referida pesquisa forneceu uma imagem inicial sobre os fatores de risco para TSE e contribuiu para estabelecer comparações entre estudos de diferentes populações e regiões. É importante enfatizar que, quando se estuda os fatores de risco, deve-se atentar para avaliação minuciosa dos considerados tratáveis ou modificáveis a fim de contribuir para o manejo desses indivíduos. Diante dos resultados obtidos, os principais fatores de risco para a TSE são: gênero feminino, idade entre 15 a 40 anos, estado civil solteiro, baixa escolaridade, desemprego, abuso/dependência de substâncias e/ou álcool e ser acometido por transtorno psiquiátrico, sendo este último considerado o mais relevante.

Já o segundo artigo, intitulado “Indicadores de risco para tentativa de suicídio por envenenamento: um estudo de caso-controle”, representando o estudo principal (encaminhado

em fevereiro de 2014 para a revista “Jornal Brasileiro de Psiquiatria”), teve o objetivo de contribuir para a identificação de indicadores de risco na TSE. Este artigo tem grande importância, pois contém os principais resultados de nossa pesquisa e se trata de um estudo original conduzido com objetivo maior de contribuir para produção de dados consistentes sobre os indicadores de risco para TS na região Nordeste, uma vez que esta se apresenta com escassos trabalhos de campo sobre o tema. Dentre os resultados, destaca-se que de acordo com as variáveis biodemográficas e fatores traumáticos, os principais indicadores de risco são estar em dependência financeira de terceiros e ter sofrido abuso sexual ou outros fatos traumáticos na infância. Já na análise bivariada, os principais indicadores de risco foram: ter ideia suicida, histórico de transtorno mental na família, possuir algum transtorno mental e possuir comorbidade(s) psiquiátrica(s). No modelo de regressão foi possível estimar uma chance de TSE de até 94,0% na presença conjunta de quatro fatores.

O terceiro artigo, intitulado “O “chumbinho” e outros agentes tóxicos utilizados na tentativa de suicídio na cidade do Recife” (encaminhado em fevereiro de 2014 para a “Revista de Psiquiatria Clínica”), teve como um de seus objetivos descrever os principais agentes tóxicos declarados na TS e o perfil sociodemográfico da população estudada. Além disso, também buscou as associações existentes entre a quantidade de agentes utilizados de uma só vez para a TSE e o perfil sócio demográfico, a presença de transtorno mental, bem como vivências traumáticas na infância. Ao concluir esse artigo, observou-se que tais resultados contribuem para a compreensão entre a relação das TS e os principais agentes utilizados. Observou-se que os medicamentos e, em seguida, os praguicidas, foram os mais utilizados. Boa parte da amostra declarou estar sob o efeito de bebidas alcoólicas e também ter associado mais de um agente para tentar suicídio. Não houve associação significativa entre a quantidade de agentes e as variáveis sociodemográficas, nem entre a quantidade de agentes e a vivência de fatos traumáticos. Porém, houve associação com a presença de episódio depressivo e o uso nocivo de bebidas alcoólicas. Diante dos dados obtidos neste estudo, fica nítida a necessidade do desenvolvimento de campanhas de conscientização para o uso racional de medicamentos e redução do consumo nocivo de álcool, bem como de programas de assistência capazes de identificar e intervir nas situações de risco para o ato suicida.

Ao fim inferiu-se, a partir de todos os artigos, a necessidade de mais pesquisas a serem realizadas para fortalecer a compreensão dos fatores de risco para TSE, bem como o desenvolvimento de outras pesquisas do tipo prospectivo e de caso-controle para a confirmação e/ou identificação de novos fatores de risco. Dessa forma, tais medidas poderão subsidiar o planejamento e prevenção da tentativa e do suicídio.

Referências

REFERÊNCIAS

- ALAGHEHBANDAN, R.; GATES, K. D.; MACDONALD, D. Suicide attempts and associated factors in Newfoundland and Labrador. **Can J Psychiatry**, v. 50, n. 12, p. 762-768, 2005.
- APA. American Psychiatric Association. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV**. 4^a ed. Washington: APA, 1994.
- _____. **Diretrizes para o tratamento de transtornos psiquiátricos – Compêndio 2006**. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- AMORIM, P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 22, n. 3, p. 106-115, 2000.
- ARANTES-GONÇALVES, F.; COELHO, R. À procura de marcadores biológicos no comportamento suicidário. **Acta Med Port**, v. 21, n. 1, p. 89-98, 2008.
- BANDO, D. H.; VOLPE, F. M. Seasonal variation of suicide in the city of São Paulo, Brazil, 1996-2010. **Crisis**, v. 35, n. 1, p. 5-9, 2013.
- BAPTISTA, M. N.; BORGES, A. Suicídio: aspectos epidemiológicos em Limeira e adjacências no período de 1998 a 2002. **Estud Psicol (Campinas)**, v. 22, n. 4, p. 425-431, 2005.
- BASTOS FILHO, O. C. Comportamentos suicidas em uma unidade psiquiátrica de um Hospital Universitário. Tese para docência-livre de psiquiatria I e II, apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE.
- BERNARDES, S. S.; TURINI, C. A.; MATSUO, T. Profile of suicide attempts using intentional overdose with medicines, treated by a poison control center in Parana State, Brazil. **Cad Saúde Pública**, v. 26, n. 7, p. 1366-1372, 2010.
- BOCHNER, R. Informação sobre intoxicações e envenenamentos para a gestão do SUS: um panorama do Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas – SINITOX. **RECIIS – R Eletr de Com Inf Inov Saúde**, v. 7, n. 2, 2013. Não paginado.
- BOGDANOVICA, I. et al. Changes in rates, methods and characteristics of suicide attempters over a 15-year period: comparison between Stockholm, Sweden, and Wurzburg, Germany. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, v. 46, n. 11, p. 1103-1114, 2011.
- BORTOLETTO, M. E.; BOCHNER, R. Impacto dos medicamentos nas intoxicações humanas no Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 15, n. 4, p. 859-869, 1999.
- BOTEGA, N. J. et al. Prevalence of suicidal ideation, suicide plans, and attempted suicide: a population-based survey in Campinas, São Paulo State, Brazil. **Cad Saúde Pública**, v. 25, n. 12, p. 2632-2638, 2009.
- _____. Prevenção do Suicídio. **Debates**, v. 2, n. 1, p. 14-16, 2010.

BROWN, G. K. et al. Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: a randomized controlled trial. **JAMA**, v. 294, n. 5, p. 563-570, 2005.

CARTER, G. L.; ISSAKIDIS, C.; CLOVER, K. Correlates of youth suicide attempters in Australian community and clinical samples. **Aust N Z J Psychiatry**, v. 37, n. 3, p. 286-293, 2003.

CARTER, G. L. et al. Psychiatric hospitalization after deliberate self-poisoning. **Suicide Life-Threat Behav**, v. 36, n. 2, p. 213-222, 2006.

_____. Modifiable risk factors for attempted suicide in Australian clinical and community samples. **Suicide Life-Threat Behav**, v. 37, n. 6, p. 671-680, 2007.

CASSORLA, R. M. S.; SMEKE, E. L. M. Autodestruição humana. **Cad Saúde Pública**, v. 10, suppl. 1, p. S61-S73, 1994.

CHOWDHURY, A. N. et al. A prospective study of suicidal behavior in Sundarban Delta, West Bengal, India. **Natl Med J India**, v. 23, n. 4, p. 201-205, 2010.

CIBIS, A. et al. Preference of lethal methods is not the only cause for higher suicide rates in males. **J Affect Disord**, v. 136, n. 1-2, p. 9-16, 2012.

DOUGLAS, J. et al. "Near-fatal" deliberate self-harm: characteristics, prevention and implications for the prevention of suicide. **J Affect Disord**, v. 79, n. 1-3, p. 263-268, 2004.

ELKIS, H. Fatores de impacto de publicações psiquiátricas e produtividade científica. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 21, n. 4, p. 231-236, 1999.

FAN, Y. G. et al. Correlated study between soci-psychological factors and suicide ideation among medicos. **Chinese J School Health**, v. 4, p. 328-330, 2008.

FEKETE, S.; VOROS, V.; OSVATH, P. Gender differences in suicide attempters in Hungary: retrospective epidemiological study. **Croat Med J**, v. 46, n. 2, p. 288-293, 2005.

FLAVIO, M. et al. Suicide attempts in the county of Basel: results from the WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour. **Swiss Med Wkly**, v. 143, w13759, 2013.

GÁRCIA-RÁBAGO, H. et al. Factores de riesgo, asociados a intento de suicídio, comparando factores de alta y baja letalidad. **Rev Salud Pública**, v. 12, n. 5, p. 713-721, 2010.

GUNNELL, D. et al. The global distribution of fatal pesticide self-poisoning: Systematic review. **BMC Public Health**, v. 7, n. 357, 2007. Page not informed.

GWINI, S. M. et al. Exploratory study of factors associated with adverse clinical features in patients presenting with non-fatal drug overdose/self-poisoning to the ambulance service. **Emerg Med J**, v. 28, n. 10, p. 892-894, 2011.

HAWTON, K. et al. Evaluation of acceptability and use of lockable storage devices for pesticides in Sri Lanka that might assist in prevention of self-poisoning. **BMC Public Health**, v. 9, n. 69, 2009. Page not informed.

HAYASHI, N. et al. Psychiatric disorders and clinical correlates of suicidal patients admitted to a psychiatric hospital in Tokyo. **BMC Psychiatry**, v. 10, n. 109, 2010. Page not informed.

HEYERDAHL, F. et al. Repetition of acute poisoning in Oslo: 1-year prospective study. **Br J Psychiatry**, v. 194, n. 1, p. 73-79, 2009.

HIRAYASU, Y. et al. A randomized controlled multicenter trial of post-suicide attempt case management for the prevention of further attempts in Japan (ACTION-J). **BMC Public Health**, v. 9, n. 364, 2009. Page not informed.

ICHIMURA, A. et al. Characteristics of suicide attempters with depressive disorders. **Psychiatry Clin Neurosci**, v. 59, n. 5, p. 590-594, 2005.

IRIBARREN, C. et al. Hospitalization for suicide attempt and completed suicide: epidemiological features in a managed care population. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, v. 35, n. 7, p. 288-296, 2000.

JOHNSON, J. G. et al. Association between cigarette smoking and anxiety disorders during adolescence and early adulthood. **JAMA**, v. 284, n. 18, p. 2348-2351, 2000.

KAPUR, N. et al. The repetition of suicidal behavior: a multicenter cohort study. **J Clin Psychiatry**, v. 67, n. 10, p. 1599-1609, 2006.

KONG, Y.; ZHANG, J. Access to farming pesticides and risk for suicide in Chinese rural young people. **Psychiatry Res**, v. 179, n. 2, p. 217-221, 2010.

KONRADSEN, F. et al. Community uptake of safe storage boxes to reduce self-poisoning from pesticides in rural Sri Lanka. **BMC Public Health**, v. 7, n. 13, 2007. Page not informed.

LEE, C. A. et al. Characteristics of patients who visit the emergency department with self-inflicted injury. **J Korean Med Sci**, v. 27, n. 3, p. 307-312, 2012.

LI, X. Y. et al. The characteristics and risk factors for suicides with 15-24 years of age: a case-control study. **Chin of Psychiatry**, v. 38, n. 4, p. 231-235, 2005.

LI, Y.; LI, Y.; CAO, J. Factors associated with suicidal behaviors in mainland China: a meta-analysis. **BMC Public Health**, v. 12, n. 524, 2012. Page not informed.

LIMA, D. D. et al. Tentativa de suicídio entre pacientes com uso nocivo de bebidas alcoólicas internados em hospital geral. **J Bras Psiquiatr**, v. 53, n. 3, p. 167-172, 2010.

LÖHR, C. et al. Epidemiologie suicidalen Verhaltens von Migranten in Deutschland. **Suizidprophylaxe**, v. 33, n. 4, p. 171-176, 2006.

LUOMA, J. B.; MARTIN, C. E.; PEARSON, J. L. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. **Am J Psychiatry**, v. 159, n. 6, p. 909-916, 2002.

- MA, L.; ZHANG, J. X.; WEI, S. Q. Suicidal Ideation and Experiences of Being Bullied and Their Relationship among High School Students. **Chin J School Health**, n. 5, p. 445-446, 2003.
- MARÍN-LEÓN, L.; BARROS, M. B. A. Mortes por suicídio: diferenças de gênero e nível socioeconômico. **Rev Saúde Pública**, v. 37, n. 3, p. 357-363, 2003.
- MARIS, R. W. **Social forces in urban suicide**. Chicago: The Dorsey Press, 1969. 214 p.
- MELEIRO, A. M. A. S. A complexidade multidimensional no processo suicida. **RBM**, v.70, n. 3, p. 12-24, 2013.
- MELLO, M. F.; MELLO, A. A. F.; KOHN, R. (Org.). **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007. 207 p.
- MEYER, R. E. et al. Suicidality and risk of suicide--definition, drug safety concerns, and a necessary target for drug development: a brief report. **J Clin Psychiatry**, v. 71, n. 8, p. 1040-1046, 2010.
- MOHAMED, F. et al. Pattern of pesticide storage before pesticide self-poisoning in rural Sri Lanka. **BMC Public Health**, v. 9, n. 405, 2009. Page not informed.
- NETO, A. C. et al. **Psiquiatria para estudantes de medicina**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2003.
- NOCK, M. K. et al. Suicide and suicidal behavior. **Epidemiol Rev**, v. 30, n. 1, p. 133-154, 2008.
- OH, S. H. et al. Deliberate self-poisoning: factors associated with recurrent self-poisoning. **Am J Emerg Med**, v. 29, n. 8, p. 908-912, 2011.
- OU, G. Z.; WU, Z. D.; XU, Y. Analysis on suicide ideation and related factors among medical junior class students in Fujian Province. **Chin J Health Ed**, v. 3, p. 167-169, 2008.
- OZDEL, O. et al. Characteristics of suicidal behavior in a Turkish sample. **Crisis**, v. 30, n. 2, p. 90-93, 2009.
- PAYNE, R. A. et al. Patterns and predictors of re-admission to hospital with self-poisoning in Scotland. **Public Health**, v. 123, n. 2, p. 134-137, 2009.
- PETTIT, J. W. et al. Pilot sample of very early onset bipolar disorder in a military population moderates the association of negative life events and non-fatal suicide attempt. **Bipolar Disord**, v. 8, n. 5 pt 1, p. 475-484, 2006.
- PHILLIPS, M. R. et al. Risk factors for suicide in China: a national case-control psychological autopsy study. **Lancet**, v. 360, n. 9347, p. 1728-1736, 2002.
- PIRES, M. C. C. Estudo sobre tentativa de suicídio por envenenamento no Recife-PE, Brasil. Dissertação de Mestrado em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, Universidade Federal de Pernambuco, 2010.
- PIRES, M. C. C. Stressors in attempted suicide by poisoning: a sex comparison. **Trends Psychiatry Psychother**, v. 34, n. 1, p. 25-30, 2012.

POLEWKA, A.; KROCH, S.; CHROSTEK, M. J. Suicidal behavior and suicide attempts in adolescents and young adults--epidemiology, risk factors, prevention and treatment. **Przegl Lek**, v. 61, n. 4, p. 261-264, 2004.

QIN, P.; AGERBO, E.; MORTENSEN, P. B. Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric, and familial factors: a national register-based study of all suicides in denmark, 1981-1997. **Am J Psychiatry**, v. 160, n. 4, p. 765-772, 2003.

RANČIĆ, N. et al. Sociodemographic and clinical characteristics of hospitalized patients after suicide attempt: a twenty-year retrospective study. **Med Glas (Zenica)**, v. 9, n. 2, p. 350-355, 2012.

RAO, K. N.; KULKARNI, R. R.; BEGUM, S. Comorbidity of psychiatric and personality disorders in first suicide attempters. **Indian J Psychol Med**, v. 35, n. 1, p. 75-79, 2013.

RAPELO, C. B.; BOTEAGA, N. J. Clinical profiles of serious suicide attempters consecutively admitted to a university-based hospital: a cluster analysis study. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 27, n. 4, p. 285-289, 2005.

REZAIIE, L. et al. Is self-immolation a distinct method for suicide? A comparison of Iranian patients attempting suicide by self-immolation and by poisoning. **Burns**, v. 37, n. 1, p. 159-163, 2011.

SCHMIDTKE, A. et al. Attempted suicide in Europe: rates, trend.S and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. **Acta Psychiatr Scand**, v. 93, n. 5, p. 327-338, 1996.

SOUGEY, E. B. et al. Tentativas de suicídio com medicamentos: experiência do Ceatox-Pe em 1995. **Inf Psiquiatr**, v. 17, n. 1, p. 22-25, 1998.

SOUZA, L. D. M. et al. Ideação suicida na adolescência: prevalência e fatores associados. **J Bras Psiquiatr**, v. 59, n. 4, p. 286-292, 2010.

SPOERRI, A. et al. Religion and assisted and non-assisted suicide in Switzerland: National Cohort Study. **Int J Epidemiol**, v. 39, n. 6, p. 1486-1494, 2010.

STEFANELLO, S. et al. Gender differences in suicide attempts: preliminary results of the multisite intervention study on suicidal behavior (SUPRE-MISS) from Campinas, Brazil. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 30, n. 2, p. 139-143, 2008.

STENGEL, E. Suicide and attempted suicide. Londres: Penguin Books, 1964.

TURHAN, E. et al. Epidemiology of attempted suicide in Hatay, Turkey. **Neurosciences (Riyadh)**, v. 16, n. 4, p. 347-352, 2011.

VERAS, J. L. A.; KATZ, C. R. T. Suicide attempts by exogenous intoxication among female adolescents treated at a reference hospital in the city of Recife-PE, Brazil. **Rev Bras Enferm**, v. 64, n. 5, p. 833-838, 2011.

- VIANA, G. N. et al. Prevalência de suicídio no Sul do Brasil, 2001-2005. **J Bras Psiquiatr**, v. 57, n. 1, p. 38-43, 2008.
- VIDAL, C. E.; GONTIJO, E. C.; LIMA, L. A. Attempted suicide: prognostic factors and estimated excess mortality. **Cad Saúde Pública**, v. 29, n. 1, p. 175-187, 2013.
- WERNECK, G. L. et al. Tentativas de suicídio em um hospital geral no Rio de Janeiro, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 22, n. 10, p. 2201-2206, 2006.
- WILLIAMS-JOHNSON, J. et al. Suicide attempt by self-poisoning: characteristics of suicide attempters seen at the Emergency Room at the University Hospital of the West Indies. **West Indian Med J**, v. 61, n. 5, p. 526-531, 2012.
- WONG, M. História e epidemiologia da depressão. In: LICINIO, J.; WONG, M. (Ed.). **Biologia da depressão**. Porto Alegre: Artmed, 2007. P. 15-25.
- YIP, P. S. et al. A study of deliberate self-harm and its repetition among patients presenting to an emergency department. **Crisis**, v.32, n. 4, p. 217-224, 2011.
- ZHANG, J. X. et al. Epidemiological Investigation of Suicide in Shandong Province. **Chin Ment Heal J**, v. 4, p. 248-249, 1999.
- ZHANG, Z. Q.; GUO, L. T. Suicide Ideas of Middle School Students. **Chin Ment Heal J**, v. 12, p. 852-855, 2003.
- ZYOUD, S. H. et al. A cross-sectional observation of the factors associated with deliberate self-poisoning with acetaminophen: impact of gender differences and psychiatric intervention. **Hum Psychopharmacol**, v. 25, n. 6, p. 500-508, 2010.

Apêndices

APÊNDICES

APÊNDICE I – ARTIGO 1 – “Tentativa de suicídio por envenenamento: uma revisão”

Tentativa de suicídio por envenenamento: uma revisão

Risk factors for suicide attempted by poison: a review

Attempted suicide by poisoning

Maria Cláudia da Cruz Pires, Médica Psiquiatra, Doutoranda em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento – UFPE. Rua das Pernambucanas, n.º 282, sala 305, Graças. CEP: 52.011-010. Recife, Pernambuco. E-mail: claudiacpires@globo.com

Tatiana de Paula Santana da Silva, Fonoaudióloga, Doutoranda em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento – UFPE. Rua Doutor Sebastião do Amaral, n.º 496, casa 07, Pau Amarelo. CEP: 53.433-010. Paulista, Pernambuco. E-mail: tatianapss2@gmail.com

Marcela Pires dos Passos, Psicóloga, Doutoranda em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento – UFPE. Rua das Pernambucanas, n.º 282, sala 305, Graças. CEP: 52.011-010. Recife, Pernambuco. E-mail: piresmarcela@yahoo.com.br

Everton Botelho Sougey, Professor do Programa de Pós Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da UFPE. Rua das Pernambucanas, n.º 407, sala 106, Graças. CEP: 52.011-010. Recife, Pernambuco. E-mail: evertonbs@yahoo.com

Othon Coelho Bastos Filho, Médico Psiquiatra, Professor Titular em Psiquiatria das Universidades Estadual e Federal de Pernambuco. Av. Domingos Ferreira, n.º 890, sala 405, Empresarial Domingos Ferreira. CEP: 51011-050. E-mail: othon@elogica.com.br

Programa de Pós Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento – UFPE.

Autor responsável: Maria Cláudia da Cruz Pires. Dados para Contato: e-mail. claudiacpires@globo.com – 81 9469-4387.

Conflito de interesse: os autores declaram que não há conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Contagem de palavras: 2.331 palavras

Classificação do tipo de artigo: artigo de revisão

Data da última revisão bibliográfica: 20/07/2013

RESUMO: O suicídio é um fenômeno humano complexo, universal e que representa um grande problema de saúde pública. Diante disso, o presente estudo tem por objetivo revisar a literatura acerca dos principais fatores de risco associados à tentativa de suicídio por envenenamento - TSE. Foi realizada uma revisão integrativa em bases de dados (*Lilacs, PubMed e Medline*). A pesquisa focou artigos publicados entre os anos de 2003 a 2013, utilizando os seguintes descritores: suicide, attempted; poisoning; risk factors. Foram considerados os seguintes critérios de inclusão: ser artigo original, com resumo disponível, amostra composta por adultos, e que pelo menos 50% da população do estudo tenham tentado o suicídio por envenenamento. Foram selecionados 219 artigos. Após a leitura por dois pesquisadores independentes, 22 foram incluídos na revisão. Os principais fatores de risco encontrados para a TSE foram: gênero feminino, idade entre 15 a 40 anos, estado civil solteiro, baixa escolaridade, desemprego, abuso/dependência de substâncias e/ou álcool, ser acometido por transtorno psiquiátrico e estar em tratamento psiquiátrico com uso de antidepressivo. Considera-se que pesquisas adicionais, bem como a ampliação de estudos prospectivos para a confirmação ou identificação de novos fatores de risco. Estas medidas objetivam contribuir para o planejamento e prevenção da tentativa e do suicídio.

Palavras-chave: Tentativa de suicídio. Envenenamento. Fatores de risco.

ABSTRACT: Suicide is a complex, universal and represents a major public health problem in human phenomenon. Therefore, this study aims to review the literature concerning the major risk factors associated with suicide attempt by poisoning - TSE. An integrative review was performed in databases (*Lilacs, PubMed and Medline*). The research focused articles published between the years 2003 to 2013, using the following descriptors: suicide, attempted; poisoning; risk factors. The following inclusion criteria were considered: original article, with abstract available sample of adults, and that at least 50 % of the study population have attempted suicide by poisoning. 219 articles were selected. After reading by two independent researchers, 22 were included in the review. The main risk factors found for the TSE were females, aged 15-40 years, single marital status, low education, unemployment, abuse / dependence on substances and / or alcohol, be affected by psychiatric disorder and be in psychiatric treatment with use of antidepressants. It is considered that further research and the expansion of prospective studies for confirmation or identification of new risk factors. These measures aim to contribute to the planning and prevention and suicide attempt.

Keywords: Suicide, Attempt. Poisoning. Risk factors.

Introdução

As definições de suicídio e tentativa de suicídio exigem a abrangência de vários domínios teóricos para sua compreensão, tais como teológico, psicológico,

filosófico, sociológico, além do psiquiátrico¹. Nesse aspecto, a Organização Mundial de Saúde - OMS² define o suicídio como o ato intencional de um indivíduo cessar a própria vida. Diferentemente, um dos primeiros conceitos de tentativa de suicídio tratou de considerá-la como qualquer ato não fatal de dano autoinfligido, com intenção autodestrutiva, ainda que vaga e ambígua³.

Posteriormente, a tentativa de suicídio passou a ser concebida sem a exigência, para sua configuração, da intenção objetiva de cessar a vida. O termo “comportamento suicida” – “suicidal behavihour” – equivaleria, portanto, ao termo “autoinjúria” – “self-harm” – e ambos definiam “um ato intencional de se envenenar ou auto-injúriar independente do propósito”. Essa definição se aproxima do termo “attempted, suicide and parasuicide”, usado em outros países⁴.

Tais definições, todavia, são consideradas imprecisas, pois a intenção de querer ou não morrer, subjacente aos atos descritos, é muito difícil de avaliar e quantificar⁵. Portanto, apesar dos esforços, pode-se considerar que ainda não há uma definição unânime e consensual sobre tentativa de suicídio.

Dados epidemiológicos indicam que, quando comparada com as taxas de diferentes países, a taxa de mortalidade por suicídio no Brasil é uma das mais baixas em números absolutos, embora se encontre entre os dez países com o maior número de mortes por essa causa^{6, 7}. Entre 2003 e 2009, ocorreram 60.637 mortes por suicídio no Brasil, o equivalente a 24 óbitos por dia, representando um coeficiente médio de 4,5 mortes para cem mil habitantes (Departamento de Informática do SUS. Sistema de Informações sobre Mortalidade)⁸. Das mortes por causas externas (6,6%), os suicídios representaram 0,8% do total de óbitos dos brasileiros⁹.

Acredita-se que as tentativas de suicídio superem o número de suicídios. Para cada suicídio consumado, estima-se que haja cerca de 20 a 30 comportamentos suicidas, dos quais apenas um quarto teve contato com os serviços de saúde^{10,11}. Ainda não há obrigatoriedade de registros oficiais sobre tentativa de suicídio, portanto, essas notificações são mais escassas e menos confiáveis do que aquelas sobre suicídio¹².

Ao analisar os principais métodos de tentativa, percebe-se que existe associação entre os métodos utilizados/escolhidos e o gênero dos indivíduos. Por exemplo, os homens apresentam preferência por métodos potencialmente letais como o enforcamento e disparo de arma de fogo¹³⁻¹⁵, enquanto as mulheres utilizam meios mais suaves e lentos, como alguns tipos de envenenamentos^{16,49}.

A importância de estudar a tentativa de suicídio por envenenamento decorre de evidências consistentes do uso crescente de agentes tóxicos como formas de provocar a tentativa de suicídio¹⁷⁻²⁰. Com relação aos principais agentes tóxicos, verifica-se o aumento do uso de medicamentos nas últimas décadas superando a utilização de praguicidas. Por exemplo, especialmente em 2006, nesta revisão, o número de tentativas de suicídio por medicamentos foi maior do que o dobro das tentativas por praguicidas. Quando comparadas aos demais agentes, verifica-se que estes se mantêm num patamar relativamente estável no período de 1994 a 2006^{21,22}

É importante salientar que as tentativas de suicídio por envenenamento, devido a sua extensão, têm sido consideradas, um problema de saúde pública^{9,10,18}. Dentre as diversas explicações para este tipo de comportamento, destaca-se além do fácil acesso aos agentes tóxicos, a associação deste em alguns casos, como

sinal reativo a fenômenos psicossociais complexos, transtornos mentais, bem como à presença de eventos de vida estressante²³.

Assim, a necessidade de conhecer possíveis fatores de risco associados a esse fenômeno, pode subsidiar de estratégias mais eficazes à sua prevenção. Partindo dessas premissas, o presente trabalho tem o objetivo de revisar a literatura corrente indexada acerca dos principais fatores de risco associados à TSE.

Método

A pesquisa do material bibliográfico foi conduzida em três etapas. Na primeira, foram definidas as bases de dados MEDLINE, LILACS e PUBMED para a busca dos artigos.

Na segunda, foi feita a demarcação dos descritores e dos critérios de inclusão para a identificação dos artigos. Os termos utilizados foram delimitados a partir de consulta às coleções de termos das respectivas bases de dados, a saber, Medical Subject Headings (MeSH) e Descritores em Ciências da Saúde (DeCS).

Os descritores utilizados em conjunto para a eleição dos artigos foram: tentativa de suicídio, envenenamento e fatores de risco, em português; suicide, attempted, poisoning, risk factors, em inglês. Recorreu-se aos operadores lógicos (Booleanos) “AND” e “AND NOT” para combinação dos descritores e termos utilizados para rastreamento das publicações.

A seleção se restringiu a artigos publicados em português, inglês ou espanhol no período compreendido entre janeiro de 2003 e março de 2013. A última consulta às bases de dados foi realizada em julho de 2013.

Por fim, na terceira etapa, efetivamos a leitura dos títulos e resumos de todos os artigos selecionados a fim de identificar aqueles que abordavam o tema, objeto da revisão.

Acataram-se, ainda, os seguintes critérios de inclusão: ser artigo original. Foram, também, incluídos estudos em que as amostras identificaram o envenenamento como método principal, em pelo menos 50% da população que tentou suicídio objetivando ampliar o universo de estudos incluídos. Por outro lado, foram excluídos estudos publicados sob a forma de editoriais, entrevistas, notas clínicas e revisões, como também aqueles com populações exclusivamente pediátricas, adolescentes e idosos.

Durante a busca, foram encontrados 222 artigos potencialmente elegíveis, distribuídos da seguinte forma: 180 no PubMed, 37 na Medline e 5 na Lilacs. Os estudos foram lidos individualmente por dois pesquisadores. Quando se observaram discordâncias entre eles, um terceiro pesquisador era consultado para opinar quanto à inclusão ou não do artigo. Ao final das análises, 22 artigos foram incluídos na revisão.

O fluxograma abaixo apresenta o processo de levantamento bibliográfico e a seleção dos artigos dessa revisão:

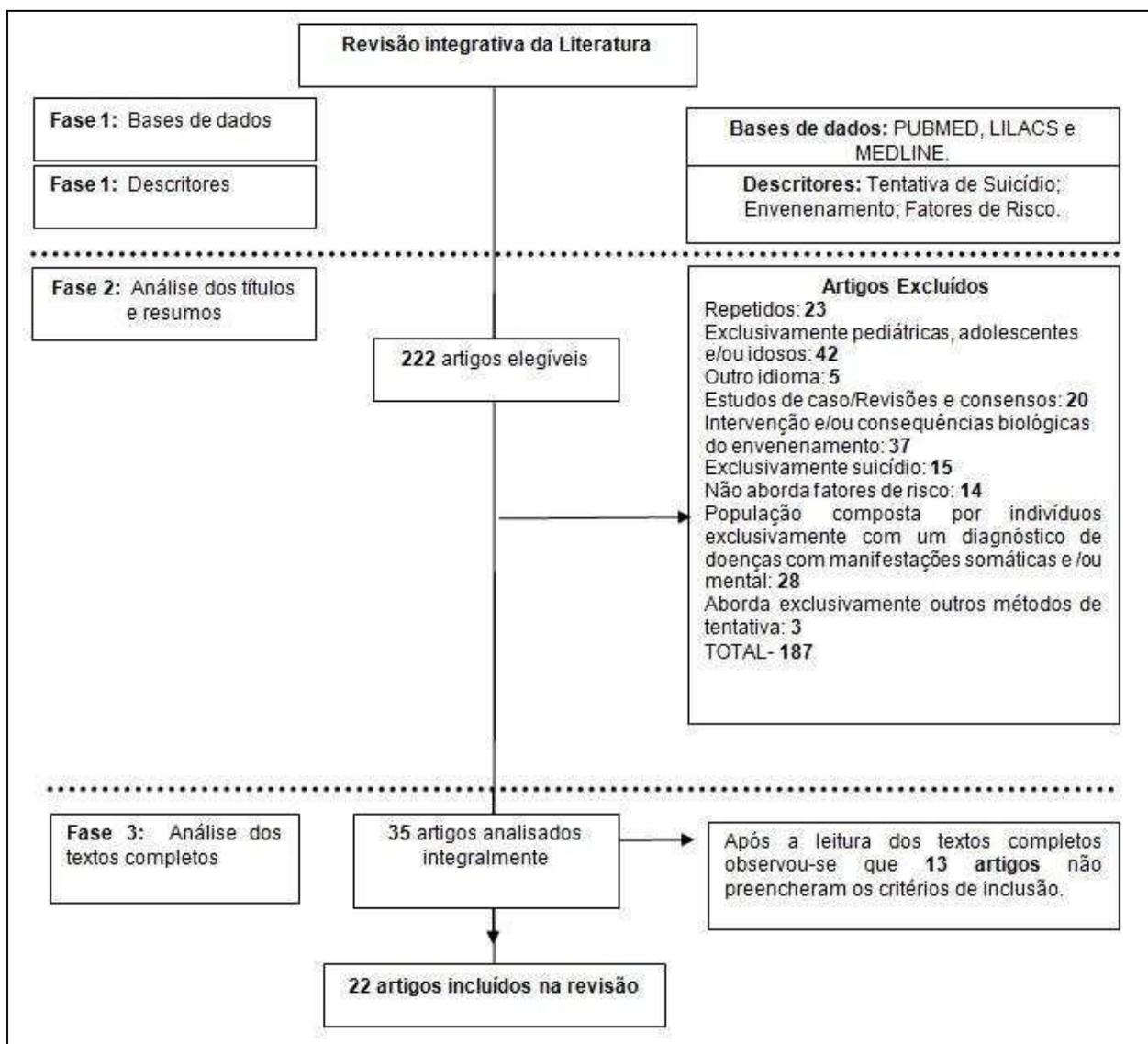


Figura 1. Fluxograma do processo de revisão.

Resultados e Discussão

Tabela 1. Características dos artigos incluídos na revisão.

Autores/Ano/Fator de impacto	Tipo do estudo	País/ Local	Tempo do estudo/ Amostra	Gênero/Faixa etária	Método de tentativa
Flavio et al., 2013 ²⁴ Swiss Med Wkly Fator de impacto:1,895	Comparativo	Basel-City - Suíça	35 meses (janeiro 2003 a Dezembro 2006) Amostra: 778	Homens: 326(33%) Mulheres: 658 (67%). Faixa etária: 15 anos a 103.	Envenenamento: Superior a 50%
Williams-Jonshon et al., 2012 ²⁵ West Indian*	Retrospectivo	Kingston-Jamaica	48 meses(2005-2009) Amostra 127	Homens: 31(24,4%) Mulheres: 96 (75,6%). Faixa etária: 10 a 55 anos	Todos por envenenamento

Rancic, et al., 2012²⁶ Med Glas Fator de impacto: 0,056	Retrospectivo	Kragujevac Sérvia	240 meses (1990 a 2010). Amostra: 715	Homens: 310(43,5%) Mulheres: 405 (56,5%) Faixa etária: 15 a ≥65 anos	Envenenamento - 395 (55,3%) Enforcamento 63 (8,8%)
Lee et al., 2012²⁷ J Korean Med Fator de impacto: 0,993	Corte transversal	Suwon - Korea	36 meses (2007-2009) Amostra: 2996	Homens: 1.259(42%) Mulheres: 1.737 (58%) Faixa etária: 10 a ≥60 anos	Envenenamento por overdose de medicamentos: 68,8% Outros métodos: 28,2%
Turhan et al., 2012²⁸ Neurosciences (Riyadh) Fator de impacto: 0,121	Retrospectivo (Coorte História)	Hatay – Turquia	36 meses (2007-2009) Amostra: 1.613	Homens: 343 (21,1%) Mulheres: 1.270 (78,9%) Faixa etária: 10 a 63 anos	Envenenamento por overdose de medicamentos: 97,5% Outros métodos: 2,5%
Garcia-Rabago et al 2010²⁹ , Rev Salud Pub.*	Prospectivo Observacional comparativo	Jalisco - México	6 meses (2005) Amostra: 106	Homens: 32 (30,2%) Mulheres: 1.270 (78,9%) Faixa etária: 15 a 61 anos	Envenenamento por ingestão de medicamentos (60,3%)
Yip et al., 2011³⁰ , Crisis.*	Comparativo	Hong Kong e Oxford	3 meses (2005) Amostra: 90	Homens: 26(29%) Mulheres: 64 (71%) Faixa etária: Idade média 35 anos	Envenenamento por ingestão de medicamentos (78%) Todos por envenenamento
Oh et al., 2011²⁰ Am J Emerg Med Fator de impacto: 1,976	Retrospectivo	Seul-Korea	2000-2009 Amostra: 967	Homens: 220 (22,8%) Mulheres: 747 (77,3%) Faixa etária: 13 a 94 anos	Envenenamento: 137 (68%) Queimar-se 63 (32%)
Rezaie et al., 2011³¹ Burns Fator de impacto: 1,962	Intervenção- Quase-experimental	Kermanshah - Iran	3 meses (Junho a Setembro 2006) Amostra: 200	Homens: 67(34%) Mulheres: 133 63(%) Faixa etária: 26.4 ± 9,5 anos	Envenenamento: 1588 (98,4%) Outros métodos: 1,6%
Chowdhury, et al., 2010³² Natl Med J indian Fator de impacto: 0,595	Prospectivo	Belgal - India	12 meses (2002) Amostra: 1614	Homens: 619 (38,4%) Mulheres: 995 (61,7%) Faixa etária: 7 a 80 anos	Envenenamento: 1588 (98,4%) Outros métodos: 1,6%
Zyoud et al., 2010²² Hum Psychopharmacol*	Descritivo e retrospectivo	Malysia-Asia	36 meses (2006-2008) Amostra: 177	Homens: 28 (15,8%) Mulheres: 149 (84,2%) Faixa etária: <20- >30	Todos por envenenamento, com overdose de acetaminophen
Heyerdahl et al., 2010³³ BMC Psychiatry Fator de impacto: 2,552	Coorte Prospectivo Multicêntrico	Oslo- Noruega	11 meses (2003 – 2004) Amostra: 908	Homens: 418(46%) Mulheres: 490 (54%) Faixa etária: <16-89 anos	Todos por envenenamento
Ozdel et al., 2009³⁴ Crisis*	Transversal	Pamukkale-Turkia	24 meses (2006 e 2007) Amostra: 144	Homens: 36(25%) Mulheres: 108 (75%) Faixa etária: <16-89 anos	Envenenamento por medicamentos 70% Outros métodos: 30%
Payne et al., 2009³⁵ Public Health Fator de impacto: 1,35	Coorte retrospectiva	Escócia-Reino Unido	84 meses (1996-2002) Amostra: 50.891	Homens: 21.883(43%) Mulheres: 29.007(57%) Faixa etária: 15 a maiores de 65 anos	Todos por envenenamento
Carter et al., 2007³⁶ Suicide Life Threat Behav*	Caso-controle	Austrália	44 meses (1998-2001) Amostra: 581 pacientes	Homens: 180(31%) Mulheres: 401(69%) Faixa etária: 18 a maiores de 65 anos	Todos por envenenamento
Kapur et al., 2006⁴ J Clin Psychiatry Fator de impacto: 5,799	Coorte prospectiva Multicêntrica	Kingdom – Reino Unido	60 meses (1997-2002) Amostra: 9.213	Homens: 3991 (43%) Mulheres 5.222 (57%) Faixa etária: acima de 15 anos	Envenenamento: 87% Outros métodos: 15%
Carter et al., 2006³⁷ Suicide Life Threat Behav*	Coorte Comparativa	Newcastle Austrália.	60 meses (1996 - 2002) Amostra: 2629	Homens: 991 homens (38%) Mulheres: 1638 (62%) Faixa Etária: menores de 25 a maiores de 35 anos.	Todos por envenenamento
Alaghebandan et al., 2005³⁸ Can Psychiat Fator de impacto: 2,417	Base de dados secundária Retrospectivo	Newfoundland e Labrador-Canadá	24 meses(1998-2000) Amostra: 978	Homens 423 (43%) Mulheres 550(57%) Faixa etária: 10 a maiores de >75 anos	Envenenamento: 87,0%. Cortando-se: 7.1% Enforcando-se: 2,0%
Ichimura et al., 2005³⁹ Psychiatry Clin Neurosci Fator de impacto: 2,133	Caso-controle	Isehara-Japão	12 meses (janeiro a dezembro de 2000) Amostra: 235	Homens: 104 (44%) Mulheres: 131 (56%) Faixa etária: 49.2 anos (+16.9)	Envenenamento: 172 (70%) Outros métodos: 73(30%)
Fekete et al., 2005⁴⁰ Croat Med J Fator de impacto: 1,796	Multicêntrico Retrospectivo	Hungria-România	48 meses(1997-2001) Amostra: 1.158	Homens: 430 (37%) Mulheres: 728 (63%) Faixa etária: 36,4,2 anos (+15,2)	Todos por envenenamento
Douglas et al., 2004⁴¹ J affect disorders Fator de impacto: 3,517	Caso-controle	Salford- Reino Unido	18 meses (Março 1999 a agosto 2000) Amostra: 1748	Homens: 710 (6%) Mulheres: 1038 (94%) Faixa etária: Grupo suicido: 41; Grupo NFDSh: 34; Grupo DSH: 31	Envenenamento: 74% Outros métodos: 26%
Carter et al., 2003⁴² Aust NZJ Psychiatry Fator de impacto: 2,929	Caso-controle	Newcastle Austrália	26 meses (abril 1998 a junho 2000) Amostra: 82	Homens: 23 (28%) Mulheres: 59 (72%) Faixa etária: 18 a 24 anos	Todos por envenenamento

*Periódico sem fator de impacto.

Tabela 2 - Resumo dos estudos que descrevem os fatores de risco para TSE que foram destacados em tópicos: objetivos; fatores de risco; conclusões e comentários gerais.

Autores/Ano	Objetivos do estudo	Fatores de risco	Conclusões	Comentários
Flavio et al.,²⁴ 2013	Analisar a taxa de tentativas de suicídio e seus métodos. Identificar grupos de risco para tentativa de suicídio.	Mulheres na idade de 37,43 ± 16,87 (p≤ 0,001) Os grupos de risco são indivíduos solteiros, de nacionalidade estrangeira, e de baixa escolaridade baixo status emprego.	Os homens foram significativamente mais frequentemente afetados por transtorno de abuso de substâncias ou psicose, enquanto que em transtornos de ajustamento mulheres e transtornos de personalidade foram diagnosticados com maior frequência.	O artigo apresenta os primeiros dados representativos de toda a Suíça. Discute isoladamente cada fator considerado de risco.
Williams Jonshon et al.,²⁵ 2012	Documentar as características de tentativa de suicídio por auto-envenenamento de pacientes que necessitaram ser atendidos na emergência do Hospital Universitário de West Indies-(UHWI) e descrever o tipo de medicamento utilizado na tentativa.	Sexo feminino (p<0,001); Faixa etária de 16 a 30 anos (p<0,001); Uso de agentes químicos maior entre as mulheres (p<0,019).	Achados consistentes com as "tendências mundiais" de tentativa de suicídio quanto ao gênero e faixa etária.	Achados divergentes da literatura quanto a tipo de substâncias ingeridas (mulheres substâncias químicas e homens medicamentos).
Rancic,et al.,²⁶ 2012	Determinar a frequência e distribuição de tentativas de suicídio relacionadas à maneira de execução e os possíveis fatores de risco.	Mulheres 405 56,5% Depressão 336 (48,4%); Idade média para tentativa 42,6 (SD=16,78) Esquizofrenia e desordens delirantes 150 (20,4%); Desordens de abuso de substâncias 85 (11,2%);	Mulheres tentam duas vezes mais suicídio que os homens. Pessoas jovens de ambos os gêneros.	Pacientes internados em setores gerais do hospital e não em psiquiátricos; Ausência de grupo controle.
Lee et al.,²⁷ 2012	Descrever os fatores de risco de tentativa de suicídio associado à intensidade da autoagressão.	Gênero masculino p=0,001 (no grupo severo) Idade de 10 a 19 anos p=0,001 (no grupo severo) Não consumir álcool: p=0,001 (no grupo severo).	Sexo masculino, idade mais velha e não ter consumido álcool são preditores de tentativa de suicídio severa.	Os dados podem estar subestimados pela tendência cultural da população Koreana de mascarar as tentativas de suicídio.
Turhan et al.,²⁸ 2012	Determinar taxas de suicídio, fatores de risco e razões para tentativa de suicídio.	Jovens (15-24 anos): 87.1 (odds ratio); Mulheres/homens: 3.27 (Odds ratio); Solteiras 2.7(odds ratio); Maior nível educacional: 8.4 (odds ratio).	Jovens, mulheres, solteiros e pessoas com maior nível educacional, com história psiquiátrica na família têm mais alto risco para tentativa e recorrências.	Estudo baseado em prontuários médicos. Nível educacional mais alto foi fator de risco nesse estudo.
Garcia-Rabago et al.,²⁹ 2010	Identificar se há diferença entre os fatores de risco em pacientes com tentativa de suicídio de alta (TAL) e baixa letalidade (TBL).	Viver sozinho: 6,7 (odds ratio) Intoxicação etílica prévia: 3,8 (odds ratio)	No grupo de alta letalidade (TAL) as chances de tentativa de suicídio aumentam 6,7 vezes em pessoas que moram sozinhas e 3,8 vezes em pessoas que apresentam intoxicação etílica prévia.	Avaliação da letalidade por instrumentos (Escala de Insa e Barrachina);
Yip et al.,³⁰ 2011	Comparar as características dos pacientes hospitalizados em Hong Kong e Oxford que repetiram a tentativa de suicídio.	Ser solteiro (p=0,04) Ter sido vítima de violência nos últimos 5 anos (p=0,02) Internamento hospitalar (0,02) Problemas adversos da vida (p=0,01) Consequências de abuso sexual na infância (0,04) Consequências de abuso físico na infância (p=0,01) Repetição de autoagressão (p=0,00)	Intenção suicida: Hong Kong (48,9%) e Oxford (29%). A intenção foi mais alta nos homens de Oxford (35,71) do que as mulheres (25,7). Tratamento psiquiátrico Hong Kong (44,6%) e Oxford (35,3%). Dependência de álcool: Oxford 33,2% e Hong Kong 14%.	Realizado em um único hospital. Período de seguimento da repetição foi curto (6 meses). Grande parte dos entrevistados já tinha uma tentativa anterior. O autor refere que maiores detalhes são imprescindíveis para avaliar os reais fatores de risco. O autor sugere a necessidade de escalas de intenção suicida diferentes para os gêneros.
Oh et al.,²⁰ 2011	Descrever fatores associados à repetição de tentativas de suicídio.	Sexo feminino (p = 0,002) Não ter família (p <0,001) Método de tentativa por	Dentre os fatores considerados os mais relevantes foram ser do	Nas informações foram obtidas através de auto-relatos;

		analgésicos ($p < 0,001$) Ter história de tratamento psiquiátrico ($p < 0,001$)	gênero feminino, não ter família, ter antecedente de tratamento psiquiátrico e fazer uso de medicamento antidepressivo.	As repetições de tentativas podem ter sido subnotificadas devido à coleta em apenas um local; Não examinou as razões da tentativa, classe social, status marital uso de substâncias e outras doenças.
Reazie et al.,³¹ 2011	Comparar o perfil de tentativa de suicídio por <i>self-imolation</i> com envenenamento.	Destacando o auto-envenenamento: Mulheres 53,3% ($p < 0,001$) Mais jovens (25 anos) ($p < 0,007$) Solteiras 59,9% Maior educação ($p < 0,001$) Comportamento de intenção suicida positivo: 44,5% ($p < 0,001$)	Os fatores de risco são distintos em ambos os grupos.	Dados em um único Hospital e pouco tempo de estudo. Ausência de instrumentos validados para avaliação.
Chowdhury, et al.,³² 2010	Avaliar as características de pessoas que tentaram suicídio e sobreviveram e aquelas que morreram e que foram atendidas em um serviço primário de saúde pública.	Em ambos os grupos os fatores de risco foram: Idade de 24 anos; Mulheres 61,7%; Analfabetas 39,5% Casadas 71,9%; Conflitos e violência doméstica 46,8%.	Ambos os grupos são considerados um grande problema de saúde pública na região Sundarban necessitando de uma correta administração de pesticidas como estratégia de prevenção.	Os fatores culturais parecem ter influenciado os resultados que divergem de outras literaturas (status marital e baixa escolaridade).
Zyould et al.²² 2010	Determinar os fatores de risco e as pressões da vida que são predominantes entre os casos de autoenvenenamento com acetaminofeno (DSP), e identificar diferenças entre os sexos nos fatores associados, bem como para determinar a prevalência de diagnósticos psiquiátricos e os padrões e tipos de intervenções psicoterapêuticas fornecidas por psiquiatras.	Fatores de risco para homens: Consumo crônico de etanol ($p = 0,04$); Maior relatado dose ingerida ($p = 0,01$); Maior tempo de latência ($p = 0,04$); Tempo de internação hospitalar ($p = 0,03$).	Não houve diferenças significativas entre os gêneros. Os homens apresentam maior toxicidade, por fazer uso crônico de álcool, usam doses mais altas e apresentam um tempo de latência mais elevado.	Achados específicos para o gênero masculino, particularmente associado ao consumo de bebida e tentativa por acetaminofeno. Diagnóstico psiquiátrico realizado através de exame clínico e não através de instrumento estruturado.
Heyerdahl et al.,³³ 2010	Explorar as diferenças nos fatores psicossociais e encaminhamentos para follow-up entre os pacientes auto-envenenados de acordo com a avaliação da sua intenção.	Idade entre 30-49 anos OR 0,51 (IC, 0,34- 77 95%); Ser Imigrante de outros pais (Ásia) OR 0,23 (IC 95% 0,11-0,49); Morar sozinho OR 2,21 (IC 95%, 1,12- 4.37); Licença por doença: OR 0,30 (IC 95% 0,15-0,61).	Semelhanças consideráveis entre os grupos de tentativa e apelo em relação à falta de integração social, uso de drogas, tentativa de suicídio anterior e tratamento psiquiátrico anterior ou atual. Os grupos de uso de substâncias tiveram alta sem encaminhamento. Parecendo ser excluído do pós-tratamento apesar do seu risco bem conhecido.	Ausência de instrumentos validados para avaliação. Relevância dos achados que valorizam o exame clínico. Não houve encaminhamento para tratamento de consumidores de substâncias (grupo de risco).
Ozdel et al.,³⁴ 2009	Examinar as características sociodemográficas e clínicas de uma amostra de 144 tentativas de suicídio internados em uma clínica de emergência especializada.	Gênero feminino 75% Menor nível educacional ($p = 0,05$); Baixa orientação religiosa ($p = 0,02$).	Revelaram que as tentativas de suicídio são mais elevadas nas mulheres, às com menor nível de escolaridade, imigrantes internas, as de baixa religiosidade, de cujo principal método de tentativa foi overdose de drogas, e que tendem a ficar deprimida, com conflitos familiares.	Menor nível educacional apresenta-se como fator de risco para tentativa de suicídio. Ausência de grupo controle.
Payne et al.,³⁵ 2009	Identificar os fatores que influenciam reinternação hospitalar por auto-envenenamento.	Fatores de risco para re-internação: Internação psiquiátrica anterior (OR 2,85, $P < 0,01$); Diagnóstico de transtorno de personalidade (OR 4,59, $P < 0,01$); Aumento da privação (quartil 3): OR 1,16, $P < 0,01$; quartil 5: OR 1,15, $P < 0,01$, em comparação	A idade mais jovem, maior privação (quartil), a ingestão de certos grupos de drogas ou vários tipos de drogas, e internação psiquiátrica anterior são todos fatores de risco para re-internação por auto-envenenamento.	No estudo não é possível examinar especificamente os efeitos da dependência de drogas nas taxas de readmissão, um fator que tem sido associado com a autoagressão recorrente. Não avaliou a intenção suicida;

		com o quintil 1); Tomar medicamentos para doenças crônicas ou dependência de drogas (OR 1,6 e 1,19, P ≤ 0,02); Dependência de medicamentos (OR 1,6 e 1,19, p ≤ 0,02) Uso de antidepressivos (quando comparados com paracetamol) (OR 1,11, P = 0,01) (em comparação com o paracetamol); Coingestão de três ou mais agentes (OR 1,37, P <0,01).		
Carter et al.,³⁶ 2007	Determinar se os fatores sociais e psiquiátricos semelhantes estão associados à tentativa de suicídio em ambientes clínicos e comunidade e se a magnitude do efeito é maior em populações clínicas.	Grupo Homens da Comunidade: Ter transtorno de ansiedade (OR=3.30); Ter transtorno por uso de substância (OR=2.88); Não estar trabalhando na semana anterior (OR= 1.98). Grupo Mulheres da Comunidade: Transtorno afetivo (OR=1.52); Transtorno de ansiedade (OR=3.13); Transtorno por uso de substância (OR=2.44); Transtorno de personalidade (OR=2.41); Não estar trabalhando na semana anterior (OR=1.40). Grupo Homens da Clínica: Transtorno afetivo (OR=16.23); Transtorno de ansiedade (OR=3.82); Transtorno por uso de substância (OR=3.01); Não estar trabalhando na última semana (OR=4.42). Grupo Mulheres da Clínica: Transtorno afetivo (OR=7.48); Transtorno de ansiedade (OR=3.67); Transtorno por uso de substância (OR=6.88); Transtorno de personalidade (OR=1.92); Não estar trabalhando na última semana (OR=3.70).	Os fatores de risco foram de maior ou igual magnitude nos casos clínicos quando comparados aos casos comunitários.	O artigo aponta a necessidade de interferência da saúde pública em fatores psicossociais modificáveis como educação, renda e tratamento psiquiátrico.
Kapur et al.,⁴ 2006	Determinar a proporção de indivíduos que repetiram o comportamento suicida nos últimos 12 meses, investigar o tempo de repetição, e investigar os fatores de risco associados com a repetição e seu impacto sobre a população.	Idade >54 anos (p<0,01); Vivez (p<0,01); Estar em tratamento psiquiátrico atual (p<0,01); Estar em tratamento psiquiátrico prévio a mais de 12 meses (p<0,01); Fazer uso de álcool (p<0,01); História de abuso infantil (p<0,01); Problemas de relacionamento com amigos (p<0,01); Resposta a problemas mentais (p<0,01); Circunstância do episódio índice (premeditação) (p<0,01); Método da tentativa (presença e comportamento suicida (afogamento ou asfixia) (p<0,01).	Os fatores de risco para a repetição do comportamento suicida anterior foram: o tratamento psiquiátrico, estar desempregado ou doente, automutilação, abuso de álcool, e relatar os planos ou alucinações suicidas no momento do episódio índice. A fração atribuível populacional combinado (um indicador do potencial impacto sobre a população) para estas variáveis foi de 65%.	Pesquisa proveniente de um Projeto de colaboração (MASSH), da Universidade de Manchester); Não avaliou a intenção suicida; Nem todos os casos de repetição foram incluídos (opção de atendimento em outros hospitais); Refere "Suicidal Behaviour" igual a "self-harm" e ambos são definidos como "um ato intencional de se envenenar ou injúria independente do propósito do ato". Essa definição se aproxima do termo "attempted suicide and para suicide" usados em outros países.
Carter et al.,³⁷ 2006	Descrever os fatores de risco para recomendação da internação psiquiátrica após episódio de internação em hospital geral devido a auto-envenenamento em uma	Idade 25-34 (1.61: 1,22-2,14) e 35 ou mais anos (1,94: 1,44 -2,59); Divorciado ou separado (0,60:0,46-78); Nível educacional secundário (1,31:0,74-2.32);	A decisão de internação psiquiátrica após a tentativa de suicídio é uma decisão complexa que deve levar em consideração a ideação, planejamento, história de	Análise em apenas uma região geográfica; Não utilização de instrumentos estruturados para avaliação de ideação, plano e desordem mental.

	amostra australiana.	Falta de moradia (3,29: 1,82-5,03); Desemprego (1,39: 1,04-1,86); Anterior automutilação (1,35: 1,11-1,65); tratamento internação psiquiátrica nos últimos 12 meses (2,63: 2,06 -3,35); Tratamento hospitalar psiquiátrico prévio (1,92:1,54-2,40); Ideação suicida baixa-moderado (4,97:3,83-6,43); Planejamento suicida (39,72: 29,05-54,33); Transtorno de Humor (2,22:1,69-2,92); Transtorno de ajustamento (0,83: 0,49-1,41) Outros transtornos focais de atenção (0,85: 0,67-1,01); Esquizofrenia outras desordens psicóticas (4,68:3,00-7,30).	passado psiquiátrico e variáveis sócio-demográficas.	
Alaghebanda et al.,³⁸ 2005	Examinar a epidemiologia e os fatores associados para tentativas de suicídio requereram hospitalização, na província de Newfoundland e Labrador.	Sexo feminino quando comparado os indivíduos de Labrador com os de Newfoundland ($p < 0,001$); Idade mais jovem (15-24 anos); quando comparado os indivíduos de Labrador com os da Província (adolescente ou jovem adulto) ($p < 0,001$); Status marital solteiro ($p < 0,001$); Nível educacional menor que 12 anos ($p < 0,001$); Taxas de tentativa entre solteiros de Labrador foi superior aos de Newfoundland ($p = 0,001$); Desordem mental maior em Newfoundland ($p < 0,001$); Idade média para tentativa mais baixa em Labrador quando comparado com Newfoundland ($p < 0,01$); Gênero feminino foi significativamente mais jovem quando comparado os indivíduos de Labrador aos de Newfoundland ($p < 0,01$); Ambos os gêneros foram significativamente mais jovens em Labrador do que os de Newfoundland ($p < 0,001$).	As diferenças entre as taxas de tentativa de suicídio em Newfoundland e Labrador provavelmente refletem os fatores sociais, econômicos e culturais que não podem ser plenamente avaliados em estudos de base secundária.	Comparação realizada entre duas amostras distintas (cidade e província).
Ichimura et al.,³⁹ 2005	Esclarecer as características de depressão e medidas de prevenção de suicídio por depressão comparando com outros transtornos mentais.	Médias de idade entre os grupos: 49,2 vs 33,2 ($p < 0,001$); Gênero feminino entre os grupos: ($p < 0,001$); Divórcio entre os grupos: ($p < 0,01$); Outros métodos de tentativa: ($p < 0,01$); Gravidade física menos severa entre os grupos: ($p < 0,01$); Idade mais velha: ($p < 0,001$) Odds: 0,953(0,933-0,934); Viver casado ou junto: ($p < 0,004$) Odds: 0,351 (0,173-0,714); Outros métodos que não envenenamento: ($p < 0,007$) Odds: 0,161(0,043-0,601).	Nesse estudo os fatores de risco de pacientes depressivos são diferentes dos demais pacientes para tentativa de suicídio. E semelhantes aos fatores de risco dos que se suicidaram.	Dados analisados em um único Hospital; Não utilização de entrevistas semi-estruturadas para o diagnóstico das tentativas de suicídio; Critério para a gravidade física não rigoroso.
Fekete et al.,⁴⁰ 2005	Determinar as diferenças de comportamento suicida entre os gêneros e investigar os fatores associados com a tentativa de suicídio.	Sexo feminino caracterizado por: Aposentado ou economicamente inativas (OR = 2,38); Viúvos (OR = 6,55); Divorciado (OR = 1,64); Depressão em sua história pessoal (OR = 1,27).	Existem diferenças significativas nos fatores de risco para tentativas de suicídio entre homens e mulheres. Esses fatores devem ser levados em consideração para o tratamento e prevenção.	Dados obtidos apenas de pacientes medicados e inclusão de pacientes com mais de uma tentativa.
Douglas et al.,⁴¹ 2004	Descrever as características clínicas e demográficas que	Fatores de risco em ambos os grupo:	Os casos NFDSh são fenômenos clínicos	Condições clínicas dos pacientes não permitiram

	<p>distinguem os casos de tentativa de suicídio quase fatais (NFDSH); Determinar se o perfil de idade e gênero nos casos de NFDSH são semelhantes com o suicídio completo ou não; Descrever a avaliação clínica do grupo NFDSH; Coletar dados de dos indivíduos que tem experiência de NFDSH incluindo seus pontos de vista sobre a prevenção.</p>	<p>Não ser casado: Odds 1,63 (1,04-2,54); Querer morrer: Odds 2,11 (1,40-3,18); Tratamento psiquiátrico prévio: Odds 11,70 (1,17-2,46); Previa autoagressão: Odds 1,82 (1,24-2,66); Sentir-se deprimido: Odds 2,24 (1,36-3,68); Distúrbios alimentares: Odds 1,69 (1,16-2,47).</p>	<p>importantes e associados com indicadores de alto risco de suicídio. Estudá-los pode contribuir para a prevenção do suicídio.</p>	<p>mais questionamentos; A classificação de NFDSH foi baseada nas avaliações iniciais; Outra definição para NFDSH poderia ser usada. Não houve avaliação da intenção de suicídio. Os casos de overdose se excluídos poderiam ter modificado os resultados;</p>
<p>Carter et al.,⁴² 2003</p>	<p>Explorar as diferenças entre uma amostra clínica de pacientes com deliberado auto-envenenamento e uma amostra da comunidade que relataram tentativa de suicídio anterior. E examinar correlatos de comportamento suicida nestes grupos em comparação com um grupo de controle da comunidade (CC) sem comportamento suicida.</p>	<p>Para o grupo da clínica: Sexo feminino (OR = 5,7, IC = 1,7-19,4); Ansiedade (OR = 7,4, IC = 2,2-25,1); Transtorno afetivo (OR = 23,0, IC = 6,9-76,5), Transtorno por uso de substâncias (OR = 19,2, IC = 5,6-65,4); Incapacidade relacionada à saúde mental (OR = 0,5; CI = 0,3-0,7); No grupo da comunidade: Ansiedade (OR = 9,4, IC = 1,7-52,8) Transtorno por uso de substâncias doença (OR = 3,0, IC = 1,1-8,7) Incapacidade relacionada à saúde mental (OR = 0,5, IC = 0,4-0,7); Transtorno afetivo (OR = 4,0, IC = 0,9-17,1).</p>	<p>Correlatos de deliberado autoenvenenamento eram geralmente mais poderoso no grupo clínico, mas mostrou um padrão similar de transtorno psiquiátrico e fatores de deficiência em ambos os grupos.</p>	<p>Refere à importância da análise e trabalho com os fatores de risco modificáveis. O autor refere como principal limitação o viés de memória no grupo que tentou em algum momento da vida.</p>

Na tabela 1 são apresentadas as características dos estudos. Os achados evidenciam que, nos anos de 2010 a 2012 foram publicados um maior número de artigos. Quanto ao tipo de estudos predominaram os retrospectivos seguidos de multicêntricos. Esses resultados demonstram que pesquisar situações de risco iminente de morte, como as tentativas de suicídio, constitui tarefa de difícil execução, porém necessária para a compreensão do problema e planejamento de medidas mais eficientes de prevenção^{24, 43}.

Evidencia-se que o presente estudo na tentativa de apresentar uma visão mais ampliada sobre os fatores de risco para tentativa de suicídio por envenenamento, incluiu estudos que apresentavam incidência de tentativa por

envenenamento acima de 50%. Contudo serão discutidos apenas os fatores de risco exclusivamente associados ao envenenamento, sendo esses destacados na tabela 1, na sessão método da tentativa.

Com relação à classificação, em termos de nível de evidência, analisamos os fatores de impacto das publicações. Dos 22 artigos, 10 obtiveram impactos superiores a 1,0 ponto. Esse critério corresponde a uma medida bibliométrica que possibilita a reflexão sobre a qualidade do periódico em termos de citação e acesso, fornecendo assim algumas das melhores evidências relativas à determinada temática⁴⁴.

Dos estudos incluídos, nesta revisão, observa-se que a maioria foi desenvolvida no continente Europeu seguida do Asiático. Com relação ao tamanho das amostras, verifica-se que a grande maioria dos estudos trabalhou com amostras acima de 900 indivíduos.

Há um consenso mundial que identifica o envenenamento como o método mais comum para tentativa de suicídio confirmado com os dados encontrados pela OMS/EURO^{45,46,-48}.

Na tabela 2, podem ser observadas as descrições de categorias tais como: os objetivos; fatores de risco; principais conclusões e comentários. Inicialmente, salienta-se que, apesar dos estudos apresentarem objetivos distintos tinha em comum à descrição de características ou perfil de suas amostras.

Quando se pretende descrever o gênero como fator de risco, várias explicações são atribuídas, e, uma delas consiste em associar com outros fatores de risco, dentre eles citamos, por exemplo, um importante estressor social que é o desemprego e/ou estressores próprios da vida onde destacamos os conflitos conjugais⁵⁰, e o divórcio³⁶.

Sobre a faixa etária, ressalta-se que as idades compreendidas entre 15 a 40 anos são as de maior incidência para tentativas de suicídio. Dados semelhantes foram confirmados em um estudo multicêntrico desenvolvido em toda a Suíça e que aponta para o fato de as TSE ocorrerem mais comumente em adolescentes e jovens adultos²⁴.

Informações obtidas através do último consenso, ocorrido em 2009 e publicado em 2010, realizado por diversos especialistas no estudo do suicídio e tentativa de suicídio, enfatizam que, em adolescentes, possivelmente as tentativas de suicídio estão relacionadas à presença de ideação suicida e/ ou reações de impulsividade, porém o suicídio nessa faixa etária é raro se comparado com os idosos⁵.

Quando se avalia o status marital este pode ser considerado tanto fator protetor como de risco para tentativa e de suicídio⁵¹, uma vez que esta variável sofre forte influência de fatores associados. Ressaltamos um estudo que evidencia as desarmonias e presença de conflitos familiares como situações gatilho para a tentativa de suicídio inclusive nas mulheres casadas³². Também se verificou que, para o gênero feminino, as divorciadas e as separadas apresentam taxas de suicídio duas vezes maiores do que as casadas.⁵²

Dados extraídos da American Psychiatric Association - APA⁴³ advertem a importância de diversos aspectos sociais, destacando a menor agregação/rede de contatos que pode ocorrer com os solteiros. Tal isolamento poderia predispor a desencadear eventos relacionados à vulnerabilidade e conseqüentemente tendência ao suicídio. Constata-se que sentimentos de solidão estão associados a um maior risco de tentativa de suicídio, sendo, o apoio familiar e, ou/ o social, de um modo geral, considerados como fatores de proteção^{5,20,36}.

Tanto o desemprego e/ou baixa escolaridade também são reconhecidos como significativos fatores de risco para tentativa de suicídio. Tais fatores estão associados à presença de desvantagem social que podem representar maior risco de comportamento suicida.⁵⁴

Os dados obtidos nesta revisão apoiam os estudos que evidenciam que ter comorbidades psiquiátricas, tais como depressão e transtorno de ansiedade generalizada ou depressão e transtorno opositor desafiador, aumentam o risco de tentativa de suicídio, principalmente nos grupos etários mais jovens³⁵. Quando ao uso de substâncias químicas e/ou abuso de álcool este foi referenciado por alguns estudos como importante fator de risco.^{26,27,29}

A depressão foi um dos mais relevantes fatores de risco associado ao suicídio na quase totalidade das pesquisas. Isso ocorre porque tal enfermidade – vista em sua sintomatologia própria e/ou associada a outros fatores, quase sempre está permeada de sofrimento físico, psicológico, terminalidade da vida, problemas de ordem social, econômica, cultural, perdas, abandonos, solidão e/ou conflitos no interior das famílias⁵⁵.

A forte associação entre suicídio e depressão impõe a necessidade de maior atenção para o diagnóstico desse transtorno mental³⁹, principalmente na rede básica de saúde, e a consequente intervenção terapêutica, como procedimento importante para a prevenção do suicídio⁵⁶.

Dos estudos incluídos nesta revisão apenas Ypi e colaboradores (2011) assinalaram que a autoagressão anterior é um fator de risco para nova tentativa de suicídio³⁰.

Conclusão

Diante dos resultados obtidos, os principais fatores de risco para a TSE são: gênero feminino, idade entre 15 a 40 anos, estado civil solteiro, baixa escolaridade, desemprego, abuso/dependência de substâncias e/ou álcool e ser acometido por transtorno psiquiátrico, sendo este último considerado o mais relevante.

Limitações

Polewka e colaboradores⁵⁷ advertem que é difícil estabelecer uma correspondência linear entre os fatores de risco e o comportamento suicida. A causa é geralmente uma combinação de fatores constitucionais, incluindo os genéticos, experiências pessoais anteriores, e eventos estressantes.

Yng⁵⁸ e colaboradores apontam que algumas pesquisas se debruçaram a investigar a influência de fatores demográficos, sócio-psicológico, econômicos e relacionados com estilo de vida e doenças físicas sobre o comportamento suicida. Porém os dados levantados pelos estudos ainda são inconsistentes, e alguns questionamentos ainda permanecem sem esclarecimento como o risco de tentativa de suicídio em algumas variáveis como gênero^{59,60,61,62} estado civil^{63,64} e tipos não convencionais de família^{65,66}.

A referida pesquisa fornece uma imagem inicial sobre os fatores de risco para tentativa de suicídio por envenenamento. No entanto, apresenta algumas limitações. Primeiro, muitos dados podem ter sido perdidos pela falta de indexação de periódicos ou por se tratarem de documentos sem texto completo e/ou artigos publicados em outros idiomas.

Em segundo lugar, os estudos incluídos apresentavam populações extremamente heterogêneas o que revela uma falta de medida uniforme dos fatores sociais, psíquicos e comportamentais complexos. Em terceiro lugar, é possível que os estudos incluídos nesta revisão possam ter subestimado a associação entre os fatores de risco e comportamentos suicida⁶⁷.

Adicionalmente a referida pesquisa identificou implicações significantes para o futuro. Contribuiu consideravelmente para estabelecer comparações entre estudos de diferentes populações e regiões, é importante enfatizar o uso de medidas padronizadas em pesquisas fornece uma análise mais precisa das questões e fatores de risco que se deseja estudar. Este aspecto não foi seguido pelos estudos. Evidencia-se que quando se estuda os fatores de risco deve-se atentar para avaliação minuciosa dos considerados tratáveis ou modificáveis a fim de contribuir para o manejo desses indivíduos.

Diante da metodologia abordada e dos artigos captados não houve fatores de risco exclusivamente relacionados à tentativa de suicídio por envenenamento, na verdade a literatura⁴³ aponta que os fatores se assemelham independentemente do método empregado para autodestruição.

Estudos adicionais são necessários, bem como o desenvolvimento de pesquisas do tipo caso-controle para a confirmação e/ou identificação de novos fatores de risco. Tais medidas poderão subsidiar o planejamento e prevenção da tentativa e do suicídio.

Referências

1. Filhos OCB. Comportamentos suicidas em uma unidade psiquiátrica de um Hospital Universitário Recife[Tese de Livre-docência]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 1975.

2. Organização Mundial de Saúde. Prevenção do Suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. [On-line]. Genebra. 2006
3. Stengel E. Suicide and attempted suicide: Penguin Books; 1964.
4. Kapur N, Cooper J, King-Hele S, Webb R, Lawlor M, Rodway C, et al. The repetition of suicidal behavior: a multicenter cohort study. *J Clin Psychiatry*. 2006 Oct;67(10):1599-609.
5. Meyer RE, Salzman C, Youngstrom EA, Clayton PJ, Goodwin FK, Mann JJ, et al. Suicidality and risk of suicide--definition, drug safety concerns, and a necessary target for drug development: a brief report. *J Clin Psychiatry*. 2010 Aug;71(8):1040-6.
6. Botega NJ, Marin-Leon L, Oliveira HB, Barros MB, Silva VF, Dalgalarondo P. [Prevalence of suicidal ideation, suicide plans, and attempted suicide: a population-based survey in Campinas, Sao Paulo State, Brazil]. *Cad Saude Publica*. 2009 Dec;25(12):2632-8.
7. Bando DH, Volpe FM. Seasonal Variation of Suicide in the City of Sao Paulo, Brazil, 1996-2010. *Crisis*. 2013 Jul 19:1-5.
8. Bochner R. Informação sobre intoxicações e envenenamentos para a gestão do SUS: um panorama do Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas--SINITOX-DOI: 10.3395/reciis.v7i2.767pt. *RECIIS*. 2013;7(2).
9. Vidal CE, Gontijo EC, Lima LA. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. *Cad Saude Publica*. 2013 Jan;29(1):175-87.
10. Rapeli CB, Botega NJ. Clinical profiles of serious suicide attempters consecutively admitted to a university-based hospital: a cluster analysis study. *Rev Bras Psiquiatr*. 2005 Dec;27(4):285-9.
11. Stefanello S, Cais CFdS, Mauro MLF, Freitas GVSd, Botega NJ. Gender differences in suicide attempts: preliminary results of the multisite intervention study on suicidal behavior (SUPRE-MISS) from Campinas, Brazil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2008;30(2):139-43.
12. Bernardes SS, Turini CA, Matsuo T. Perfil das tentativas de suicídio por sobredose intencional de medicamentos atendidas por um Centro de Controle de Intoxicações do Paraná, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2010;26:1366-72.
13. Marín-León L, Barros MB. Mortes por suicídio: diferenças de gênero e nível socioeconômico. *Rev Saúde Pública*. 2003;37(3):357-63.
14. Viana GN, Zenkner FdM, Sakae TM, Escobar BT. Prevalência de suicídio no Sul do Brasil, 2001-2005. *J Bras Psiquiatr*. 2008;57(1):38-43.
15. Baptista MN, Borges A. Suicídio: aspectos epidemiológicos em Limeira e adjacências no período de 1998 a 2002. *Estudos de Psicologia (Campinas)*. 2005;22:425-31.
16. Cibis A, Mergl R, Bramesfeld A, Althaus D, Niklewski G, Schmidtke A, et al. Preference of lethal methods is not the only cause for higher suicide rates in males. *Journal of affective disorders*. 2012;136(1):9-16.
17. Bortoletto MÉ, Bochner R. Impacto dos medicamentos nas intoxicações humanas no Brasil Drug impact on human poisoning in Brazil. *Cad saúde pública*. 1999;15(4):859-69.
18. Neto AC. *Psiquiatria para estudantes de medicina: Edipucrs*; 2003.
19. Botega N, Bertolote J, Bessa M, Hetem L. Prevenção do suicídio. *Debates*. 2010;1:14-6.
20. Oh SH, Park KN, Jeong SH, Kim HJ, Lee CC. Deliberate self-poisoning: factors associated with recurrent self-poisoning. *Am J Emerg Med*. 2011 Oct;29(8):908-12.

21. Gwini SM, Shaw D, Iqbal M, Spaight A, Siriwardena AN. Exploratory study of factors associated with adverse clinical features in patients presenting with non-fatal drug overdose/self-poisoning to the ambulance service. *Emergency medicine journal*. 2011;28(10):892-4.
22. Zyoud SeH, Awang R, Sulaiman SAS, Al- Jabi SW. A cross-sectional observation of the factors associated with deliberate self-poisoning with acetaminophen: impact of gender differences and psychiatric intervention. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*. 2010;25(6):500-8.
23. Pettit JW, Paukert AL, Joiner TE, Jr., Rudd MD. Pilot sample of very early onset bipolar disorder in a military population moderates the association of negative life events and non-fatal suicide attempt. *Bipolar Disord*. 2006 Oct;8(5 Pt 1):475-84.
24. Flavio M, Martin E, Pascal B, Stephanie C, Gabriela S, Merle K, et al. Suicide attempts in the county of Basel: results from the WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour. *Swiss Med Wkly*. 2013;28(143):13759.
25. Williams-Johnson J, Williams E, Gossell-Williams M, Sewell CA, Abel WD, Whitehorne-Smith PA. Suicide attempt by self-poisoning: characteristics of suicide attempters seen at the Emergency Room at the University Hospital of the West Indies. *West Indian Med J*. 2012 Aug;61(5):526-31.
26. Rancic N, Ignjatovic Ristic D, Radovanovic S, Kocic S, Radevic S. Sociodemographic and clinical characteristics of hospitalized patients after suicide attempt: a twenty-year retrospective study. *Med Glas (Zenica)*. 2012 Aug;9(2):350-5.
27. Lee CA, Choi SC, Jung KY, Cho SH, Lim KY, Pai KS, et al. Characteristics of patients who visit the emergency department with self-inflicted injury. *J Korean Med Sci*. 2012 Mar;27(3):307-12.
28. Turhan E, Inandi T, Aslan M, Zeren C. Epidemiology of attempted suicide in Hatay, Turkey. *Neurosciences (Riyadh)*. 2011 Oct;16(4):347-52.
29. García-Rábago H, Sahagún-Flores JE, Ruiz-Gómez A, Sánchez-Ureña GM, Tirado-Vargas JC, González-Gámez JG. Factores de riesgo, asociados a intento de suicidio, comparando factores de alta y baja letalidad. *Revista de Salud Pública*. 2010;12:713-21.
30. Yip OS, Hawton K, Liu K, Liu KS; Ng PW, Kam PM, Law YW, Wong TW. A study of deliberate self-harm and its repetition among patients presenting to an emergency department. *Crisis*. 2011; 32(4):217-24.
31. Rezaie L, Khazaie H, Soleimani A, Schwebel DC. Is self-immolation a distinct method for suicide? A comparison of Iranian patients attempting suicide by self-immolation and by poisoning. *Burns*. 2011 Feb;37(1):159-63.
32. Chowdhury AN, Banerjee S, Brahma A, Das S, Sarker P, Biswas MK, et al. A prospective study of suicidal behaviour in Sundarban Delta, West Bengal, India. *Natl Med J India*. 2010 Jul-Aug;23(4):201-5.
33. Heyerdahl F, Bjornaas MA, Dahl R, Hovda KE, Nore AK, Ekeberg O, et al. Repetition of acute poisoning in Oslo: 1-year prospective study. *Br J Psychiatry*. 2009 Jan;194(1):73-9.
34. Ozdel O, Varma G, Atesci FC, Oguzhanoglu NK, Karadag F, Amuk T. Characteristics of suicidal behavior in a Turkish sample. *Crisis*. 2009;30(2):90-3.
35. Payne RA, Oliver JJ, Bain M, Elders A, Bateman DN. Patterns and predictors of re-admission to hospital with self-poisoning in Scotland. *Public Health*. 2009 Feb;123(2):134-7.
36. Carter GL, Child C, Page A, Clover K, Taylor R. Modifiable risk factors for attempted suicide in Australian clinical and community samples. *Suicide Life Threat Behav*. 2007 Dec;37(6):671-80.

37. Carter GL, Safranko I, Lewin TJ, Whyte IM, Bryant JL. Psychiatric Hospitalization after Deliberate Self-Poisoning. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2006 2006/04/01;36(2):213-22.
38. Alaghebandan R, Gates KD, MacDonald D. Suicide attempts and associated factors in Newfoundland and Labrador, 1998-2000. *Can J Psychiatry*. 2005 Oct;50(12):762-8.
39. Ichimura A, Matsumoto H, Aoki T, Andoh H, Yano H, Nakagawa Y, et al. Characteristics of suicide attempters with depressive disorders. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2005 Oct;59(5):590-4.
40. Fekete S, Voros V, Osvath P. Gender differences in suicide attempters in Hungary: retrospective epidemiological study. *Croat Med J*. 2005 Apr;46(2):288-93.
41. Douglas J, Cooper J, Amos T, Webb R, Guthrie E, Appleby L. "Near-fatal" deliberate self-harm: characteristics, prevention and implications for the prevention of suicide. *J Affect Disord*. 2004 Apr;79(1-3):263-8.
42. Carter GL, Issakidis C, Clover K. Correlates of youth suicide attempters in Australian community and clinical samples. *Aust N Z J Psychiatry*. 2003 Jun;37(3):286-93.
43. Associação AP. Diretrizes para o tratamento de transtornos psiquiátricos-Compêndio 2006. Porto Alegre: Artmed. 2006.
44. Elkis H. Fatores de impacto de publicações psiquiátricas e produtividade científica; Impact factors of psychiatric publications and scientific productivity. *Rev bras psiquiatr*. 1999;21(4):231-6.
45. Arantes-Gonçalves F, Coelho R. A procura de marcadores biológicos no comportamento suicidário 2008.
46. Schmidtke A, Bille-Brahe U, Deleo D, Kerkhof A, Bjerke T, Crepaf P, et al. Attempted suicide in Europe: rates, trend, and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989–1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1996;93(5):327-38.
47. Bogdanovica I, Jiang GX, Lohr C, Schmidtke A, Mittendorfer-Rutz E. Changes in rates, methods and characteristics of suicide attempters over a 15-year period: comparison between Stockholm, Sweden, and Würzburg, Germany. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2011 Nov;46(11):1103-14.
48. Gunnell D, Eddleston M. Suicide by intentional ingestion of pesticides: a continuing tragedy in developing countries. *International Journal of Epidemiology*. 2003 December 1, 2003;32(6):902-9.
49. Mello d, Mello AdAFd, Robert Kohn MF. *Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil*: Artmed Editora.
52. Maris RW. *Social Forces in Urban Suicide*: Dorsey Press; 1969.
53. Qin P, Agerbo E, Mortensen PB. Suicide Risk in Relation to Socioeconomic, Demographic, Psychiatric, and Familial Factors: A National Register-Based Study of All Suicides in Denmark, 1981–1997. *American Journal of Psychiatry*. 2003;160(4):765-72.
54. Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *Am J Psychiatry*. 2002 Jun;159(6):909-16.
55. Löhr C. Epidemiologie suicidalen Verhaltens von Migranten in Deutschland. *Suizidprophylaxe*. 2006;33(4):171.
56. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and suicidal behavior. *Epidemiol Rev*. 2008;30:133-54.

57. Polewka A, Kroch, S, Chrostek, MJ. Suicidal behavior and suicide attempts in adolescents and young adults--epidemiology, risk factors, prevention and treatment. *Przegląd Lekarski*,2003; 30:(4): 261-264.
58. Li Y, Li Y, Cao J. Factors associated with suicidal behaviors in mainland China: a meta-analysis. *BMC Public Health*. 2012;12:524
59. Zhang JX, Tang JS, Weng Z, Chai XS. Epidemiological Investigation of Suicide in Shandong Province. *Mental health in China*. 1999;4:248-9.
60. Kong Y, Zhang J. Access to farming pesticides and risk for suicide in Chinese rural young people. *Psychiatry research*. 2010;179(2):217-21.
61. 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(9347):1728-36.
62. Li X-y, Phillips M, Zhang Y-p, Ji H, Xu D, Yang G. The characteristics and risk factors for suicides with 15-24 years of age: a case-control study. *Chinese Journal of Psychiatry*. 2005;38(4):231.
63. Zhang ZQ, Guo LT. Suicide Ideas of Middle School Students. *Mental health in China*. 2003;12:852-5.
64. Ou GZ, Wu ZD, Xu Y. Analysis on suicide ideation and related factors among medical junior class students in Fujian Province. *Chinese J School Health*. 2008;3:167-9.
65. Ma L, Zhang JX, Wei SQ. Suicidal Ideation and Experiences of Being Bullied and Their Relationship among High School Students. *Chinese J School Health*. 2003;5:446.
66. Fan Y, Xiao Q, Li W, Song Y, Ye Q, Ye D. Correlated Study between Soci-Psychological Factors and Suicide Ideation Among Medicos. *Chinese J School Health*. 2008;4:328-30.
67. Johnson JG, Cohen P, Pine DS, Klein DF, Kasen S, Brook JS. Association between cigarette smoking and anxiety disorders during adolescence and early adulthood. *Jama*. 2000;284(18):2348-51.

APÊNDICE II – ARTIGO 2 – “Indicadores de risco para tentativa de suicídio por envenenamento: um estudo caso-controle”

Artigo original

Indicadores de risco para tentativa de suicídio por envenenamento: um estudo caso-controle

Risco para tentativa de suicídio

Indicators of risk for attempted suicide by poisoning: a case-control study

Risk for suicide attempted

Contagem total de Palavras: 2.705 Palavras

Maria Cláudia da Cruz Pires^I, Maria Cristina Falcão Raposo^{II}, Everton Botelho Sougey^I, Othon Coelho Bastos Filho^I

^I Programa de Pós-graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal de Pernambuco.

^{II} Universidade Federal de Pernambuco Departamento de Estatística – UFPE.

Autor responsável: Maria Cláudia da Cruz Pires.

Dados para Contato: e-mail: claudiacpires@globo.com – 81 9469-4387.

Resumo: Objetivo: considerando o envenenamento o método mais utilizado para a tentativa de suicídio, investigamos alguns possíveis indicadores de risco neste tipo de tentativa. **Métodos:** estudo do tipo caso-controle realizado em uma emergência geral de um Hospital Público na cidade do Recife com 220 indivíduos, distribuídos em dois grupos, ambos compostos por 110 pacientes que estavam em tratamento, sendo o grupo casos os sobreviventes de tentativa de suicídio por envenenamento e os controles, pacientes sem história de intoxicação/envenenamento nem tentativa de suicídio, pareados por gênero e idade. **Resultados:** o gênero feminino predominou na amostra estudada (70,9%) com idade média de 29 anos; 73% declararam etnia branca ou morena; menos da metade vivia em convívio marital; a maioria tinha religião; ambos tinham poucos anos de estudo sem diferença significativa. A dependência financeira foi à única variável sócio demográfica com diferença significativa ($p=0,003$) entre os grupos, com chance 2,25 vezes maior para tentar suicídio entre os casos. Ter sofrido fatos traumáticos e abuso sexual na infância revelou diferença significativa. A ocorrência de transtornos mentais foi significativa no grupo casos. **Conclusões:** Os principais indicadores de risco foram: estar em dependência financeira de terceiros, ter sofrido abuso sexual na infância e, principalmente, ter ideia suicida, histórico de transtorno mental na família, possuir algum transtorno mental e possuir comorbidade(s) psiquiátrica(s). No modelo de regressão foi possível estimar uma chance de tentativa de suicídio por envenenamento de até 94,0% na presença conjunta de quatro fatores.

Descritores: Tentativa de Suicídio. Envenenamento. Intoxicação. Fatores de Risco.

Abstract: Objective: considering poisoning as the most used method for suicide attempt, we investigated some possible indicators of risk in this type of trial. **Methods:** This was a case-control study conducted in a general emergence of a public hospital in Recife with 220 subjects, divided into two groups, both consisting of 110 patients who were on treatment, being the cases group the surviving from attempted suicide by poisoning and controls, patients with no history of intoxication/poisoning or suicide attempt, matched by gender and age. **Results:** females predominated in this sample (70.9%) with a mean age of 29 years, 73 % reported white or tanned ethnicity; less than half lived in marital interaction; most had religion, both had little schooling, without significant difference. The financial dependence was the only sociodemographic variable with a significant difference ($p = 0.003$) between the groups, with 2.25 times greater chance to attempt suicide between cases. Have suffered traumatic events and childhood sexual abuse showed significant difference. The occurrence of mental disorders was significant in the cases group. **Conclusions:** The major risk indicators were: being in financial dependence on third parties, have suffered sexual abuse in childhood and, mainly, be affected suicide ideation, family mental disorder history, be affected by a mental disorder and psychiatric comorbidity(ies). In the regression model it was possible to estimate the chance of attempting suicide by poisoning of up to 94.0 % in the joint presence of the four factors.

Descriptors: Suicide, Attempted. Poisoning. Intoxication. Risk Factors.

Introdução

O comportamento suicida é considerado um tema amplo e polêmico envolvendo múltiplos enfoques e vem suscitando o interesse em vasto espectro do conhecimento científico e literário, produzindo grande diversidade de opiniões ao longo do tempo¹. Portanto, é certo que estudar esse intrigante comportamento apenas do ponto de vista médico não reflete a complexidade que envolve o ato de tirar a própria vida².

O enfoque deste trabalho são as Tentativas de Suicídio por Envenenamento (TSE), que se caracterizam por atos intencionais de autodestruição que não resultam em morte³ e possuem características próprias quando comparadas ao suicídio^{4,5}.

As Tentativas de Suicídio (TS) ocorrem com maior frequência do que os suicídios. Para cada suicídio consumado, estima-se que haja cerca de 20 a 30 tentativas, das quais apenas um quarto teria contato com os serviços de saúde^{6,7}. Assim, os registros oficiais sobre tentativas são mais escassos e menos confiáveis do que os de suicídio⁸. Sabe-se que a maior incidência ocorre em mulheres e, de um modo geral, no público jovem, abaixo de 35 anos^{1,6,7,9-12}.

Tratando-se de um tema complexo, evidencia-se a necessidade de conhecimentos mais consistentes sobre os motivos para o comportamento de autodestruição. Dificuldades ainda maiores residem na escassez de evidências científicas universais que possam identificar e classificar, universalmente, os indivíduos com maior risco para o ato suicida¹³.

Estudos epidemiológicos demonstram que os métodos usados para cometer suicídio variam de acordo com a cultura, disponibilidade de acesso ao agente e a

intencionalidade do ato¹⁴, associado ao comportamento impulsivo¹⁵. Dentre os métodos para se tentar o suicídio, os mais utilizados são as intoxicações/envenenamentos, em especial por agentes químicos, principalmente aqueles que fazem parte do cotidiano¹⁶.

De acordo com resultados de outros estudos, a TS é um comportamento de risco e um forte preditor de recorrências e conseqüentemente de suicídio¹⁷⁻¹⁹.

Embora relevante em nossa região, as pesquisas sobre fatores de risco para a TSE ainda são escassas e inconclusivas. Assim, o presente estudo objetiva contribuir para a identificação de indicadores de risco para TSE.

Método

A pesquisa foi realizada na cidade do Recife, na emergência de adultos do Hospital da Restauração (HR), referência pública no atendimento de todos os tipos de intoxicação/envenenamento. Este estudo analisou uma amostra de 220 pacientes internados durante o período de dezembro de 2008 a agosto de 2009 e é a segunda etapa de uma pesquisa já publicada^{1,10}.

Realizamos um estudo caso-controle com dois grupos, cada um com 110 pacientes. O grupo 1, denominado de casos, continham sobreviventes da TSE e o grupo 2, referenciado como controle, constituíram-se de pacientes sem história de ocorrência de intoxicação ou TS. Ambos os grupos foram pareados por gênero e idade. Entretanto, o grupo 1 (casos) também estava vinculado ao Centro de Atendimento Toxicológico de Pernambuco (CEATOX/PE), que funcionava em coparticipação com a emergência do HR. O CEATOX/PE continha o registro de

todos os pacientes atendidos devido a intoxicações de um modo geral, e as mesmas eram classificadas de acordo com o método utilizado e a intenção do ato.

Ambos os grupos foram formados de pacientes internados na emergência de adultos do HR. Embora não tenha havido um processo de sorteio, a amostra pode ser considerada aleatória visto que a pesquisa foi realizada com os pacientes internados nos dias visitados pela pesquisadora, e que se encontravam em condição de alta.

A amostra dos casos corresponde a 11,7% da população de estudo e tem tamanho suficiente para permitir identificar diferenças no perfil sociodemográfico dos grupos. O cálculo do tamanho da amostra foi feito para estudo do tipo caso-controle e considerando as principais variáveis do estudo, a partir de um nível de confiança de 95%, erro máximo admissível de 5% em estudos de proporções.

As variáveis pesquisadas foram os fatores sociodemográficos, a presença de vivências traumáticas, alteração do pensamento (ideação suicida) e história pessoal e na família de transtorno psiquiátrico.

A coleta de dados envolveu o uso de dois instrumentos: um formulário especialmente desenvolvido para a coleta das informações sociodemográficas e a entrevista diagnóstica denominada Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I. 5.0.0 Versão Brasileira/DSM-IV/Atual) validado por Amorim (2002)²⁰, com o objetivo de explorar os principais transtornos Psiquiátricos do EIXO I do DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994)²¹. Ambos os instrumentos foram utilizados pela autora e mais duas profissionais da área de saúde, na época, mestrandas em psicologia, que foram familiarizadas e calibradas nos instrumentos.

A calibração constituiu de duas fases: uma teórica e outra prática. A calibração teórica consistiu no treinamento da equipe sobre a teoria envolvida na

pesquisa. Posteriormente ao estudo de material selecionado por pesquisador padrão-ouro (profissional experiente na área), foram sedimentados conceitos entendidos da mesma forma pela equipe de pesquisa. A calibração prática foi realizada num estudo piloto, com a aplicação dos instrumentos de pesquisa.

Para análise dos dados, foram construídas tabelas bidimensionais com as frequências absolutas e relativas, bem como calculados os valores das Odds-Ratios e seus respectivos intervalos com 95% de confiança (IC), associados aos níveis descritivos do teste qui-quadrado de independência de Pearson (p-valor). Posteriormente, para uma análise multivariada, foi ajustado um modelo de regressão logística binária, sendo $Y=1$ para os casos (os que tentaram suicídio) e $Y=0$ para o controle (os que não tentaram o suicídio), incluindo como possíveis variáveis explicativas todas aquelas que na análise bidimensional apresentaram associação significativa ao nível inferior a 0,20.

Através do procedimento de seleção de variáveis (backward), foi escolhido o melhor modelo de regressão para estimar a probabilidade de TS, controlando-se os possíveis fatores explicativos.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres-humanos do referido hospital sob o parecer CAAE 0033.0.102.102-08 e conduzido de acordo com a declaração de Helsinki.

Resultados

A amostra estudada foi pareada por idade (média de 28,9 e 28,8 anos para os casos e controle, respectivamente) e sexo, constituindo 70,9% de mulheres. Os dados da Tabela 1 mostram que 73% se declararam de etnia branca ou morena,

mais da metade dos pacientes de cada grupo vivia sem convívio marital, a maioria tinha religião e poucos anos de estudo, sem diferença estatística entre os grupos.

Tabela 1 neste local

Quanto à situação de estar na dependência financeira da família, identificou-se um maior número (58,2%) entre os casos, estatisticamente significativa quando comparada ao controle, com 41,8%, mostrando uma chance 2,25 maior de tentativa de suicídio.

Analisando as diferenças por grupo em relação a ter vivenciado alguns fatos traumáticos, os dados apresentados na Tabela 2 expõem as diferenças significativas entre os grupos, sendo que a ocorrência de “Outros fatos traumáticos na infância” foi bem mais elevada no grupo dos que tentaram o suicídio (62,7%) comparado com os controles (34,5%), com $OR=3,19$ (1,84; 5,53); igualmente, o percentual dos indivíduos com história de “Abuso sexual na infância” foi também mais elevado nos casos quando comparado com os controles (25,2% vs 10%), resultando uma chance de 3,04 (1,42; 6,50) vezes maior de tentar o suicídio entre estes.

Tabela 2 neste local

A Tabela 3 apresenta os dados das frequências por grupo relativos aos transtornos mentais e ideação suicida. Observou-se que entre os casos houve maior ocorrência de: Transtorno Psiquiátrico (97,3%); Transtorno Mental na Família (90,0%); Ideação Suicida (81,8%); Episódio Depressivo Maior e Melancólico (70,0%); Comorbidade Psiquiátrica (64,5%) e Transtorno de Ansiedade Generalizada (49,1%). As variáveis “Dependência de Substâncias Psicoativas /exceto Álcool” e “Abuso e Dependência de Álcool” não apresentaram diferença entre os grupos.

É importante destacar os elevados valores das OR's, sendo 25,63 vezes maior a chance de tentar suicídio na presença de estar com transtorno psiquiátrico e 15,3 vezes maior na presença de ideação suicida.

O modelo de regressão foi ajustado com todas as variáveis que apresentaram na análise bivariada significância inferior a 20% e com base no procedimento de seleção foram significativas no modelo: ter ideação suicida; histórico de transtorno psiquiátrico na família; transtorno psiquiátrico; transtorno depressivo maior e melancólico; transtorno de ansiedade generalizada.

Tabela 3 neste local

As probabilidades de tentativa de suicídio estimadas a partir do modelo de regressão se encontram na Tabela 4, onde se pode destacar no “pior cenário”, ou seja, na presença dos quatro fatores simultaneamente, a chance de tentar suicídio seria de 94,0%; no caso da presença de três dos quatro fatores (outra comorbidade psiquiátrica associada a episódio depressivo e de transtorno de ansiedade generalizada), mesmo não apresentando a ideação suicida, esta probabilidade ainda seria de 78,7%. Por outro lado, no “melhor cenário”, qual seja a ausência dos quatro fatores selecionados, a probabilidade de TS ainda seria de 3,7%.

Tabela 4 neste local

Discussão

Ambos os grupos foram compostos por indivíduos jovens, com idade média de 29 anos, em sua maioria do gênero feminino, dados que corroboram com outras pesquisas^{11,12,22-26}. Adicionalmente, acredita-se que a idade pode ser relevante

quando relacionada a outras questões, tais como outros estressores, ressaltando-se os psicossociais e a presença de transtornos psiquiátricos.

Provavelmente, a vivência desses estressores precocemente pode estar associada ao despreparo de grande parte dos indivíduos de uma determinada população para o enfrentamento das exigências sociais. A população jovem economicamente ativa se defronta com inúmeras dificuldades, tais como a inserção no mercado de trabalho e, conseqüentemente, a vivência de problemas financeiros e incertezas sobre o futuro. Tais questões poderiam contribuir para a presença de comportamentos suicidas²⁷.

Houve predominância do gênero feminino em consonância com diversos estudos que apontam as mulheres como maioria entre as tentativas de suicídio^{15,28-30}. É válido ressaltar questões excepcionais, como as que ocorrem na China, onde o suicídio é mais prevalente nesse gênero, estimando-se que a taxa pode superar em até 25% quando comparadas aos homens. Admite-se que a exposição ao mesmo tempo de vários fatores de risco predisporia à morte por suicídio³¹.

Quanto ao gênero e ocorrência de tentativa de suicídio, existem várias explicações. Uma delas evidencia a correlação desta variável com outras questões^{32,33}, que contribuem para o risco em geral, mas que podem estar presentes em graus distintos em homens e mulheres. Quando se analisa, por exemplo, as influências culturais, estas agem de modo particular entre os gêneros. Assim, exemplificando, os homens apresentam menor expectativa de buscarem ajuda e/ou aceitar tratamentos, aumentando assim o risco para o suicídio²⁶. Destacamos que, na amostra deste estudo, o ato de atentar contra a própria vida nem sempre revelou o desejo de morrer, mas, uma espécie de “grito de socorro”, uma busca por ajuda¹⁰.

O nível educacional também foi avaliado, sendo constatados poucos anos de estudo, em ambos os grupos. Porém, o controle apresentou menos anos de estudo quando comparados aos casos, resultados semelhantes aos que foram revelados em algumas poucas publicações^{12,27,28} e que são divergentes da maioria delas^{15,26,34-36}. Possivelmente, o nível educacional com poucos anos de estudo poderia refletir em dificuldades na integração social, bem como para a inserção no mercado de trabalho, contribuindo para a intensificação dos estressores que, por sua vez, poderiam culminar com comportamentos e ideias suicidas¹⁵.

Na amostra desta pesquisa, o fato de ter mais anos de estudos não revelou vantagens, quanto a ter maior resiliência, se comparada ao controle. Uma explicação para esta contradição se justificaria, em parte, devido à quase totalidade dos casos serem portadores de transtorno mentais e que essa associação, talvez, aniquilasse o benefício que alguns anos de estudo a mais poderiam dar a quem os possui²⁷. Portanto, ter alguns anos de estudo a mais em associação com estar com um transtorno mental sem tratamento adequado não se configura como um fator de proteção para a tentativa de suicídio.

A dependência financeira foi à única variável sociodemográfica com diferença significativa entre os grupos, ressaltando que essa pode ser interpretada tanto como “causa” quanto como “consequência” da tentativa de suicídio. O estressor do fato de estar desempregado aparece em vários outros artigos como um dos predisponentes para tentativa de suicídio^{15,26}.

Os dados relativos ao status marital demonstraram similaridade entre os grupos, predominando estar sem convívio marital. Os dados da literatura apontam que o estado civil casado pode ser um possível fator de proteção para a tentativa de suicídio²⁶, mas em nosso estudo, não houve essa correlação. Assinala-se a

importância de maior vínculo de redes sociais que funcionariam como fatores protetores, ao contrario do isolamento, que poderia impulsionar e desencadear eventos relacionados à vulnerabilidade e tendência ao suicídio^{26,27}.

Dados da literatura confirmam que maior envolvimento religioso se associa a menor taxa de comportamento suicida^{37,38}. Entretanto, esses achados não foram confirmados em nossa pesquisa, uma vez que fora pesquisado apenas se o paciente tinha uma religião.

Na tabela 2, outra questão identificada foi o relato de ter sofrido maus-tratos na infância, que apareceu como um risco maior para tentar suicídio³⁹⁻⁴¹. Com relação aos eventos estressores, foi incluída a presença de outros fatos traumáticos e história de abuso sexual na infância, ambas com diferença significativa entre os grupos e maior prevalência nos casos. Embora alguns estudos tenham encontrado uma relação entre abuso físico e comportamento suicida, a maioria mostra um efeito relevante em vivência de abuso sexual⁴²⁻⁴⁷ e outros descrevem um agravamento do risco de tentativa de suicídio naqueles que relataram mais de uma ocorrência deste tipo de abuso^{46, 47}.

Assim, pode-se considerar que ter sofrido abuso sexual se encontra relacionado com o comportamento suicida, também justificado porque estaria intimamente ligado a sentimentos de vergonha ou atribuições internas de culpa, o que pode aumentar a vulnerabilidade à interiorização de comportamentos como automutilação e suicídio^{46, 47}.

Na tabela 3, a ocorrência de transtornos mentais revelou a associação mais expressiva nesse estudo, cuja presença foi fortemente relacionada à tentativa de suicídio. A literatura destaca que o risco de tentativa e suicídio em pacientes psiquiátricos é maior do que na população em geral^{4,18,20,25,27}. Essa observação tem

sido confirmada por estudos que apontam os transtornos mentais como predisponentes de destaque para o suicídio, especialmente os transtornos afetivos, sendo o diagnóstico mais relevante⁵.

Em nosso estudo, a presença de depressão maior com características melancólicas também esteve fortemente associada à tentativa de suicídio. Evidências assinalam que a depressão é um dos mais relevantes fatores associados à tentativa e ao suicídio na quase totalidade das pesquisas. Essa enfermidade é vista associada a questões de sofrimento físico crônico, de finitude da vida ou ainda relacionada a problemas de ordem social e cultural, dentre outras como perdas, abandonos, solidão/conflitos no interior das famílias⁴⁸.

Assim, a forte associação entre suicídio e depressão recomenda a necessidade de cuidados especiais em relação aos que apresentam esse transtorno mental, sendo o diagnóstico, o tratamento e o manejo clínico fatores importantes na prevenção do suicídio^{48,49}.

A última variável analisada em nosso estudo foi a distorção do pensamento de ter ideação suicida, observada na tabela 4. Algumas publicações associam a ideação ao risco de tentativa, o que foi corroborado com nossos resultados⁵⁰. Dados adicionais indicam que 60% dos indivíduos que já tentaram o suicídio relataram ideação suicida prévia⁵¹. Outra referência conclui que a gravidade e a duração dos pensamentos suicidas se correlacionam com a probabilidade de tentativa, que é, segundo o autor, o principal fator de risco para suicídio consumado⁵¹.

Na cidade de Campinas, São Paulo, Brasil, foi realizado, em 2003, um inquérito de base populacional, constituinte do projeto SUPRE-MISS, que revelou a associação da ideação suicida ao risco de tentativa de suicídio⁵¹, evidenciando-se

relações importantes entre pensamento e ato no contexto dos comportamentos suicidas.

Apesar dos esforços para evidenciar os indicadores de risco para tentativa de suicídio por envenenamento, nosso estudo apresentou algumas limitações tais como: ter sido realizado em um único centro; estudos multicêntricos mostram resultados mais consistentes; o fato de o grupo controle ser composto por pacientes do hospital e não por indivíduos da comunidade pode ter omitido alguns indicadores de risco para a tentativa de suicídio, considerando que os controles também estavam doentes; a abordagem dos pacientes foi realizada na emergência geral do hospital; entrevistar no local da emergência médica foi mais árduo para os pesquisadores, objetivando manter a privacidade dos pacientes pesquisados; o fato da entrevista ter sido realizada durante a internação, imediatamente antes da alta, pode ter levado alguns pacientes a relatar sintomas depressivos com mais intensidade e não houve controle sobre a confirmação dos tipos de agentes tóxicos por testes de laboratório, o que fez com que os relatos do tipo de substância de autointoxicação tenham sido imprecisos.

Conclusões

Com base nos resultados obtidos, pode-se constatar que a dependência financeira foi à única variável sócio demográfica com diferença significativa ($p=0,003$) entre os grupos, o que resultaria em uma chance 2,25 vezes maior de tentar o suicídio entre os casos. Ter sofrido abuso sexual e outros fatos traumáticos na infância apresentaram diferenças significativas entre os grupos, com $OR=3,19$ e $OR=3,04$, respectivamente.

Já na análise bivariada, os principais indicadores de risco foram: ter ideação suicida, histórico de transtorno mental na família, possuir algum transtorno mental e possuir comorbidade(s) psiquiátrica(s). No modelo de regressão, foi possível estimar uma chance de TSE de até 94,0% na presença conjunta de quatro fatores.

Contribuições individuais

Maria Cláudia da Cruz Pires: o trabalho em equipe é saudável, compartilhado e enriquecedor no pensar e no fazer. Assim, autora principal deu continuidade à pesquisa. Contribuiu significativamente na concepção e desenho do estudo, na análise e interpretação dos dados, na elaboração e revisão crítica do conteúdo intelectual do artigo e aprovou a versão final a ser publicada.

Maria Cristina Falcão Raposo: contribuiu significativamente na concepção e desenho do estudo, na análise estatística e modelagem e interpretação dos dados, na elaboração e revisão crítica do conteúdo intelectual do artigo e aprovou a versão final a ser publicada.

Everton Botelho Sougey: contribuiu significativamente na concepção e desenho do estudo, na análise e interpretação dos dados, na elaboração e revisão crítica do conteúdo intelectual do artigo e aprovou a versão final a ser publicada.

Othon Coelho Bastos Filho: contribuiu significativamente na concepção e desenho do estudo, na análise e interpretação dos dados, na elaboração e revisão crítica do conteúdo intelectual do artigo e aprovou a versão final a ser publicada.

Conflitos de Interesse

Drs. Maria Cláudia da Cruz Pires, Maria Cristina Falcão Raposo, Everton Botelho Sougey e Othon Coelho Bastos Filho não possuem conflitos de interesse a serem declarados.

Referências

1. Pires MCdC. Estudo sobre tentativa de suicídio por envenenamento no Recife-PE, Brasil. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2010.
2. Meleiro AMAdS. A complexidade multidimensional no processo suicida. RBM. 2013 13;70:12-24.
3. Saúde OMD. Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde e mental. Genebra 2006.
4. Filho OCB. Comportamentos suicidas em uma unidade psiquiátrica de um Hospital Universitário . Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 1974.
5. Licinio J, Wobg ML. História e epidemiologia da depressão. Porto Alegre Artmed; 2007.
6. Rapeli CB, Botega NJ. Severe suicide attempts in young adults: suicide intent is correlated with medical lethality. Sao Paulo Med J. 2005 Jan 2;123(1):43.
7. Stefanello S, Cais CF, Mauro ML, Freitas GV, Botega NJ. Gender differences in suicide attempts: preliminary results of the multisite intervention study on suicidal behavior (SUPRE-MISS) from Campinas, Brazil. Rev Bras Psiquiatr. 2008 Jun;30(2):139-43.
8. Bernardes SS, Turini CA, Matsuou T. Perfil das tentativas de suicídio por sobredose intencional de medicamentos atendidas por um Centro de Controle de Intoxicação do Paraná, Brasil. Caderno de Saúde Pública. 2010;26:1366-72.
9. Mello MFd, Mello AdAd, Kohn R. Epidemiologia da saúde mental no Brasil. Caderno de Saúde Pública. 2007;4:1955-6.
10. Pires MCdC, Raposo MCF, Passos MPd, Sougey EB, Filho OCB. Stressors in attempted suicide by poisoning: a sex comparison Trends in Psychiatry and Psychotherapy. 2012;34:25-30.

11. Zyoud SH, Awang R, Sulaiman SA, Al-Jabi SW. A cross-sectional observation of the factors associated with deliberate self-poisoning with acetaminophen: impact of gender differences and psychiatric intervention. *Hum Psychopharmacol*. 2010 Aug;25(6):500-8.
12. Rezaie L, Khazaie H, Soleimani A, Schwebel DC. Is self-immolation a distinct method for suicide? A comparison of Iranian patients attempting suicide by self-immolation and by poisoning. *Burns*. 2011 Feb;37(1):159-63.
13. Cassorla R, Smeke ELM. Autodestruição humana. *Caderno de Saúde Pública*. 1994;10:61-73.
14. Sougey EB, Carvalho TFRd, Matos MAGd, Ferreira CRP. Tentativa de suicídio com medicamentos: experiência do CEATOX-PE. *Informações Psiquátricas*. 1995;17(22-25).
15. Flavio M, Martin E, Pascal B, Stephanie C, Gabriela S, Merle K, et al. Suicide attempts in the county of Basel: results from the WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour. *Swiss Med Wkly*. 2013;143:w13759.
16. Botega NJ, Marin-Leon L, Oliveira HB, Barros MB, Silva VF, Dalgalarondo P. Prevalence of suicidal ideation, suicide plans, and attempted suicide: a population-based survey in Campinas, São Paulo state, Brazil. *Caderno de Saúde Pública*. 2009;25:2632-8.
17. Hirayasu Y, Kawanishi C, Yonemoto N, Ishizuka N, Okubo Y, Sakai A, et al. A randomized controlled multicenter trial of post-suicide attempt case management for the prevention of further attempts in Japan (ACTION-J). *BMC Public Health*. 2009;9:364.
18. Hayashi N, Igarashi M, Imai A, Osawa Y, Utsumi K, Ishikawa Y, et al. Psychiatric disorders and clinical correlates of suicidal patients admitted to a psychiatric hospital in Tokyo. *BMC Psychiatry*. 2010;10:109.
19. Brown GK, Ten Have T, Henriques GR, Xie SX, Hollander JE, Beck AT. Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2005 Aug 3;294(5):563-70.
20. Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2000;22:106-15.
21. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Washington DC: APA, 1994.
22. Carter GL, Issakidis C, Clover K. Correlates of youth suicide attempters in Australian community and clinical samples. *Aust N Z J Psychiatry*. 2003 Jun;37(3):286-93.

23. Douglas J, Cooper J, Amos T, Webb R, Guthrie E, Appleby L. "Near-fatal" deliberate self-harm: characteristics, prevention and implications for the prevention of suicide. *J Affect Disord*. 2004 Apr;79(1-3):263-8.
24. Fekete S, Voros V, Osvath P. Gender differences in suicide attempters in Hungary: retrospective epidemiological study. *Croat Med J*. 2005 Apr;46(2):288-93.
25. Carter GL, Safranko I, Lewin TJ, Whyte IM, Bryant JL. Psychiatric hospitalization after deliberate self-poisoning. *Suicide Life Threat Behav*. 2006 Apr;36(2):213-22.
26. American Psychiatric Association. Diretrizes para o tratamento de transtornos psiquiátricos-compêndio. Porto Alegre: Artmed; 2008.
27. Turhan E, Inandi T, Aslan M, Zeren C. Epidemiology of attempted suicide in Hatay, Turkey. *Neurosciences (Riyadh)*. 2011 Oct;16(4):347-52.
28. Lee CA, Choi SC, Jung KY, Cho SH, Lim KY, Pai KS, et al. Characteristics of patients who visit the emergency department with self-inflicted injury. *J Korean Med Sci*. 2012 Mar;27(3):307-12.
29. Rancic N, Ignjatovic Ristic D, Radovanovic S, Kocic S, Radevic S. Sociodemographic and clinical characteristics of hospitalized patients after suicide attempt: a twenty-year retrospective study. *Med Glas (Zenica)*. 2012 Aug;9(2):350-5.
30. Williams-Johnson J, Williams E, Gossell-Williams M, Sewell CA, Abel WD, Whitehorne-Smith PA. Suicide attempt by self-poisoning: characteristics of suicide attempters seen at the Emergency Room at the University Hospital of the West Indies. *West Indian Med J*. 2012 Aug;61(5):526-31.
31. 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 Nov 30;360(9347):1728-36.
32. Rao KN, Kulkarni RR, Begum S. Comorbidity of psychiatric and personality disorders in first suicide attempters. *Indian J Psychol Med*. 2013 Jan;35(1):75-9.
33. Alaghebandan R, Gates KD, MacDonald D. Suicide attempts and associated factors in Newfoundland and Labrador, 1998-2000. *Can J Psychiatry*. 2005 Oct;50(12):762-8.
34. Ozdel O, Varma G, Atesci FC, Oguzhanoglu NK, Karadag F, Amuk T. Characteristics of suicidal behavior in a Turkish sample. *Crisis*. 2009;30(2):90-3.
35. Chowdhury AN, Brahma A, Banerjee S, Biswas MK. Pattern of domestic violence amongst non-fatal deliberate self-harm attempters: A study from primary care of West Bengal. *Indian J Psychiatry*. 2009 Apr;51(2):96-100.
36. Srivastava MK, Sahoo RN, Ghotekar LH, Dutta S, Danabalan M, Dutta TK, et al. Risk factors associated with attempted suicide : a case control study. *Indian J Psychiatry*. 2004 Jan;46(1):33-8.

37. Anderson PL, Tiro JA, Price AW, Bender MA, Kaslow NJ. Additive impact of childhood emotional, physical, and sexual abuse on suicide attempts among low-income African American women. *Suicide Life Threat Behav.* 2002 Summer;32(2):131-8.
38. Quas JA, Goodman GS, Jones D. Predictors of attributions of self-blame and internalizing behavior problems in sexually abused children. *J Child Psychol Psychiatry.* 2003 Jul;44(5):723-36.
39. Brabant ME, Hébert M, Chagnon F. Identification of sexually abused female adolescents at risk for suicidal ideations: a classification and regression tree analysis. *J Child Sex Abus.* 2013;22(2):153-72.
40. Cankaya B, Talbot NL, Ward EA, Duberstein PR. Parental sexual abuse and suicidal behaviour among women with major depressive disorder. *Can J Psychiatry.* 2012;57(1):45-51.
41. Maltzberger JT, Goldblatt MJ, Ronningstam E, Weinberg I, Schechter M. Traumatic subjective experiences invite suicide. *J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry.* 2011;39(4):671-93.
42. Durkheim E. O suicídio anônimo. In: Fontes M, editor. *O suicídio: estudo sociológico.* São Paulo 2004. p. 177-203.
43. Almeida AM, Almeida FLN. Religião e comportamento suicida - a cultura da morte. *Suicídio: estudos fundamentais.* São Paulo 2004.
44. Molnar BE, Berkman LF, Buka SL. Psychopathology, childhood sexual abuse and other childhood adversities: relative links to subsequent suicidal behaviour in the US. *Psychol Med.* 2001 Aug;31(6):965-77.
45. Fergusson DM, Beautrais AL, Horwood LJ. Vulnerability and resiliency to suicidal behaviours in young people. *Psychol Med.* 2003 Jan;33(1):61-73. Brodsky
46. Ystgaard M, Hestetun I, Loeb M, Mehlum L. Is there a specific relationship between childhood sexual and physical abuse and repeated suicidal behavior? *Child Abuse Negl.* 2004 Aug;28(8):863-75.
47. Brodsky BS, Mann JJ, Stanley B, Tin A, Oquendo M, Birmaher B, et al. Familial transmission of suicidal behavior: factors mediating the relationship between childhood abuse and offspring suicide attempts. *J Clin Psychiatry.* 2008 Apr;69(4):584-96.
48. Carter GL, Child C, Page A, Clover K, Taylor R. Modifiable risk factors for attempted suicide in Australian clinical and community samples. *Suicide Life Threat Behav.* 2007 Dec;37(6):671-80.
49. Vijaykumar L. Suicide and its prevention: The urgent need in India. *Indian J Psychiatry.* 2007 Apr;49(2):81-4.

50. Silva VFd, Oliveira HBd, Botega NJ, Marín-Leon L, B MBdA, Dalgalarrodo P. Fatores associados à ideação suicida na comunidade: um estudo de caso-controle. Caderno de Saúde Pública. 2006;1835-43.

51. Botega NJ, Barros MBdA, Oliveira HBd, Dalgalarrodo P, Marín-León L. Suicidal behavior in the community: Prevalence and factors associated with suicidal ideation Revista Brasileira de Psiquiatria. 2005;27.

Tabelas

Tabela 1 - Distribuição dos pacientes segundo variáveis sociais e biodemográficas, por grupo.

Variáveis	Casos, n=110		Controle, n=110		OR (IC)	p - valor
	n	%	n	%		
Idade média (anos)	28,9		28,8		-	-
Sexo feminino	78	70,9	78	70,9	-	-
Etnia branca ou parda	81	73,6	80	72,7	0,95(0,53; 1,73)	0,879
Escolaridade inferior ao fundamental completo	45	40,9	53	48,2	0,75(0,44; 1,27)	0,278
Depende financeiramente da família	64	58,2	46	41,8	2,25(1,31; 3,86)	<0.01
Convívio marital	44	40,0	46	41,8	0,93(0,54; 1,59)	0,784
Tem religião	74	67,3	84	76,4	0,64(0,35; 1,15)	0,134

Tabela 2 - Distribuição dos pacientes segundo fatores traumáticos, por grupo.

Variáveis	Casos, n=110		Controle, n=110		OR (IC)	p - valor
	n	%	n	%		
Outros Fatos traumáticos na infância	69	62,7	38	34,5	3,19 (1,84; 5,53)	<0.01
Abuso sexual na infância	27	25,2	11	10,0	3,04(1,42; 6,50)	<0.01

Tabela 3 - Distribuição dos pacientes segundo variáveis relacionadas a transtornos mentais e distorção do pensamento, por grupo.

Variáveis	Casos, n=110		Controle, n=110		OR (IC)	p - valor
	n	%	N	%		
Ideação suicida	90	81,8	25	22,7	15,30 (7,92; 29,6)	<0.01
Transtorno mental na família	99	90,0	84	76,4	8,64 (2,50; 29,90)	<0.01
Transtorno psiquiátrico	107	97,3	64	58,2	25,63 (7,66; 95,82)	<0.01
Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG)	54	49,1	15	13,6	6,15 (3,13; 12,06)	<0.01
Síndrome psicótica	10	9,1	2	1,8	5,4 (1,2; 25,20)	0,018
Comorbidade psiquiátrica	71	64,5	26	23,6	5,81 (3,23; 0,47)	<0.01
Episódio depressivo maior e melancólico	77	70,0	14	12,7	16,00 (8,0; 32,0)	<0,01
Dependências de substâncias psicoativas, exceto álcool.	12	10,9	11	10,0	1,10 (0,46; 2,62)	0,826
Abuso e/ou Dependência de álcool	30	27,3	26	23,6	1,21 (0,66; 2,22)	0,536

Tabela 4 - Probabilidades estimadas de tentar o suicídio, segundo possíveis fatores de risco selecionados pelo modelo de regressão (em %).

Ideação suicida	Transtorno Psiquiátrico	Depressão maior e melancólica	TAG	
			Sim	Não
Sim	Sim	Sim	94,0	73,7
		Não	82,7	46,0
Não	Não			14,3
		Sim	78,7	39,6
	Sim	Não	52,8	16,6
		Não		3,7

APÊNDICE III – ARTIGO 3 – “O “chumbinho” e outros agentes tóxicos utilizados na tentativa de suicídio na cidade do Recife”

Artigo original

O “chumbinho” e outros agentes tóxicos utilizados na tentativa de suicídio na cidade do Recife

Different toxic agents used in suicide attempts in Recife

Maria Cláudia da Cruz Pires¹, Maria Cristina Falcão Raposo², Everton Botelho Sougey¹, Othon Coelho Bastos Filho¹.

¹ Programa de Pós-graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento – Universidade Federal de Pernambuco - UFPE.

² Departamento de Estatística – Universidade Federal de Pernambuco - UFPE.
Trabalho elaborado no Departamento de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE.

Autor responsável: Maria Cláudia da Cruz Pires.

Endereço: Rua das Pernambucanas n. 282, Sala 305 Graças.

CEP: 52011-010

E-mail: claudiacpires@globo.com

Fone: (81) 9469-4387.

Resumo: Contexto: O suicídio é um fenômeno humano complexo, universal e que representa um grande problema de saúde pública. **Objetivo:** verificar a associação entre a combinação de agentes tóxicos declarados na tentativa de suicídio, perfil sociodemográfico, presença de transtornos psiquiátricos, vivência de fatos traumáticos na infância e uso nocivo de bebidas alcoólicas. **Método:** estudo descritivo e inferencial, envolvendo uma amostra de 110 pacientes com história de tentativa de suicídio. **Resultados:** O gênero feminino foi predominante na amostra (70%); idade média de 29 anos. 73% declararam etnia branca ou morena, mais da metade vivia sem convívio marital, 67,3% referiu ter religião e poucos anos de estudo. Os principais agentes utilizados foram medicamentos 50,9%, seguido de praguicidas 45,5%, sendo que 42,7% utilizaram mais de um agente. Não houve associação entre a quantidade de agentes e as variáveis sociodemográficas e fatos traumáticos na infância, mas houve associação com a presença de episódio depressivo ($p=0,049$) e uso nocivo de bebidas alcoólicas ($p=0,000$). **Conclusão:** Os medicamentos e os praguicidas, com destaque para o “chumbinho” foram os mais utilizados na tentativa de suicídio por envenenamento. 29,1% declararam estar sob efeito de bebidas alcoólicas e 41,9% associaram mais de um agente para tentar suicídio. Foi comprovada associação significativa entre a quantidade de agentes utilizados e episódio depressivo e uso de bebidas alcoólicas.

Palavras-chave: Envenenamento. Tentativa de suicídio. Toxicidade.

Abstract: Background: Suicide is a universal human phenomenon complex and represents a major public health problem. **Objective:** To investigate the association between the combination of declared toxic agents in a suicide attempt, sociodemographic profile, presence of psychiatric disorders, experience of traumatic events in childhood and harmful use of alcohol. **Method:** Descriptive and inferential study involving a sample of 110 patients with a history of suicide attempt. **Results:** Females were predominant in the sample (70 %), mean age of 29 years. 73 % reported white ethnicity or brunette, more than half lived without marital interaction, 67.3 % reported having a religion, and a few years of study. The main agents used drugs were 50.9 %, 45.5 % followed by pesticides. 42.7 % used more than one agent. There was no association between the number of agents and sociodemographic variables and traumatic childhood events, but there was a positive correlation in the presence of depressive episode ($p=0.049$) and harmful use of alcohol ($p=0.000$). **Conclusion:** The drugs and pesticides, especially rat poison, were the most used in suicide attempt by poisoning. 29,1% of the subjects reported being under the influence of alcohol and 41,9% were associated with more than one agent to attempt suicide by poisoning. It was proved the significant association between the number of used agents and depressive episode and harmful use of alcohol.

Keywords: Poisoning. Suicide, Attempted. Toxicity.

Introdução

O suicídio está entre as principais causas de morte, suscitando o interesse em vasto espectro do conhecimento científico e literário¹. Embora seja notável a ocorrência de avanços significativos na investigação e tratamento do comportamento suicida, as taxas de prevalência ainda não mudaram como resultados dessas investigações.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, mais de mil pessoas de todas as culturas, religiões, etnias e níveis socioeconômicos cometem suicídio no mundo a cada dia². Dentre os fatores predisponentes, destaca-se o álcool e o abuso de drogas, violência física e/ou sexual, isolamento social, transtornos psiquiátricos, tais como depressão e esquizofrenia, bem como problemas de saúde em geral, sentimentos de desespero e a disponibilidade de meios para cometer suicídio²⁻⁴.

Estudos epidemiológicos demonstram que os métodos usados para cometer suicídio variam de acordo com a cultura, com o fácil acesso ao agente e a intencionalidade do ato. Na tentativa de suicídio, os meios mais utilizados são as autointoxicações, em especial por agentes químicos, principalmente aqueles que fazem parte do cotidiano², como por exemplo, o “chumbinho”, facilmente encontrado em Recife e sua região metropolitana.

Dados da literatura estimam números alarmantes relativos ao envenenamento, onde de 250 a 370 mil suicídios por ano ocorrem devido à ingestão de agentes tóxicos. Considera-se que a autodestruição é muitas vezes um ato impulsivo, onde a facilidade na obtenção de pesticidas e medicamentos, em torno do ambiente doméstico, pode favorecer a um meio preferencial para tentar suicídio⁵.

Tendo por base as afirmativas acima, o presente estudo objetivou verificar os principais agentes químicos declarados utilizados para a tentativa de suicídio por envenenamento (TSE), bem como identificar o número de indivíduos que utilizaram um ou mais agentes para atentar contra a própria vida numa mesma tentativa. Ainda, buscou-se a associação entre a combinação de agentes tóxicos declarados para tentar suicídio com o perfil sociodemográfico, presença de transtornos psiquiátricos (incluindo o uso nocivo de bebidas alcoólicas) e vivência de fatos traumáticos na infância.

Método

A pesquisa foi realizada no Brasil, na cidade do Recife, numa emergência de adultos de um Hospital Público (Hospital da Restauração - HR), na época, especializado no atendimento de todos os tipos de emergências médicas, incluindo as intoxicações intencionais e acidentais. Este estudo avaliou uma amostra de 110 pacientes internados durante o período de dezembro de 2008 a agosto de 2009 também vinculados ao Centro de Atendimento Toxicológico de Pernambuco.

Esta investigação é a segunda etapa de uma pesquisa já publicada^{6,7}. Para este trabalho, foi realizado um estudo descritivo quantitativo e analítico, do tipo corte transversal. As variáveis pesquisadas foram os fatores sociodemográficos, tipos e combinações de agentes tóxicos declarados na tentativa, presença de transtornos psiquiátricos e vivência de fatos traumáticos na infância.

A coleta de dados envolveu o uso de dois instrumentos: um formulário especialmente desenvolvido para coleta das informações sociodemográficas e a entrevista diagnóstica Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I. 5.0.0

Versão Brasileira/DSMIV/Atual) (Validado por Patrícia Amorim)⁸ com o objetivo de explorar os principais transtornos psiquiátricos do eixo I DSM-IV (American Psychiatric Association, 2002)⁹. Este instrumento foi utilizado pela autora e mais duas profissionais da área de saúde, na época, mestrandas em psicologia, que foram familiarizadas e calibradas nos instrumentos.

Utilizou-se o software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) – versão 13.0 para criação do banco e análise dos dados. Estes foram avaliados através da estatística descritiva, especificamente o teste qui-quadrado de independência de Pearson, com nível de significância de 5%. Foram construídas distribuições de frequência absolutas e percentuais, e calculadas medidas descritivas das referidas variáveis.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos do referido hospital sob o parecer: CAAE 0033.0.102.102-08 e conduzido de acordo com a declaração de Helsinki.

Resultados

Predominaram mulheres (70,9%) com idade média de 29 anos. Dos dados sociodemográficos (Tabela 1), observa-se que 73% se declararam de etnia branca ou morena, a minoria vivia em convívio marital, a maioria tinha religião e poucos anos de estudo. Quanto à situação de estar na dependência financeira da família, identificou-se um número expressivo (58,2%).

Dos principais agentes declarados, apresentados na Tabela 2, 51,9% foram de medicamentos (36,4% psiquiátricos e 15,5% medicamentos clínicos), seguidos de raticidas com 49,1% (“chumbinho” 47,3% e outros raticidas 1,8%). Por outro lado,

30,0% declararam estarem sob o efeito de bebidas alcoólicas e/ou outras drogas psicoativas durante a tentativa de suicídio.

Na tabela 3, observa-se que 41,9% da amostra realizou a combinação de mais de um agente para tentar suicídio, representando atos de maior gravidade e intenção para autodestruição.

A análise bivariada entre a quantidade de agentes utilizados na TSE e as variáveis sociodemográficas não revelou diferenças significativas em nenhuma variável (Tabela 4). Já a análise com a presença de transtornos psiquiátricos e o uso nocivo de bebidas alcoólicas foi significativa ($p=0,049$ e $p=0,000$, respectivamente). Não foi comprovada a associação com outros fatos traumáticos e abuso sexual na infância (Tabela 5).

Discussão

Os dados relativos a gênero e idade neste estudo corroboram com o panorama atual do perfil epidemiológico para tentativa de suicídio. Observa-se que os adultos jovens correspondem ao grupo mais vulnerável¹⁰. Já a predominância das mulheres nas tentativas, quando comparadas ao suicídio, encontram-se de acordo com alguns estudos^{1,10}.

Dos dados biodemográficos, 73% dos pacientes declararam etnia branca ou morena. Sobre essa questão, num estudo realizado nos Estados Unidos, relatado por Costa¹¹, foram observados os suicídios ocorridos entre 1990 e 2000, verificando cerca de 90% dos suicídios em brancos e 7% dos suicídios em negros. Essas informações corroboram com nosso achado de alta prevalência, embora não haja justificativa na literatura para este fato, nem dados recentes em outros países que

associem a raça ao risco de suicídio¹¹. Por outro lado, ressalta-se que as crenças religiosas e a posição social podem influenciar não apenas nas taxas efetivas de suicídio, mas também no modo de encarar a morte e o suicídio entre os membros de determinado grupo¹.

Em toda a amostra, foi observada escolaridade com poucos anos de estudo. Possivelmente, isto pode refletir dificuldades na integração social, bem como para inserção no mercado de trabalho, contribuindo para a presença de estressores que, por sua vez, poderiam culminar em comportamento e ideação suicida¹².

Identificou-se um grande número de indivíduos com dependência financeira da família (58,2%). Nock e colaboradores¹³ afirmam que estar nessa condição poderia vir associado à desvantagem social, representando um maior risco de comportamentos suicidas, embora os mecanismos pelos quais esses fatores possam levar à tentativa e suicídio ainda não sejam compreendidos. Esses dados refletem que possivelmente as tentativas estão mais frequentemente associadas às categorias sociais menos favorecidas, incluindo a pobreza¹.

Na amostra, foi observado predomínio do status de “sem convívio marital” (60%), o que é confirmado por dados da literatura que assinalam o estado civil “casado” como um fator de proteção para a tentativa de suicídio quando comparados com aqueles sem convívio marital⁷. Dados adicionais apontam a importância do convívio marital e das redes sociais como meios que poderiam auxiliar na proteção para a tentativa de suicídio. Do contrário, o isolamento poderia impulsionar para eventos relacionados à vulnerabilidade e tendência ao suicídio¹⁴. Adicionalmente, salienta-se que o importante reside não necessariamente na presença da família, mas na existência de uma sociedade familiar, com seu estoque de representações

coletivas, na qualidade das relações que mantém entre si e na coesão moral do grupo contribuindo para preservação do indivíduo¹⁵.

A maioria dos indivíduos declarou ter religião. Sobre esta variável, destaca-se sua importância na proteção do comportamento suicida¹. De um modo geral, os indivíduos têm menor probabilidade de concretizar os atos na presença de uma fé religiosa consistente, por acreditarem que o suicídio é moralmente errado ou pecaminoso¹⁶. Enfatiza-se que a religiosidade, apesar de ser um consistente fator protetor, não foi avaliada na referida pesquisa.

Dos principais agentes declarados, os medicamentos foram os mais utilizados na tentativa de suicídio (51,9%). Diversas pesquisas confirmam achados semelhantes^{12,13,17-21}. Bernardes e colaboradores²¹ também observaram a forte associação entre a tentativa por uso de substâncias farmacêuticas. Os autores obtiveram um perfil de sua amostra semelhante aos do nosso estudo, constatando que as mulheres com idade entre 31-35 anos e desempregadas constituem um grupo mais susceptível às tentativas de suicídio por sobredose intencional de medicamentos. Outro estudo²² constatou uma maior incidência entre os que usaram, como método, a ingestão de medicamentos psicotrópicos, sendo a amostra deste grupo formado também por mulheres (38%).

Para Werneck e colaboradores²³, a alta participação dos medicamentos psiquiátricos corresponde a uma particularidade nacional, onde tal perfil difere de outros estudos internacionais que apontam os analgésicos, em particular o paracetamol, como agentes mais utilizados para envenenamento intencional^{14,17}. Ainda, esses autores destacam que talvez um maior controle sobre a prescrição e aquisição de medicamentos psiquiátricos possa contribuir para a redução das taxas de TSE.

Observou-se ainda o alto índice de tentativas por uso de praguicidas, principalmente aqueles de produção e venda clandestinos (“chumbinho”, 47,3%). Silva e colaboradores²⁴ destacam a importância de praguicidas (agrotóxicos) específicos, como o carbamato, vulgarmente conhecido como “chumbinho”, e os atribuem a cerca de mais de um terço das ocorrências. Na verdade, a venda deste tipo de substância é ilegal, visto que é verdadeiramente um agrotóxico de uso agrícola e conhecido popularmente como um potente “raticida” devido à sua alta toxicidade, sendo uma das substâncias de uso doméstico como raticida mais comum da região.

A prevalência de seu uso nas tentativas de suicídio é alta e há uma dificuldade na identificação clínica de sua ingestão, uma vez que a sua confecção é composta por uma variedade desconhecida de agrotóxicos e outros agentes tóxicos^{23,24}. Dessa forma, aponta-se a necessidade de uma maior fiscalização sobre sua comercialização e a apreensão do produto, associada à difusão de informações sobre o seu potencial letal, o que poderia reduzir a frequência e a gravidade desses eventos^{2,23}. Das estratégias de combate, destacam-se a eliminação progressiva dos produtos mais tóxicos⁵ e a introdução de dispositivos de armazenamento de pesticidas de forma segura^{25,27}.

Sobre a quantidade de agentes envolvidos na TSE, observou-se que 41,9% dos indivíduos utilizaram mais de um agente. Bernardes e colaboradores²¹ enfatizam que pacientes que tentam suicídio, geralmente, usam mais de um tipo de substância química. Tal aspecto estaria diretamente relacionado à intencionalidade do ato, uma vez que a maioria das pessoas tem conhecimento de que não se devem misturar medicamentos entre si ou com substâncias químicas.

Não houve associação entre a quantidade de agentes utilizados na TSE e as variáveis sociodemográficas. Porém, houve associação entre a quantidade de agentes utilizados e a presença de episódio depressivo ($p=0,049$). A literatura destaca que os transtornos mentais estão entre os mais fortes preditores de tentativa de suicídio^{1,20,21}. No entanto, pouco se sabe sobre quais doenças são exclusivamente de previsão de comportamento suicida²⁹.

Os autores enfatizam que, embora a depressão tenha sido constantemente associada como preditora do comportamento suicida, apenas o diagnóstico não é útil para prever o comportamento e a suscetibilidade de elaboração de novos planos suicidas^{1,26,28}. Adicionalmente, os transtornos de ansiedade (principalmente o Transtorno de Estresse Pós-Traumático) e ter transtorno de impulso (especialmente bipolares, transtorno de conduta e uso de substância) revelam-se como fortes preditores para ideação e planejamento suicida, sendo ainda predição para tentativas não planejadas^{13,29}.

No estudo não foi comprovada a associação entre a quantidade de agentes e a vivência de fatos traumáticos na infância, incluindo o abuso sexual. Porém, observou-se forte associação com o uso nocivo de bebidas alcoólicas ($p=0,000$). Esses achados confirmam dados já conhecidos da literatura de que as tentativas de suicídio ocorrem com maior frequência entre indivíduos que sofrem de transtornos relacionados ao uso nocivo de bebida alcoólica³⁰.

Lima e colaboradores³⁰ apontam que a ocorrência do uso nocivo de bebidas alcoólicas e a frequência aumentada de tentativas de suicídio podem estar associadas a outras comorbidades psiquiátricas, como os resultados obtidos no presente estudo. Segundo os autores, a presença de depressão e alcoolismo

aumentam as chances de tentativa em até 59% quando comparados a pacientes deprimidos sem histórico de dependência de álcool.

Refere-se ainda que os dependentes de substâncias psicoativas, incluindo o álcool, tendem a tentar suicídio aproximadamente seis vezes mais que a população em geral²⁹. Outros estudos referiram ainda o uso e/ou abuso de álcool como fator de risco para TSE^{31,32}.

Apesar de contribuir para a compreensão do fenômeno da TSE, nosso estudo apresentou algumas limitações tais como: ter sido realizado em um único centro, uma vez que estudos multicêntricos mostram resultados mais consistentes; a abordagem dos pacientes foi realizada na emergência geral do hospital, embora a situação ideal fosse se realizadas em sala reservada; não houve controle sobre a confirmação dos tipos de agentes tóxicos por testes de laboratório, o que fez com que os relatos das substâncias de autointoxicação não tenham sido confirmados; realização do estudo com tamanho amostral relativamente pequeno, quando muitas vezes o aumento do número de indivíduos nos estudos contribui para resultados mais consistentes, pois a avaliação de pequenos grupos pode dificultar a análise do real impacto.

Conclusões

Os resultados deste estudo contribuem para a compreensão entre a relação das TSE e os principais agentes utilizados. Dentre estes, os mais utilizados foram os medicamentos, seguidos de praguicidas, em especial os conhecidos como “chumbinho”. Ao utilizarem mais de um agente para tentar suicídio, a maioria declarou estar sob o efeito de bebidas alcoólicas. Já em relação às variáveis

sociodemográficas, não houve associação significativa entre a quantidade de agentes, assim como não houve para a vivência de fatos traumáticos.

Diante dos dados obtidos no presente estudo, fica nítida a necessidade do desenvolvimento de campanhas de conscientização para o uso racional de medicamentos e redução do consumo nocivo de álcool, bem como programas de assistência capazes de identificar e intervir nas situações de risco para o ato suicida.

Referências

1. Flavio M, Martin E, Pascal B, Stephanie C, Gabriela S, Merle K, et al. Suicide attempts in the county of Basel: results from the WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour. *Swiss medical weekly*. 2013;143:w13759.
2. Veras JLdA, Katz CRT. Suicide attempts by exogenous intoxication among female adolescents treated at a reference hospital in the city of Recife-PE, Brazil. *Revista brasileira de enfermagem*. 2011;64(5):833-8.
3. de Mattos Souza LD, Ores L, de Oliveira GT, Cruzeiro ALS, Silva RA, Pinheiro RT, et al. Ideação suicida na adolescência: prevalência e fatores associados. *J Bras Psiquiatr*. 2010;59(4):286-92.
4. Stefanello S, Cais CFdS, Mauro MLF, Freitas GVSd, Botega NJ. Gender differences in suicide attempts: preliminary results of the multisite intervention study on suicidal behavior (SUPRE-MISS) from Campinas, Brazil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2008;30(2):139-43.
5. Mohamed F, Manuweera G, Gunnell D, Azher S, Eddleston M, Dawson A, et al. Pattern of pesticide storage before pesticide self-poisoning in rural Sri Lanka. *BMC public health*. 2009;9(1):405.
6. Pires MCdC. Estudo sobre tentativa de suicídio por envenenamento no Recife-PE, Brasil. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2010.
7. Pires MCdC, Raposo MCF, Passos MPd, Sougey EB, Filho OCB. Stressors in attempted suicide by poisoning: a sex comparison *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*. 2012;34:25-30.
8. Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2000;22:106-15.
9. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.
10. Rancic N, Ignjatovic Ristic D, Radovanovic S, Kocic S, Radevic S. Sociodemographic and clinical characteristics of hospitalized patients after suicide attempt: a twenty-year retrospective study. *Med Glas (Zenica)*. 2012;9(2):350-5.

11. Costa J. Tentativa de suicídio: revisão bibliográfica [dissertação] [internet]. 66 f. Covilhã: Universidade da Beira Interior; 2010. [acesso em 2011 nov 20] Disponível em: <http://www.fcsaude.ubi.pt/thesis/upload/118/868/josefacostapdf.pdf>
12. Ozdel O, Varma G, Atesci FC, Oguzhanoglu NK, Karadag F, Amuk T. Characteristics of suicidal behavior in a Turkish sample. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*. 2009;30(2):90.
13. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic reviews*. 2008;30:133-54.
14. Meyer RE, Salzman C, Youngstrom EA, Clayton PJ, Goodwin FK, Mann JJ, et al. Suicidality and risk of suicide--definition, drug safety concerns, and a necessary target for drug development: a brief report. *The Journal of clinical psychiatry*. 2010;71(8):1040-6.
15. Heyerdahl F, Bjornaas MA, Dahl R, Hovda KE, Nore AK, Ekeberg O, et al. Repetition of acute poisoning in Oslo: 1-year prospective study. *Br J Psychiatry*. 2009;194(1):73-9.
16. Spoerri A, Zwahlen M, Bopp M, Gutzwiller F, Egger M. Religion and assisted and non-assisted suicide in Switzerland: National Cohort Study. *Int J Epidemiol*. 2010;39(6):1486-94.
17. Zyoud SH, Awang R, Sulaiman SA, Al-Jabi SW. A cross-sectional observation of the factors associated with deliberate self-poisoning with acetaminophen: impact of gender differences and psychiatric intervention. *Human psychopharmacology*. 2010;25(6):500-8.
18. Turhan E, Inandi T, Aslan M, Zeren C. Epidemiology of attempted suicide in Hatay, Turkey. *Neurosciences*. 2011;16(4):347-52.
19. García-Rábago H, Sahagún-Flores JE, Ruiz-Gómez A, Sánchez-Ureña GM, Tirado-Vargas JC, González-Gámez JG. Factores de riesgo, asociados a intento de suicidio, comparando factores de alta y baja letalidad. *Revista de salud pública*. 2010;12(5):713-21.
20. Lee CA, Choi SC, Jung KY, Cho SH, Lim KY, Pai KS, et al. Characteristics of patients who visit the emergency department with self-inflicted injury. *Journal of Korean medical science*. 2012;27(3):307-12.
21. Bernardes SS, Turini CA, Matsuo T. Profile of suicide attempts using intentional overdose with medicines, treated by a poison control center in Parana State, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2010;26(7):1366-72.
22. Iribarren C, Sidney S, Jacobs DR, Jr., Weisner C. Hospitalization for suicide attempt and completed suicide: epidemiological features in a managed care population. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2000;35(7):288-96.
23. Werneck GL, Hasselmann MH, Phebo LB, Vieira DE, Gomes VLdO. Tentativas de suicídio em um hospital geral no Rio de Janeiro, Brasil Suicide attempts recorded at a general hospital in Rio de Janeiro, Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(10):2201-6.
24. **Source:** Revista Eletronica de Enfermagem . 2010, Vol. 12 Issue 4, p686-691. 6p. 1 Chart, 2 Graphs.
25. Konradsen F, Pieris R, Weerasinghe M, van der Hoek W, Eddleston M, Dawson AH. Community uptake of safe storage boxes to reduce self-poisoning from pesticides in rural Sri Lanka. *BMC Public Health*. 2007;7:13.
26. Hawton K, Ratnayeke L, Simkin S, Harriss L, Scott V. Evaluation of acceptability and use of lockable storage devices for pesticides in Sri Lanka that might assist in prevention of self-poisoning. *BMC Public Health*. 2009;9:69.

27. Hayashi N, Igarashi M, Imai A, Osawa Y, Utsumi K, Ishikawa Y, et al. Psychiatric disorders and clinical correlates of suicidal patients admitted to a psychiatric hospital in Tokyo. *BMC Psychiatry*. 2010;10:109.
28. Pradhan SN, Adhikary SR. A study of severity of intention of suicide in various psychiatric diagnoses. *Kathmandu Univ Med J (KUMJ)*. 2009 Jan- Mar;7(25):63-6.
29. Nock MK, Hwang I, Sampson N, Kessler RC, Angermeyer M, Beautrais A, et al. Cross-national analysis of the associations among mental disorders and suicidal behavior: findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLoS Med*. 2009;6(8):e1000123.
30. Lima DD, Azevedo RCSD, Gaspar KC, Silva VFD, Mauro, MLF, Botega NJ Tentativa de suicídio entre pacientes com uso nocivo de bebidas alcoólicas internados em hospital geral. *J. bras. Psiquiatr*.2010; 53(3):167-72.
31. Kapur N, Cooper J, King-Hele S, Webb R, Lawlor M, Rodway C, et al. The repetition of suicidal behavior: a multicenter cohort study. *J Clin Psychiatry*. 2006 Oct;67(10):1599-609.
32. Zyoud SeH, Awang R, Sulaiman SAS, Al- Jabi SW. A cross- sectional observation of the factors associated with deliberate self- poisoning with acetaminophen: impact of gender differences and psychiatric intervention. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*. 2010;25(6):500-8.

Tabelas

Tabela 1. Distribuição dos pacientes segundo variáveis sociais e biodemográficas, por grupo.

Variáveis	n	%
Idade média (anos)		28,9
Sexo feminino	78	70,9
Etnia branca ou parda	81	73,6
Escolaridade inferior ao fundamental completo	45	40,9
Depende financeiramente da família	64	58,2
Convívio marital	44	40,0
Tem religião	74	67,3
Total	110	100

Tabela 2. Tipos de agentes utilizados para a tentativa de suicídio.

Tipo de Agente	n	%
Medicamentos Psiquiátricos	40	36,4
Medicamentos Clínicos	17	15,5
Agrotóxico agrícola (Chumbinho)	52	47,3
Raticidas	2	1,8
Outros Produtos agrotóxicos	6	5,5
Produtos Veterinários	9	8,2
Produtos químicos industriais	2	1,8
Produtos químicos domiciliares	3	2,7
Bebidas alcoólicas (estar sob efeito)	32	29,1
Outras drogas psicoativas (estar sob efeito)	1	0,9
Total	110	100

Tabela 3. Quantidade de Agentes utilizados na tentativa de suicídio.

Quantidade de Agentes	n	%
1	64	58,2
2	39	35,5
3	6	5,5
4	1	0,9
Total	110	100

⁽¹⁾ Incluindo bebidas alcoólicas e outras drogas

Tabela 4. Quantidade de agentes utilizados na Tentativa de suicídio, em função das variáveis sócio-demográficas.

Variáveis		Quantidade de agentes n (%)		p-valor da estatística de Pearson
		1 agente	2 ou mais agentes	
Gênero	Masculino	19 (57,6)	14 (42,4)	0,933
	Feminino	45 (58,4)	32 (41,6)	
Escolaridade	Até o fundamental	36 (53,7)	31 (46,3)	0,238
	Ensino médio ou mais	28 (65,1)	15 (34,9)	
Idade	< 35 anos	48 (56,5)	37 (43,5)	0,502
	≥ 35 anos	16 (64,0)	9 (36,0)	
Dependência financeira da família	Sim	40 (62,5)	24 (37,5)	0,279
	Não	24 (52,2)	22 (47,8)	
Reside com companheiro	Sim	25 (62,5)	15 (37,5)	0,488
	Não	39 (55,7)	31 (44,3)	
Ter religião	Sim	44 (59,5)	30 (40,5)	0,697
	Não	20 (55,6)	16 (44,4)	

Tabela 5. Quantidade de agentes e presença de transtornos psiquiátricos, uso nocivo de bebidas alcoólicas e vivências traumáticas.

Variáveis		Quantidade de agentes n (%)		p-valor da estatística de Pearson
		1 agente	2 ou mais agentes	
Episódio depressivo	Sim	50 (64,1)	28 (35,9)	0,049
	Não	14 (43,8)	18 (56,3)	
Transtorno de ansiedade Generalizada	Sim	34 (59,6)	23 (40,4)	0,746
	Não	30 (56,6)	23 (43,4)	
Uso nocivo de bebidas alcoólicas	Sim	0 (0)	32 (100)	0,000
	Não	64 (82,1)	14 (17,9)	
Outros fatos traumáticos na infância	Sim	38 (54,3)	32 (45,7)	0,273
	Não	26 (65,0)	14 (35,0)	
Abuso sexual na infância	Sim	13 (48,1)	14 (51,9)	0,190
	Não	50 (62,5)	30 (37,5)	

APÊNDICE IV – TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para maiores de 18 anos



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA PARA ASSUNTOS DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROPSIQUIATRIA E
CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(para pesquisados maiores de dezoito anos)

Você está sendo convidado a participar, como voluntário(a), em uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é da pesquisadora responsável. Caso não queira participar da pesquisa, não tem problema e se necessitar de acompanhamento médico será atendido(a) normalmente. Portanto, você não será penalizado. Sinta-se a vontade para tirar qualquer tipo de dúvida aqui conosco ou se precisar pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição pelo fone: 2126-8588.

Informações sobre a pesquisa:

1. Título do projeto: Um Estudo Sobre Tentativa de Suicídio por Envenenamento em Recife-PE, Brasil.0010
2. Esta pesquisa pretende saber e identificar diversas características das pessoas que tentaram suicídio; como p. ex., se tem o hábito de beber (falo de bebidas alcoólicas ou consumir outras drogas) além de várias outras características sociais, situação financeira, grau de instrução, entre outras. Para isso, serão utilizados vários questionários com perguntas bem objetivas. Caso sinta algum constrangimento, nos comunique, porque você só deve participar de livre e espontânea vontade. As perguntas que lhe serão feitas, também pretenderão identificar se você está sofrendo ou já sofreu em algum momento, qualquer forma de transtorno mental.
3. As pessoas pesquisadas serão beneficiadas diretamente, já que todos serão avaliados do ponto de vista psiquiátrico e se necessário, receberão os encaminhamentos indicados em cada caso.
4. É garantida ao participante, a decisão de interromper sua participação a qualquer momento sem nenhum prejuízo para si mesmo.

Pesquisado: Eu, _____

RG _____, CPF _____, concordo em participar deste estudo na condição de quem será pesquisado (sujeito do estudo), e fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora Dra. Maria Cláudia da Cruz Pires, sobre o presente estudo, os procedimentos nele envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade ou interrupção do meu acompanhamento, assistência e tratamento médico psicológico.

Local: _____, ___/___/___

Ass. _____

Duas testemunhas (não ligadas à equipe da pesquisadora)

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimento sobre a pesquisa e o aceite do interrogado (sujeito da pesquisa).

Nome: _____ Ass. _____

Nome: _____ Ass. _____

Observações complementares: _____

APÊNDICE V – TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para menores de 18 anos



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA PARA ASSUNTOS DE PESQUISA E
PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROPSIQUIATRIA E
CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(para pesquisados menores de dezoito anos)

Você está sendo convidado, como responsável a autorizar seu familiar a participar como voluntário(a), em uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de concordar que o mesmo(a) possa fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é da pesquisadora responsável. Caso não queira autorizar a participação de seu responsável, como pesquisado no estudo, não tem problema, e se necessitar que o mesmo tenha acompanhamento médico, ele ou ela será atendido normalmente. Portanto, seu familiar não será penalizado. Sinta-se à vontade para tirar qualquer tipo de dúvida aqui conosco, ou se precisar, pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa do CCS-UFPE, pelo fone 2126-8588.

Informamos que a pesquisa:

1. Título do projeto: Um Estudo Sobre Tentativa de Suicídio por Envenenamento em Recife-PE, Brasil.
2. Esta pesquisa pretende saber e identificar diversas características das pessoas que tentaram suicídio; como por exemplo, se têm o hábito de beber (falo de bebidas alcoólicas ou consumir outras drogas) além de várias outras características sociais, situação financeira, grau de instrução, entre outras. Para isso serão utilizados questionários com perguntas objetivas. Caso sinta que o pesquisado está sofrendo constrangimento nos comunique, porque você só deve autorizar se for de livre e espontânea vontade. As perguntas que serão feitas, também pretenderão identificar se o(a) pesquisado(a) está sofrendo ou já sofreu em algum momento algum tipo de transtorno mental.
3. As pessoas pesquisadas serão beneficiadas diretamente, já que todos serão avaliados do ponto de vista psiquiátrico e se necessário, receberão os encaminhamentos indicados em cada caso.
4. É garantido ao responsável assim como ao pesquisado, a decisão de interromper sua participação a qualquer momento sem nenhum prejuízo para o pesquisado. e/ou responsável.

(Responsável do pesquisado): Eu, _____

RG _____, CPF _____, abaixo assinado, autorizo meu/minha _____(grau de parentesco) participar desse estudo na condição de quem será pesquisado (sujeito do estudo), e que fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora Dra. Maria Cláudia da Cruz Pires sobre o presente estudo, tanto para mim que sou responsável como para _____ que será o(a) pesquisado(a) sobre os procedimentos nele envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da sua participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade ou interrupção do acompanhamento/assistência/tratamento médico psicológico.

Local: _____, ___/___/___

Nome do pesquisado: _____

Assinatura do pesquisado: _____

Nome do responsável: _____

Assinatura do responsável: _____

Duas testemunhas (não ligadas à equipe da pesquisadora)

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimento sobre a pesquisa e o aceite do interrogado (sujeito da pesquisa).

Nome: _____

Ass. _____

Nome: _____

Ass. _____

Observações complementares: _____

APÊNDICE VI – Formulário Sócio Demográfico

Centro de Assistência Toxicológica (CEATOX)
Tentativa de Suicídio por Envenenamento (TSE)
Questionário de pesquisa (dados sociodemográficos)

Número do prontuário _____ gênero masc () fem () _____

Motivo do internamento: () Atendimento clínico () Tentativa de suicídio

Entrada ___/___/___ Entrevistado em: ___/___/___

Identificação: nome: _____

Fatores sociodemográficos

1 - Gênero: () Masculino () Feminino

2 - Idade: _____ anos

3 - Procedência: () Recife () RMR () Interior de Pernambuco () Outros estados

4 - Convívio marital: () Sim () Não

5 - Orientação sexual: () Heterossexual () Homossexual () Bissexual

6 - Relacionamento afetivo (atual): () Estável () Não estável.

7 - Filhos: () Não () Sim - Filhos vivos _____

- Filhos mortos _____

- Abortos _____

8 - Instrução: () Analfabeto () Fundamental incompleto () Fundamental completo

() Ensino médio incompleto () Ensino médio completo

() Ensino superior incompleto () Ensino superior completo

9 - Profissão: () Não () Sim qual? _____

10 - Fonte de renda: () Autônomo () Assalariado () Biscate () Aposentadoria ()

Pensão

() Auxílio governo

11 - Situação financeira: () Dependente () Independente

12 - Tem dívidas atuais: () Sim () Não

13 - Religião: () Sim () Não

14 - Reside: () Só () Acompanhado

15 - Há criança na casa onde mora? () Sim () Não

16 - Crença em Deus: () Sim () Não

17 - Acredita na vida ida após a morte () Sim () Não

História da doença atual

18 - Motivo alegado para a Tentativa de suicídio

19- Problemas graves (no momento)? () Sim () Não

() Problemas financeiros () Desemprego () Separação afetiva

() Morte de ente querido () Doença grave na família

() Vergonha ou humilhação solidão () Conflitos familiares

() Brigas com o companheiro () Traição

() Desentendimento com familiares do 1º grau () Problemas com a justiça

() Outros

- 20 - Agente do suicídio: () Medicamentos psiquiátricos () Medicamentos clínicos (outros)
 Drogas: () Bebidas alcoólicas () Substâncias psicoativas
 () Substâncias agrotóxicas () Outras _____
- 21 - Tentativas anteriores: () Sim () Não Número de vezes: _____
- 22 - Planejamento da TSE: () Sim () Não
- 23 - Pessoas no ambiente da tentativa: () Não () Sim
- 24 - Ideação suicida: () Sim () Não Conhece alguém que já TS? () Sim () Não
- 25 - Avisou a alguém da TSE: () Sim () Não
- 26 - Suicídio na família: () Sim () Não Quem: _____
- 27 - Sentimento pós-tentativa: () Aliviado () Decepcionado () Arrependido

Antecedentes Pessoais

- 28 - Infância: () Boa () Média () Ruim Por quê? _____ Fatos que marcaram a infância _____
- 29 - Criado por: _____ Adotado () Sim () Não
- 30 - Perdas parentais precoce: () Sim () Não Quem? _____
- 31 - Sofreu abuso sexual na infância: () Sim () Não De quem? _____
- 32 - Doença grave na infância? () Sim () Não Qual? _____
- 33 - Na sua família havia preferência de um filho a outro? () Sim () Não
- 34 - Você era o preferido dos filhos? () Sim () Não
- 35 - Fez/faz tratamento psiquiátrico? () Sim () Não
 Você precisa? () Sim () Não Por quê? _____
-
- 36 - Sono alterado no mês anterior a TSE: () Sim () Não
- 37 - Foi incentivado a estudar? () Sim () Não
- 38 - Desempenho escolar: () satisfatório () Insatisfatório
- 39 - Você estudou: () Sim () Não
- 40 - Motivo de ter parado os estudos: () Necessidade de trabalhar () Dificuldade de aprender
 () Falta de incentivo dos cuidadores: () Não há escola próximo à residência
 () Por doença () Mau comportamento escolar () Não gosta de estudar () Uso de drogas
 () Não gosta Escola/professores
- 41 - Alguma doença que prejudica seu trabalho / seus estudos? () Sim () Não
 Qual? _____
- 42 - Apoio emocional? () Sim () Não Quem? _____
- 43 - Apoio financeiro? () Sim () Não Quem? _____
- 44 - Medicação em uso: _____
- 45 - Tem doença: () Cardiológica () Neurológica () Respiratória () Metabólica
 () Cegueira () Surdez () Ortopédica () Hematológica
 () Degenerativa () Gastrointestinal () Infecciosa () HIV
 Qual? _____

História familiar

- 46 - Pai: () Desconhecido () Vivo () Morto Há quanto tempo? _____
- 47 - Mãe: () Desconhecida () Viva () Morta Há quanto tempo? _____

- 48 - Doença mental na família: () Sim () Não Quem _____
 49 - Alcoolismo em familiares do 1^o grau: () Sim () Não
 50 - Dependentes de outras drogas entre os familiares do 1^o grau: () Sim () Não
 51 - Dependentes de tranquilizantes e ou anfetaminas entre os familiares do 1^o grau: () Sim () Não

Diagnóstico M.I.N.I.

- 52 - () Episódio depressivo maior
 53 - () Episódio depressivo maior com características melancólicas
 54 - () Transtorno distímico
 55 - () Risco de suicídio
 56 - () Episódio hipomaníaco
 57 - () Transtorno de pânico
 58 - () Agorafobia
 59 - () Fobia social
 60 - () TOC
 61 - () TEPT
 62 - () Síndrome psicótica
 63 - () Dependência de álcool () Abuso de álcool
 64 - Dependência de: () Opióides () Alucinógenos () Solventes ()
 Sedativos () Canabinóides () Solventes/diversos () Anabolizantes
 () Anfetaminas
 65 - () Bulimia nervosa
 66 - () Transtorno de ansiedade generalizada

ANEXOS

ANEXO I – Comprovante de Aceite do Artigo 1 – “Tentativa de suicídio por envenenamento: Uma revisão”



ANEXO II – Comprovante de Submissão do Artigo 2 – “Indicadores de risco para tentativa de suicídio por envenenamento: um estudo caso-controle”

3400094 E-mail de Globo.com - Submission Confirmation for Indicadores de risco para tentativa de suicidio por envenenamento: um estudo caso-controle



Claudia Pires <claudiacpires@globe.com>

Submission Confirmation for Indicadores de risco para tentativa de suicidio por envenenamento: um estudo caso-controle

1 mensagem

Jornal Brasileiro de Psiquiatria <editora@jpub.ufrj.br>
Para: Maria Cláudia da Cruz Pires <claudiacpires@globe.com>

24 de fevereiro de 2014 12:37

Dear Mr. Pires,

Your submission entitled "Indicadores de risco para tentativa de suicidio por envenenamento: um estudo caso-controle" has been received by Jornal Brasileiro de Psiquiatria

You will be able to check on the progress of your paper by logging on to Editorial Manager as an author. The URL is <http://jbp.edmgr.com/>.

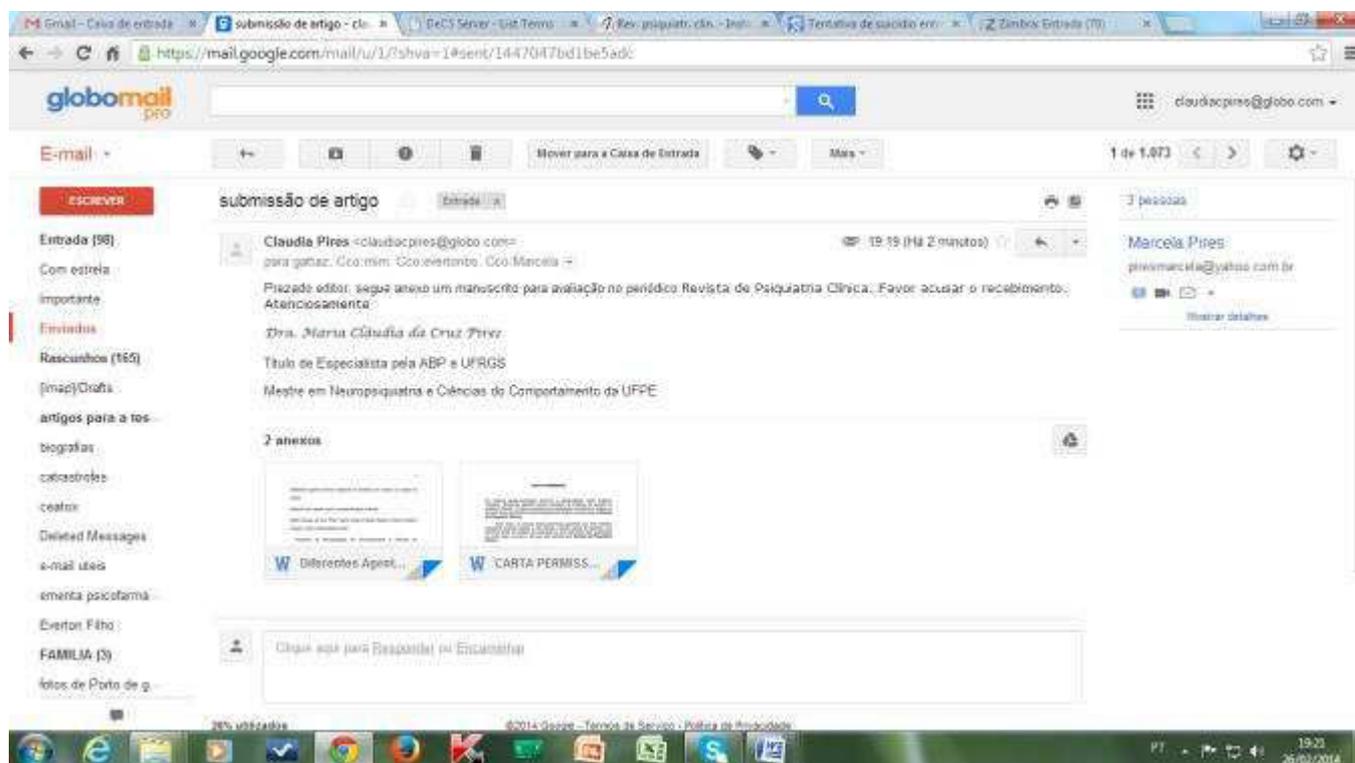
Your manuscript will be given a reference number once an Editor has been assigned.

Thank you for submitting your work to this journal.

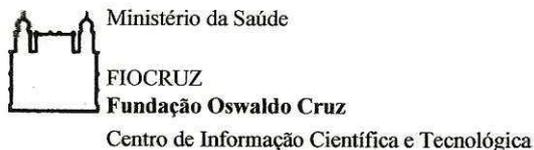
Kind regards,

Jornal Brasileiro de Psiquiatria

ANEXO III – Comprovante de Submissão do Artigo 3 – “O “chumbinho” e outros agentes tóxicos utilizados na tentativa de suicídio na cidade do Recife”



ANEXO IV – Casos de intoxicação humana por agentes tóxicos (óbitos e circunstâncias), CEATOX-HR ano de 2009



Centro: CEATOX/PE

Casos registrados de Intoxicação Humana por Agente Tóxico (óbitos 2009).

Agente	Evolução							Total
	Cura	Cura não Confirmada	Seqüela	Óbito (*)	Óbito outra Circunstância	Outra	Ignorada	
Medicamentos	674			05				679
Agrot./Uso Agrícola	326			36				362
Agrot./Uso Doméstico	65							65
Prod. Veterinários	31							31
Raticidas	100			01				101
Demissanitários	102							102
Cosméticos	10							10
Prod. Quím. Ind.	90							90
Metais	05			01				06
Drogas de Abuso	34							34
Plantas	19							19
Alimentos	27							27
An. Peç./Serpentes	71			01				72
An. Peç./Aranhas	09							09
An. Peç./Escorpiões	1235			01				1236
Outros an. Peç./vem.	68			02				70
Animais não Peç.	267							267
Desconhecido	55			03				58
Outro	51							51
Total	3239			50				3289

Observações:

Óbitos: carbamato=30
organofosforados=04
Medicamento=05
Serpente jararaca=01

abelha=02
desconhecido=03
cumarínico/raticida=01
metal/arsênico=01

escorpião=01
agrot/agrícola=02

obs.: abelha= out animais peçonhentos

Casos Registrados de Intoxicação Humana por Agente Tóxico e Circunstância (2009).

Agente	Circunstância														Total		
	Acidente Individual	Acidente Coletivo	Acidente Ambiental	Ocupacional	Uso Terapêutico	Prescrição Médica Inadequada	Erro de Administração	Auto Medicação	Abstinência	Abuso	Ingestão de Alimentos	Tentativa de Suicídio	Tentativa de Aborto	Violência/Homicídio		Ignorada	Outra
medicamentos	177	04			10	05	22	18		05		434		01	02	01	679
Agrot./Uso Agrícola	30			05								324		02	01		362
Agrot./Uso Doméstico	28			01			01					35					65
Prod. Veterinários	12											19					31
Raticidas	21			01								79					101
Domissanitários	67			01								34					102
Cosméticos	10																10
Prod. Quím. Ind.	55			16								16				03	90
Metais	03											03					06
Drogas de Abuso										34							34
Plantas	14	03										02					19
Alimentos	10									15	01	01					27
An. Peç./Serpentes	53			19													72
An. Peç./Aranhas	08			01													09
An. Peç./Escorpiões	1191			45													1236
Outros an. Peç./vem.	55			15													70
Animais não Peç.	225			42													267
Desconhecido															58		58
Outro																51	51
Total	1959	07		146	10	05	23	18		54	01	947		03	61	55	3289

ANEXO V – M.I.N.I. – Mini International Neuropsychiatric Interview – Brazilian version 5.0.0 – DSM-IV

M.I.N.I.

Mini International Neuropsychiatric Interview

Brazilian version 5.0.0

DSM IV

Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine
Hôpital Salpêtrière – Paris - França

D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan
University of South Florida – Tampa – E.U.A.

Tradução para o português (Brasil) : P. Amorim

© 1992, 1994, 1998, 2000, Sheehan DV & Lecrubier Y.

Todos os direitos são reservados. Este documento não pode ser reproduzido, todo ou em parte, ou cedido de qualquer forma, incluindo fotocópias, nem armazenado em sistema informático, sem a autorização escrita prévia dos autores. Os pesquisadores e os clínicos que trabalham em instituições públicas (como universidades, hospitais, organismos governamentais) podem fotocopiar o M.I.N.I. para utilização no contexto estrito de suas atividades clínicas e de investigação.

MINI 5.0.0 / Versão Brasileira / DSM-IV / Atual

<i>Nome do(a) entrevistado(a):</i> _____	<i>Número do protocolo:</i> _____
<i>Data de nascimento:</i> _____	<i>Hora de início da entrevista:</i> _____
<i>Nome do(a) entrevistador(a):</i> _____	<i>Hora do fim da entrevista:</i> _____
<i>Data da entrevista:</i> _____	<i>Duração total da entrevista:</i> _____

MÓDULOS	PERÍODO EXPLORADO	CRITÉRIOS PREENCHIDOS	DSM-IV	ICD-10
A EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR (EDM)	Atual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>	296.20-296.26 Único	F32.x
	Recorrente	<input type="checkbox"/>	296.30-296.36 Recorrente	F33.x
	EDM COM CARACTERÍSTICAS MELANCÓLICAS (opcional)	Atual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>	296.20-296.26 Single 296.30-296.36 Recurrent
B TRANSTORNO DISTÍMICO	Atual (Últimos 2 anos)	<input type="checkbox"/>	300.4	F34.1
	Passado	<input type="checkbox"/>	300.4	F34.1
C RISCO DE SUICÍDIO	Atual (Último mês) Risco: <input type="checkbox"/> Baixo <input type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Alto	<input type="checkbox"/>	nenhum	nenhum
D EPISÓDIO MANÍACO	Atual	<input type="checkbox"/>	296.00-296.06 F30.x-F31.9	
	Passado	<input type="checkbox"/>		
EPISÓDIO HIPOMANÍACO	Atual	<input type="checkbox"/>	296.80-296.89 F31.8- F31.9/F34.0	
	Passado	<input type="checkbox"/>		
E TRANSTORNO DE PÂNICO	Atual (Último mês)	<input type="checkbox"/>	300.01/300.21 F40.01-F41.0	
	Vida inteira	<input type="checkbox"/>		
F AGORAFOBIA	Atual	<input type="checkbox"/>	300.22	F40.00
G FOBIA SOCIAL	Atual (Último mês)	<input type="checkbox"/>	300.23	F40.1
H TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO (TOC)	Atual (Último mês)	<input type="checkbox"/>	300.3	F42.8
I TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO	Atual (Último mês)	<input type="checkbox"/>	309.81	F43.1
J DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL ABUSO DE ÁLCOOL	(Últimos 12 meses)	<input type="checkbox"/>	303.9	F10.2x
	(Últimos 12 meses)	<input type="checkbox"/>	305.00	F10.1
K DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIA (Não álcool) ABUSO DE SUBSTÂNCIA (Não álcool)	(Últimos 12 meses)	<input type="checkbox"/>	304.00-.90/305.20-.90	F11.0-F19.1
	(Últimos 12 meses)	<input type="checkbox"/>	304.00-.90/305.20-.90	F11.0-F19.1
L SÍNDROME PSICÓTICA	Vida inteira	<input type="checkbox"/>		
	Atual	<input type="checkbox"/>		
TRANSTORNO DO HUMOR COM CARACTERÍSTICAS PSICÓTICAS	Vida inteira	<input type="checkbox"/>	296.24	F32.3/F33.3
M ANOREXIA NERVOSA	Atual (Últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
N BULIMIA NERVOSA ANOREXIA NERVOSA, TIPO COMPULSÃO PERIÓDICA PURGATIVO	Atual (Últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.51	F50.2
	Atual	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
O TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA	Atual (Últimos 6 meses)	<input type="checkbox"/>	300.02	F41.1
P TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL (opcional)	Vida inteira	<input type="checkbox"/>	301.7	F60.2

INSTRUÇÕES GERAIS

O M.I.N.I. (DSM IV) é uma entrevista diagnóstica padronizada, de aplicação rápida (em torno de 15 minutos), que explora os principais Transtornos Psiquiátricos do Eixo I do DSM IV (American Psychiatric Association, 1994). O M.I.N.I. pode ser utilizado por clínicos, após uma formação breve. Os entrevistadores não clínicos necessitam de uma formação mais intensiva.

• **Entrevista:**

Com o objetivo de reduzir o mais possível a duração da entrevista deve-se preparar o(a) entrevistado(a) para este enquadramento clínico pouco habitual, informando que lhe serão feitas perguntas precisas sobre os seus problemas psicológicos e que se espera dele(a) respostas “sim” ou “não”.

• **Apresentação:**

O MINI está dividido em **módulos** identificados por letras, cada um correspondendo a uma categoria diagnóstica.

- No início de cada um dos módulos diagnósticos (exceto o módulo “L” que explora os sintomas psicóticos), uma ou várias questões/filtros que correspondem aos critérios principais do Transtorno são apresentadas num quadro com fundo acinzentado.
- No final de cada módulo, um ou vários **quadros diagnósticos** permite(m) ao clínico indicar se os critérios de diagnóstico foram ou não preenchidos.

• **Convenções:**

As frases escritas em “letras minúsculas” devem ser lidas “palavra por palavra” para o(a) entrevistado(a) de modo a padronizar a exploração de cada um dos critérios diagnósticos.

As frases escritas em “MAIÚSCULAS” não devem ser lidas para o(a) entrevistado(a). São instruções às quais o clínico deve-se referenciar de modo a integrar os algoritmos diagnósticos ao longo de toda a entrevista.

As frases escritas em “negrito” indicam o período de tempo a explorar. O clínico deve lê-las tantas vezes quanto necessário, ao longo da exploração dos sintomas e só levar em conta aqueles presentes ao longo desse período.

As frases escritas entre (parêntesis) são exemplos clínicos que descrevem o sintoma avaliado. Podem ser lidos de modo a clarificar a questão.

Quando os termos são separados por uma barra (/) o clínico deve considerar apenas o termo que corresponde ao sintoma apresentado pelo(a) entrevistado(a) e que foi explorado anteriormente.

As respostas com uma seta sobreposta (➔) indicam que um dos critérios necessários ao estabelecimento do diagnóstico explorado não é preenchido. O clínico deve ir diretamente para o fim do módulo, cotar “**NÃO**” no(s) quadro(s) diagnóstico(s) correspondente(s) e passar ao módulo seguinte.

• **Instruções de cotação :**

Todas as perguntas feitas devem ser cotadas. A cotação faz-se à direita de cada uma das questões, envolvendo com um círculo a resposta correspondente do(a) entrevistado(a), seja “SIM” ou “NÃO”.

O clínico deve se assegurar que cada um dos termos formulados na questão foi, de fato, considerado pelo(a) entrevistado(a) na sua resposta (em particular, os critérios de duração, de frequência e as alternativas “e / ou”).

Não levar em conta os sintomas imputáveis a uma doença física, ou ao uso de medicamentos, droga ou álcool.

Se tem questões ou sugestões, se deseja ser treinado(a) na utilização do M.I.N.I. ou informado(a) das atualizações, pode contactar:

Yves LECRUBIER, M.D. / Thierry HERGUETA, M.S.
Inserm U302
Hôpital de la Salpêtrière
47, boulevard de l'Hôpital
F. 75651 PARIS
FRANCE

tel: +33 (0) 1 42 16 16 59
fax: +33 (0) 1 45 85 28 00
e-mail : hergueta@ext.inserm.fr

Patrícia AMORIM, M.D., PhD
Instituto HUMUS
Rua 89 nº 225 Setor Sul
74093-140 – Goiânia - Goiás
BRASIL

Tel: + 55 241 41 74
fax: + 55 241 41 74
e-mail: pat.amorim@terra.com.br

David V Sheehan, M.D., M.B.A.
University of South Florida
Institute for Research in Psychiatry
3515 East Fletcher Avenue
TAMPA, FL USA 33613-4788

ph: +1 813 974 4544
fax: +1 813 974 4575
e-mail :

dvsheehan@usf.edu

A. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

→ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEQUINTE

A1	Nas duas últimas semanas, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), durante a maior parte do dia, quase todos os dias?	NÃO	SIM	1
A2	Nas duas últimas semanas, quase todo tempo, teve o sentimento de não ter mais gosto por nada, de ter perdido o interesse e o prazer pelas coisas que lhe agradam habitualmente?	NÃO	SIM	2
	A1 OU A2 SÃO COTADAS SIM ?	→ NÃO	SIM	

A3	Durante as duas últimas semanas, quando se sentia deprimido(a) / sem interesse pela maioria das coisas:			
a	O seu apetite mudou de forma significativa, ou o seu peso aumentou ou diminuiu sem que o tenha desejado ? (variação de $\pm 5\%$ ao longo do mês, isto é, $\pm 3,5$ Kg, para uma pessoa de 65 Kg) COTAR SIM , SE RESPOSTA SIM NUM CASO OU NO OUTRO	NÃO	SIM	3
b	Teve problemas de sono quase todas as noites (dificuldade de pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)?	NÃO	SIM	4
c	Falou ou movimentou-se mais lentamente do que de costume ou pelo contrário, sentiu-se agitado(a) e incapaz de ficar sentado quieto(a), quase todos os dias?	NÃO	SIM	5
d	Sentiu-se a maior parte do tempo cansado(a), sem energia, quase todos os dias?	NÃO	SIM	6
e	Sentiu-se sem valor ou culpado(a), quase todos os dias?	NÃO	SIM	7
f	Teve dificuldade de concentrar-se ou de tomar decisões, quase todos os dias?	NÃO	SIM	8
g	Teve, por várias vezes, pensamentos ruins como, por exemplo, pensar que seria melhor estar morto(a) ou pensar em fazer mal a si mesmo(a) ?	NÃO	SIM	9

A4 **HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM A3 ?**
(ou 4 se A1 **OU** A2 = "NÃO")

NÃO	SIM *
EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL	

SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL:

A5a	Ao longo da sua vida, teve outros períodos de 2 semanas ou mais, em que se sentiu deprimido (a) ou sem interesse pela maioria das coisas e durante os quais teve os problemas dos quais falamos [SINTOMAS EXPLORADOS DE A3a à A3g]?	→ NÃO	SIM	10
b	Entre esses períodos de depressão que apresentou ao longo de sua vida, alguma vez teve um intervalo de pelo menos 2 meses em que não apresentou nenhum problema de depressão ou de perda de interesse ?	NÃO	SIM	11

A5b É COTADA SIM ?

NÃO	SIM
EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR RECORRENTE	

* SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR, COTAR AS QUESTÕES CORRESPONDENTES (A6d, A6e) NA PÁGINA 5

A'. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR COM CARACTERÍSTICAS MELANCÓLICAS (opcional)

→ SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSENLAR **NÃO** EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEQUINTE.

SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL (A4 = **SIM**), EXPLORAR O SEQUINTE:

A6 a	A2 É COTADA SIM ?	NÃO	SIM	12
b	Durante este último período de depressão, quando sentiu-se pior, perdeu a capacidade de reagir às coisas que antes lhe agradavam ou o (a) alegravam?	NÃO	SIM	13
	SE NÃO : Quando acontecia alguma coisa agradável, era incapaz de sentir-se melhor, mesmo temporariamente?			
	A6a <u>OU</u> A6b SÃO COTADAS SIM ?	→ NÃO	SIM	

Durante as duas últimas semanas, quando se sentia deprimido (a) e sem interesse pela maioria das coisas:

A7 a	Os sentimentos depressivos que tinha eram diferentes daqueles que se pode sentir quando se perde uma pessoa querida?	NÃO	SIM	14
b	Quase todos os dias, sentia-se, em geral, pior pela manhã ?	NÃO	SIM	15
c	Acordava pelo menos duas horas mais cedo do que o habitual, e tinha dificuldade para voltar a dormir, quase todos os dias?	NÃO	SIM	16
d	A3c É COTADA SIM (ALTERAÇÕES PSICOMOTORAS)?	NÃO	SIM	17
e	A3a É COTADA SIM (ALTERAÇÕES DO APETITE / DO PESO)?	NÃO	SIM	18
f	Sentia-se excessivamente culpado(a) ou sentia uma culpa exagerada em relação à situação que vivia?	NÃO	SIM	19

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM A7 ?

NÃO	SIM
EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR com Características Melancólicas ATUAL	

B. TRANSTORNO DISTÍMICO

→ SIGNIFICA - IR DIRETAMENTE AOS(QUADROS) DIAGNÓSTICOS, ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEQUINTE

NÃO EXPLORAR ESTE MÓDULO SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL.

B1	Durante os últimos 2 anos, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), a maior parte do tempo ?	→ NÃO	SIM	20
B2	Ao longo desse período, sentiu-se bem durante 2 meses ou mais ?	NÃO	→ SIM	21
B3	Desde que se sente deprimido(a) a maior parte do tempo:			
a	O seu apetite mudou de forma significativa ?	NÃO	SIM	22
b	Tem problemas de sono ou dorme demais ?	NÃO	SIM	23
c	Sente-se cansado ou sem energia ?	NÃO	SIM	24
d	Perdeu a auto-confiança ?	NÃO	SIM	25
e	Tem dificuldade de concentrar-se ou de tomar decisões ?	NÃO	SIM	26
f	Sente-se sem esperança ?	NÃO	SIM	27
	HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS "SIM" EM B3?	→ NÃO	SIM	
B4	Esses problemas causam - lhe um sofrimento importante ou perturbam de maneira significativa seu trabalho, suas relações sociais, ou outras áreas importantes ?	→ NÃO	SIM	28

B4 É COTADA SIM?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DISTÍMICO ATUAL	

C. RISCO DE SUICÍDIO

Durante o último mês:				Pontos
C1	Pensou que seria melhor estar morto (a) ou desejou estar morto (a) ?	NÃO	SIM	1
C2	Quis fazer mal a si mesmo (a) ?	NÃO	SIM	2
C3	Pensou em suicídio ?	NÃO	SIM	6
C4	Pensou numa maneira de se suicidar ?	NÃO	SIM	10
C5	Tentou o suicídio ?	NÃO	SIM	10

Ao longo da sua vida:

C6	Já fez alguma tentativa de suicídio ?	NÃO	SIM	4
----	---------------------------------------	-----	-----	---

HÁ PELO MENOS UM "SIM" DE C1 À C6 ?

SE SIM, SOMAR O NÚMERO TOTAL DE PONTOS DAS QUESTÕES COTADAS SIM DE C1 - C6 E ESPECIFICAR O RISCO DE SUICÍDIO ATUAL COMO SE SEGUE:

NÃO	SIM
RISCO DE SUICÍDIO ATUAL	
1-5 pontos	Baixo <input type="checkbox"/>
6-9 pontos	Moderado <input type="checkbox"/>
≥ 10 pontos	Alto <input type="checkbox"/>

D. EPISÓDIO (HIPO)MANÍACO

→ SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR **NÃO** EM CADA LÍNEA E PASSAR AO MÓDULO SEQUENTE.

D1 a	Alguma vez teve um período em que se sentia tão eufórico(a) ou cheio(a) de energia que isso lhe causou problemas, ou em que as pessoas à sua volta pensaram que não estava no seu estado habitual? (NÃO CONSIDERAR PERÍODOS QUE OCORREM APENAS SOB O EFEITO DE DROGAS OU ALCÓOL)	NÃO	SIM	1
	SE O(A) ENTREVISTADO(A) NÃO COMPREENDE O SIGNIFICADO DE "EUFÓRICO" OU "CHEIO DE ENERGIA", EXPLICAR DA SEGUINTE MANEIRA: Por eufórico ou cheio de energia, quero dizer estar excessivamente ativo(a), excitado(a), ter menos necessidade de dormir, ter pensamentos rápidos, estar cheio(a) de idéias ou extremamente motivado(a) ou criativo(a) ou extremamente impulsivo(a).	NÃO	SIM	2
	SE D1a = SIM:			
b	Sente-se, atualmente, eufórico (a) ou cheio (a) de energia?			
D2 a	Alguma vez teve um período em que, por vários dias, estava tão irritável que insultava as pessoas, gritava ou chegava até a brigar com quem não era de sua família? Você mesmo ou alguém achou que você estava mais irritável ou hiperativo(a), comparado(a) a outras pessoas, mesmo em situações em que isso lhe parecia justificável? (NÃO CONSIDERAR OS PERÍODOS QUE OCORREM APENAS SOB O EFEITO DE DROGAS OU ALCÓOL)	NÃO	SIM	3
	SE D2a = SIM:			
b	Sente-se, continuamente irritável atualmente?	NÃO	SIM	4
	D1a OU D2a SÃO COTADAS "SIM" ?	→ NÃO	SIM	
D3	SE D1b OU D2b = "SIM": EXPLORAR O EPISÓDIO ATUAL SE D1b E D2b = "NÃO" : EXPLORAR O EPISÓDIO MAIS GRAVE			
	Quando se sentiu mais eufórico(a), cheio(a) de energia ou mais irritável :			
a	Tinha a sensação que podia fazer coisas que os outros seriam incapazes de fazer ou que você era alguém especialmente importante?	NÃO	SIM	5
b	Tinha menos necessidade de dormir do que costume (por ex., sentia-se repousado(a) com apenas poucas horas de sono) ?	NÃO	SIM	6
c	Falava sem parar ou tão rapidamente que as pessoas não conseguiam compreendê-lo(a) ?	NÃO	SIM	7
d	Os pensamentos corriam tão rapidamente na sua cabeça que não conseguia acompanhá-los ?	NÃO	SIM	8
e	Distraía-se com tanta facilidade que a menor interrupção o fazia perder o fio daquilo que estava fazendo ou pensando ?	NÃO	SIM	9
f	Estava tão ativo(a) e agitado(a) que as outras pessoas se preocupavam por sua causa ?	NÃO	SIM	10
g	Desejava tanto fazer coisas que lhe pareciam agradáveis ou tentadoras que não pensava nos riscos ou nos problemas que isso poderia causar (gastar demais, dirigir de forma imprudente, ter uma atividade sexual pouco habitual para você...)?	NÃO	SIM	11

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM D3
OU 4 SE D1a = "NÃO" (EPISÓDIO PASSADO) OU D1b = "NÃO" (EPISÓDIO ATUAL)?

→
NÃO SIM

- D4 Esses problemas dos quais acabamos de falar já duraram pelo menos uma semana E
lhe
causaram dificuldades em casa, no trabalho / na escola ou nas suas relações sociais NÃO SIM 12
OU você foi hospitalizado(a) por causa desses problemas?

COTAR SIM, SE SIM NUM CASO OU NO OUTRO

D4 É COTADA "NÃO" ?

SE SIM, ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO

NÃO	SIM
EPISÓDIO HIPOMANIACO	
Atual	<input type="checkbox"/>
Passado	<input type="checkbox"/>

D4 É COTADA "SIM" ?

SE SIM, ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO

NÃO	SIM
EPISÓDIO MANÍACO	
Atual	<input type="checkbox"/>
Passado	<input type="checkbox"/>

E. TRANSTORNO DE PÂNICO

→ SIGNIFICA IR DIRETAMENTE PARA E5, ASSEALAR NÃO E PASSAR AO MÓDULO SEQUINTE

E1	a	Alguma vez teve episódios repetidos durante os quais se sentiu subitamente muito ansioso(a), muito desconfortável ou assustado(a), mesmo em situações em que a maioria das pessoas não se sentiria assim ?	→ NÃO	SIM	1
	b	SE SIM. Estes episódios de ansiedade atingiam sua intensidade máxima em menos de 10 minutos?	→ NÃO	SIM	2
E2		Alguns desses episódios de ansiedade, mesmo há muito tempo, foram imprevisíveis ou ocorreram sem que nada os provocasse/ sem motivo ?	→ NÃO	SIM	3
E3		Após um ou vários desses episódios, já houve um período de pelo menos um mês durante o qual teve medo de ter outros episódios ou estava preocupado(a) com as suas possíveis consequências ?	NÃO	SIM	4
E4		Durante o episódio em que se sentiu pior :			
	a	Teve palpitações ou o seu coração bateu muito rápido ?	NÃO	SIM	5
	b	Transpirou ou ficou com as mãos úmidas ?	NÃO	SIM	6
	c	Teve tremores ou contrações musculares ?	NÃO	SIM	7
	d	Teve dificuldade para respirar ou sentiu-se abafado(a) ?	NÃO	SIM	8
	e	Teve a impressão de sufocar ou de ter um nó na garganta ?	NÃO	SIM	9
	f	Sentiu dor ou aperto ou desconforto no peito ?	NÃO	SIM	10
	g	Teve náuseas, problemas de estômago ou diarreia repentina ?	NÃO	SIM	11
	h	Sentiu-se tonto(a), com vertigens ou ao ponto de desmaiar ?	NÃO	SIM	12
	i	Teve a impressão que as coisas à sua volta eram estranhas ou irrealis ou sentiu-se como que desligado (a) do todo ou de uma parte do seu corpo ?	NÃO	SIM	13
	j	Teve medo de enlouquecer ou de perder o controle ?	NÃO	SIM	14
	k	Teve medo de morrer ?	NÃO	SIM	15
	l	Teve dormências ou formigamentos no corpo ?	NÃO	SIM	16
	m	Teve ondas de frio ou de calor ?	NÃO	SIM	17
E5		E3 = SIM E HÁ PELO MENOS 4 RESPOSTAS "SIM" EM E4 ?	NÃO	SIM	
			<i>Transtorno de Pânico Vida inteira</i>		
E6		SE E5 = "NÃO", HÁ PELO MENOS UMA RESPOSTA "SIM" EM E4 ?	NÃO	SIM	
		SE E6 = "SIM", PASSAR A F1.	<i>Ataques Pobres em Sintomas Vida inteira</i>		
E7		Durante o último mês, teve pelo menos 2 desses episódios de ansiedade, seguidos de um medo constante de ter outro episódio ?	NÃO	SIM	18
			<i>Transtorno de Pânico Atual</i>		

F. AGORAFOBIA

F1 Sente-se particularmente ansioso(a) ou desconfortável em lugares ou em situações das quais é difícil ou embaraçoso escapar ou, ainda, em que é difícil ter ajuda como estar numa multidão, esperando numa fila, longe de casa ou sozinho (a) em casa, atravessando uma ponte, dentro de um ônibus, de um carro ou de um avião? NÃO SIM 19

SE F1 = "NÃO", COTAR "NÃO" EM F2.

F2 Tem tanto medo dessas situações que na prática, evita-as, sente um intenso mal-estar quando as enfrenta ou procura estar acompanhado(a) ao ter que enfrentá-las ? NÃO SIM 20
Agorafobia Atual

F2 (Agorafobia Atual) É COTADA "NÃO"
e
E7 (Transtorno de Pânico Atual) É COTADA "SIM" ?

NÃO SIM
*TRANSTORNO DE
PÂNICO sem Agorafobia
ATUAL*

F2 (Agorafobia Atual) É COTADA "SIM"
e
E7 (Transtorno de Pânico Atual) É COTADA "SIM" ?

NÃO SIM
*TRANSTORNO DE
PÂNICO com Agorafobia
ATUAL*

F2 (Agorafobia Atual) É COTADA "SIM"
e
E5 (Transtorno de Pânico Vida Inteira) É COTADA "NÃO" ?

NÃO SIM
*AGORAFOBIA
sem história de
Transtorno de Pânico
ATUAL*

G. FOBIA SOCIAL (*Transtorno de Ansiedade Social*)

→ SIGNIFICA IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S) ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEQUENTE

G1	Durante o último mês, teve medo ou sentiu-se incomodado(a) por estar no centro das atenções, teve medo de ser humilhado(a) em algumas situações sociais; por exemplo, quando devia falar diante de um grupo de pessoas, ou comer com outras pessoas ou em locais públicos, ou escrever quando alguém estava olhando ?	→ NÃO	SIM	1
G2	Acha que esse medo é excessivo ou injustificado ?	→ NÃO	SIM	2
G3	Tem tanto medo dessas situações sociais que, na prática, as evita ou sente um intenso mal-estar quando as enfrenta ?	→ NÃO	SIM	3
G4	Esse medo causa-lhe um sofrimento importante ou perturba de forma significativa seu trabalho ou suas relações sociais?	NÃO	SIM	4

G4 É COTADA "SIM" ?

NÃO	SIM
FOBIA SOCIAL <i>(Transtorno de Ansiedade Social)</i> ATUAL	

II. TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO

→ SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

H1 Durante o último mês, teve, com frequência, pensamentos/idéias ou impulsos ou imagens desagradáveis, inapropriados ou angustiantes que voltavam repetidamente à sua mente, mesmo não querendo? (por exemplo, a idéia de que estava sujo(a) ou que tinha micróbios ou medo de contaminar os outros ou de agredir alguém mesmo contra a sua vontade ou de agir impulsivamente ou medo ou superstição de ser responsável por coisas ruins ou ainda de ser invadido por idéias/ imagens sexuais ou religiosas repetitivas, dúvidas incontroláveis ou uma necessidade de colecionar ou ordenar as coisas?)

NÃO SIM
→ passar a H4 1

NÃO LEVAR EM CONSIDERAÇÃO PREOCUPAÇÕES EXCESSIVAS COM PROBLEMAS REAIS DA VIDA COTIDIANA, NEM AS OBSESSÕES LIGADAS À PERTURBAÇÃO DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR, DESVIOS SEXUAIS, JOGO PATOLÓGICO, ABUSO DE DROGAS OU ÁLCOOL, PORQUE O(A) ENTREVISTADO(A) PODE TER PRAZER COM ESSAS EXPERIÊNCIAS E DESEJAR RESISTIR A ELAS APENAS POR SUAS CONSEQÜÊNCIAS NEGATIVAS.

H2 Tentou, mas não conseguiu resistir a algumas dessas idéias, ignorá-las ou livrar-se delas ?

NÃO SIM
→ passar a H4 2

H3 Acha que essas idéias são produto de seus próprios pensamentos e que não lhe são impostas do exterior ?

NÃO SIM 3
obsessões

H4 Durante o último mês, teve, com frequência, a necessidade de fazer certas coisas sem parar, sem poder impedir-se de fazê-las, como lavar as mãos muitas vezes, contar ou verificar as coisas sem parar, arrumá-las, colecioná-las ou fazer rituais religiosos?

NÃO SIM 4
compulsões

H3 OU H4 SÃO COTADAS "SIM" ?

→
NÃO SIM

H5 Pensa que essas idéias invasivas e/ou comportamentos repetitivos são irracionais, absurdos(as) ou exagerados(as) ?

→
NÃO SIM 5

H6 Essas idéias invasivas e/ou comportamentos repetitivos perturbam de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas, suas relações sociais ou tomam mais de uma hora por dia do seu tempo ?

NÃO SIM 6

H6 É COTADA "SIM" ?

NÃO SIM
**TRANSTORNO
OBSESSIVO-COMPULSIVO
ATUAL**

L. TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO (opcional)

→ SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AOS(CADROS) DIAGNÓSTICOS, ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEQUENTE.

- | | | | | |
|----|--|----------|-----|----|
| 11 | Alguma vez viveu ou presenciou ou teve que enfrentar um acontecimento extremamente traumático, no decorrer do qual morreram pessoas, ou você mesmo e/ou outros foram ameaçados de morte ou foram gravemente feridos ou atingidos na sua integridade física?
EXEMPLOS DE CONTEXTOS TRAUMÁTICOS: ACIDENTE GRAVE, AGRESSÃO, ESTUPRO, ASSALTO A MÃO ARMADA, SEQUESTRO, RAPTO, INCÊNDIO, DESCOBERTA DE CADÁVER, MORTE SÚBITA NO MEIO EM QUE VIVE, GUERRA, CATÁSTROFE NATURAL,... | →
NÃO | SIM | 1 |
| 12 | Durante o último mês, pensou freqüentemente nesse acontecimento de forma penosa ou sonhou com ele ou freqüentemente teve a impressão de revivê-lo? | →
NÃO | SIM | 2 |
| 13 | Durante o último mês: | | | |
| a | Tentou não pensar nesse acontecimento ou evitou tudo o que pudesse fazê-lo(a) lembrar-se dele? | NÃO | SIM | 3 |
| b | Teve dificuldades de lembrar-se exatamente do que se passou? | NÃO | SIM | 4 |
| c | Perdeu o interesse pelas coisas das quais gostava antes? | NÃO | SIM | 5 |
| d | Sentiu-se desligado(a) de tudo ou teve a impressão de se ter tornado um(a) estranho(a) em relação aos outros? | NÃO | SIM | 6 |
| e | Teve dificuldade de sentir as coisas, como se não fosse mais capaz de amar? | NÃO | SIM | 7 |
| f | Teve a impressão de que a sua vida não seria nunca mais a mesma, ou que morreria mais cedo do que as outras pessoas? | NÃO | SIM | 8 |
| | HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM 13 ? | →
NÃO | SIM | |
| 14 | Durante o último mês: | | | |
| a | Teve dificuldade de dormir ? | NÃO | SIM | 9 |
| b | Estava particularmente irritável, teve explosões de raiva facilmente? | NÃO | SIM | 10 |
| c | Teve dificuldades de se concentrar ? | NÃO | SIM | 11 |
| d | Estava nervoso(a), constantemente alerta? | NÃO | SIM | 12 |
| e | Ficava sobressaltado(a) por quase nada? | NÃO | SIM | 13 |
| | HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS "SIM" EM 14 ? | →
NÃO | SIM | |
| 15 | Durante o último mês, esses problemas perturbaram de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas ou suas relações sociais? | NÃO | SIM | 14 |

15 É COTADA SIM?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO ATUAL	

J. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE ÁLCOOL

→ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR **NÃO** EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEQUINTE

J1	Nos últimos 12 meses, em três ou mais ocasiões você bebeu pelo menos cinco latas de cerveja ou uma garrafa de vinho ou três doses de uma bebida alcoólica forte (pinga, caipirinha, conhaque, vodka, whisky...), num período de três horas ?	→ NÃO	SIM	1
J2	Nos últimos 12 meses:			
a	Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de álcool para obter o mesmo efeito ?	NÃO	SIM	2
b	Quando bebia menos, as suas mãos tremiam, transpirava ou sentia-se agitado (a) ? Alguma vez bebeu uma dose para evitar esses problemas ou evitar uma ressaca? COTAR "SIM", SE RESPOSTA "SIM" NUM CASO OU NO OUTRO	NÃO	SIM	3
c	Quando começava a beber, com frequência bebia mais do que pretendia ?	NÃO	SIM	4
d	Tentou, mas não conseguiu diminuir seu consumo de álcool ou parar de beber ?	NÃO	SIM	5
e	Nos dias em que bebia, passava muito tempo procurando bebida, bebendo ou se recuperando dos efeitos do álcool ?	NÃO	SIM	6
f	Reduziu suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os amigos ou a família por causa da bebida ?	NÃO	SIM	7
g	Continuou a beber mesmo sabendo que isso lhe causava problemas de saúde ou problemas psicológicos?	NÃO	SIM	8

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM J2 ?

NÃO	SIM
DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL ATUAL	

J3	Durante os últimos 12 meses:			
a	Ficou embriagado ou de "ressaca" várias vezes, quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na escola) ou em casa ? Isso lhe causou problemas? COTAR "SIM" SOMENTE SE A EMBRIAGUEZ / RESSACA CAUSOU PROBLEMAS	NÃO	SIM	9
b	Por várias vezes esteve sob o efeito do álcool em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir, utilizar uma máquina ou um instrumento perigoso... ?	NÃO	SIM	10
c	Por várias vezes teve problemas legais como uma interpelação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha bebido?	NÃO	SIM	11
d	Continuou a beber mesmo sabendo que a bebida lhe causava problemas com seus familiares ou com outras pessoas ?	NÃO	SIM	12

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM J2 ?

NÃO	SIM
ABUSO DE ÁLCOOL ATUAL	

K. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE SUBSTÂNCIAS (NÃO ALCOÓLICAS)

→ SIGNIFICA: SE DIRETAMENTE AOS(QUADROS) DIAGNÓSTICOS, ASSINALAR NÃO EM CADA CINE PASSAR AO MÓDULO SEQUINTE

- K1 Agora, vou lhe mostrar / ler (MOSTRAR A LISTA DAS SUBSTÂNCIAS / LER A LISTA ABAIXO) uma lista de drogas e de medicamentos e gostaria que me dissesse se, durante os últimos 12 meses, usou várias vezes uma destas substâncias para se sentir melhor, para mudar o seu estado de humor ou para ficar "de cabeça feita / chapado(a)"? →
NÃO SIM

ENVOLVER COM UM CÍRCULO CADA SUBSTÂNCIA CONSUMIDA

ESTIMULANTES: anfetaminas, "bolinha", "rebite", ritalina, pilulas anorexígenas ou tira-fome.

COCAÍNA: "coca", pó, "neve", "branquinha", pasta de coca, merla, crack, pedra

OPIACEOS: heroína, morfina, pó de ópio (Tintura de ópio®, Elixir Paregórico®, Elixir de Dover®), codeína (Belacodid®, Belpar®, Pambenyl®), meperidina (Dolantina®, Demerol®), propoxifeno (Algafan®, Doloxene A®), fentanil (Inoval®)

ALUCINOXÊNEOS: L.S.D., "ácido", mescalina, PCP, êxtase (MDMA), cogumelos, "vegetal" (Ayhuaska, daime, hoasca), Artane®.

SOLVENTES VOLÁTEIS: "cola", éter, "lança perfume", "cheirinho", "loló"

CANABINÓIDES: cannabis, "erva", maconha, "baseado", hashish, THC, bangh, ganja, diamba, marijuana, marihuana

SEDATIVOS: Valium®, Diazepam®, Dienpax®, Somalium®, Frisium®, Psicosedin®, Lexotan®, Lorax®, Halcion®, Frontal®, Rohypnol®, Urbanil®, Sonebon®, barbitúricos

DIVERSOS: Anabolisantes, esteróides, remédio para dormir ou para cortar o apetite sem prescrição médica.

Toma outras substâncias?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S) MAIS CONSUMIDA(S): _____

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S) A SER(EM) EXPLORADA(S) SEGUNDO OS CRITÉRIOS ABAIXO INDICADOS:

- SE HA CONSUMO DE VÁRIAS SUBSTÂNCIAS (AO MESMO TEMPO OU SEQUENCIALMENTE):
 - CADA SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) SEPARADAMENTE
 - SOMENTE A SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) MAIS CONSUMIDA
- SE HÁ CONSUMO DE UMA SÓ SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS):
 - SOMENTE UMA SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS)

K2 Considerando o seu consumo de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], durante os últimos 12 meses:

- a Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] para obter o mesmo efeito? NÃO SIM 1
- b Quando usava menos ou parava de consumir [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], tinha problemas como dores, tremores, febre, fraqueza, diarreia, náuseas, suores, aceleração do coração, dificuldade de dormir ou sentir-se agitado(a), ansioso (a), irritável ou deprimido (a)?
Ou você tomava qualquer outra coisa para evitar esses problemas ou para se sentir melhor? NÃO SIM 2

COTAR "SIM", SE RESPOSTA "SIM" NUM CASO OU NO OUTRO

- c Quando começava a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], frequentemente consumia mais do que pretendia ? NÃO SIM 3
- d Tentou, sem conseguir, diminuir ou parar de usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA]? NÃO SIM 4
- e Nos dias em que usava [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], passava mais de 2 horas tentando conseguir a(s) droga(s), se drogando, ou se recuperando dos efeitos do(a) [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], ou ainda pensando nessas drogas ? NÃO SIM 5
- f Reduziu as suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os amigos ou a família por causa da(s) droga(s) ? NÃO SIM 6
- g Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] mesmo sabendo que esta(s) lhe causava(m) problemas de saúde ou problemas psicológicos? NÃO SIM 7

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM K2 ?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S):

NÃO	→ SIM
<i>DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIA(S) ATUAL</i>	

K3 Durante os últimos 12 meses:

- a Por várias vezes ficou intoxicado ou "de cabeça feita / chapado(a)" com [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na escola) ou em casa ? Isso lhe causou problemas? NÃO SIM 8
COTAR "SIM" SOMENTE SE A INTONICAÇÃO CAUSOU PROBLEMAS
- b Por várias vezes esteve sob o efeito de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir, utilizar uma máquina ou um instrumento perigoso, etc.? NÃO SIM 9
- c Por várias vezes teve problemas legais como uma interpelação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha usado [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA]? NÃO SIM 10
- d Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] mesmo sabendo que esta(s) droga(s) lhe causava(m) problemas com os seus familiares ou com outras pessoas ? NÃO SIM 11

HÁ PELO MENOS 1 "SIM" EM K3 ?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S):

NÃO	SIM
<i>ABUSO DE SUBSTÂNCIA(S) ATUAL</i>	

L. SÍNDROME PSICÓTICA

PARA TODAS AS QUESTÕES DESTE MÓDULO, PEDIR UM EXEMPLO EM CASO DE RESPOSTA POSITIVA.

SÓ COTAR **SIM** SE OS EXEMPLOS MOSTRAM CLARAMENTE UMA DISTORÇÃO DO PENSAMENTO E / OU DA PERCEPÇÃO OU SE SÃO CULTURALMENTE INAPROPRIADOS OU DISTOANTES

AVALAR SE OS SINTOMAS DESCRITOS APRESENTAM OU NÃO CARACTERÍSTICAS "BIZARRAS" E COTAR A ALTERNATIVA APROPRIADA.

DELÍRIOS BIZARROS : SÃO AQUELES CUJO CONTEÚDO É MANIFESTAMENTE ABSURDO, IMPLAUSÍVEL, INCOMPREENSÍVEL E QUE NÃO PODE ESTAR BASEADO EM EXPERIÊNCIAS HABITUAIS DA VIDA.

ALUCINAÇÕES BIZARRAS: VOZES QUE COMENTAM OS PENSAMENTOS OU OS ATOS DO(A) ENTREVISTADO(A) OU DUAS OU MAIS VOZES QUE CONVERSAM ENTRE SI.

		<u>BIZARRO</u>			
Agora vou fazer-lhe algumas perguntas sobre experiências pouco comuns ou estranhas que algumas pessoas podem ter.					
L1a	Alguma vez acreditou que alguém o(a) espionava ou estava conspirando contra você ou tentando lhe fazer mal ?	NÃO	SIM	SIM	1
b	SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	NÃO	SIM	SIM →L6a	2
L2a	Alguma vez acreditou que alguém podia ler ou ouvir os seus pensamentos ou que você podia ler ou ouvir os pensamentos de outra (s) pessoa (s) ?	NÃO		SIM	3
b	SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	NÃO		SIM →L6a	4
L3a	Alguma vez acreditou que alguém ou alguma força exterior colocava, dentro da sua cabeça, pensamentos estranhos que não eram os seus ou o(a) fazia agir de uma maneira diferente do seu jeito habitual ? Alguma vez acreditou que estava possuído(a) ?	NÃO	SIM	SIM	5
b	SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	NÃO	SIM	SIM →L6a	6
L4a	Alguma vez acreditou que estava recebendo mensagens especiais através da televisão, do rádio ou do jornal ou teve a impressão de que alguém que não conhecia pessoalmente estava particularmente interessado em você?	NÃO	SIM	SIM	7
b	SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	NÃO	SIM	SIM →L6a	8
L5a	Alguma vez teve idéias que os seus familiares ou amigos achavam estranhas ou fora da realidade e que eles não compartilhavam com você ? COTAR " SIM " APENAS SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA CLARAMENTE IDÉIAS DELIRANTES HIPOCONDRIACAS OU DE POSSESSÃO, DE CULPA, DE RUÍNA, DE GRANDEZA OU OUTRAS NÃO EXPLORADAS PELAS QUESTÕES DE L1 A L4	NÃO	SIM	SIM	9
b	SE SIM : Atualmente eles acham suas idéias estranhas ?	NÃO	SIM	SIM	10
L6a	Alguma vez ouviu coisas que outras pessoas não podiam ouvir, como, por exemplo, vozes? COTAR " SIM " "BIZARRO" UNICAMENTE SE O(A) ENTREVISTADO(A) RESPONDE SIM À QUESTÃO: Estas vozes comentavam os seus pensamentos ou atos ou ouvia duas ou mais vozes falando entre elas?	NÃO	SIM		11
b	SE SIM : Ouviu essas coisas/ vozes no último mês?	NÃO	SIM	SIM →L8a	12

M. ANOREXIA NERVOSA

→ SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR **NÃO** EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

M1a	Qual é a sua altura ?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm			
b	Nos últimos 3 meses, qual foi seu peso mais baixo ?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg			
c	O PESO DO(A) ENTREVISTADO(A) É INFERIOR AO LIMITE CRÍTICO INDICADO PARA A SUA ALTURA ? (Ver TABELA DE CORRESPONDÊNCIA ABAIXO)	→ NÃO	SIM		1
Durante os últimos 3 meses:					
M2	Tentou não engordar, embora pesasse pouco ?	→ NÃO	SIM		2
M3	Teve medo de ganhar peso ou de engordar demais, mesmo estando abaixo do seu peso normal ?	→ NÃO	SIM		3
M4a	Achou que era muito gordo(a) ou pensou que uma parte do seu corpo era muito gorda ?	NÃO	SIM		4
b	Sua opinião sobre si mesmo(a) ou a sua auto-estima foram muito influenciadas pelo seu peso ou por suas formas corporais ?	NÃO	SIM		5
c	Achou que o seu peso era normal ou até excessivo ?	NÃO	SIM		6
M5	HÁ PELO MENOS 1 "SIM" EM M4 ?	→ NÃO	SIM		
M6	APENAS PARA AS MULHERES: Nos últimos três meses sua menstruação não veio quando normalmente deveria ter vindo (na ausência de uma gravidez) ?	→ NÃO	SIM		7

PARA AS MULHERES: M5 E M6 SÃO COTADAS "SIM" ?
PARA OS HOMENS: M5 É COTADA "SIM" ?

NÃO	SIM
ANOREXIA NERVOSA ATUAL	

TABELA DE CORRESPONDÊNCIA ALTURA - LIMITE CRÍTICO DE PESO (SEM SAPATOS, SEM ROUPA)

Mulheres altura/ peso															
cm	145	147	150	152	155	158	160	163	165	168	170	173	175	178	
kgs	38	39	39	40	41	42	43	44	45	46	47	49	50	51	
Homens altura/ peso															
cm	155	156	160	163	165	168	170	173	175	178	180	183	185	188	191
kgs	47	48	49	50	51	51	52	53	54	55	56	57	58	59	61

Os limites de peso acima correspondem a uma redução de 15% em relação ao peso normal, segundo o gênero, como requerido pelo DSM-IV. Essa tabela reflete pesos 15% menores que o limite inferior do intervalo da distribuição normal da Tabela de Peso da Metropolitan Life Insurance.

N. BULIMIA NERVOSA

→ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

N1	Nos últimos 3 meses, teve crises de "comer descontroladamente" durante as quais ingeriu quantidades enormes de alimentos num espaço de tempo limitado, isto é, em menos de 2 horas?	→ NÃO	SIM	8
N2	Durante os últimos 3 meses, teve crises de "comer descontroladamente" pelo menos duas vezes por semana ?	→ NÃO	SIM	9
N3	Durante essas crises de "comer descontroladamente" tem a impressão de não poder parar de comer ou de não poder limitar a quantidade de alimento que come ?	→ NÃO	SIM	10
N4	Para evitar engordar depois das crises de "comer descontroladamente", faz coisas como provocar o vômito, dietas rigorosas, praticar exercícios físicos importantes, tomar laxantes, diuréticos ou medicamentos para tirar a fome ?	→ NÃO	SIM	11
N5	Sua opinião sobre si mesmo(a) ou a sua auto-estima são muito influenciadas pelo seu peso ou pelas suas formas corporais ?	→ NÃO	SIM	12
N6	O (A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UMA ANOREXIA NERVOSA (MÓDULO "M")?	NÃO ↓ passar a N8	SIM	13
N7	Estas crises de "comer descontroladamente" ocorrem sempre que o seu peso é inferior a ____ Kg* ?	NÃO	SIM	14

* RETOMAR O PESO CRÍTICO DO(A) ENTREVISTADO(A) EM FUNÇÃO DA SUA ALTURA E SEXO. NA TABELA DO MÓDULO "M" (ANOREXIA NERVOSA)

N8 N5 É COTADA "SIM" E N7 COTADA "NÃO" (OU NÃO COTADA)?

NÃO	SIM
<i>BULIMIA NERVOSA ATUAL</i>	

N7 É COTADA "SIM" ?

NÃO	SIM
<i>ANOREXIA NERVOSA tipo Compulsão Periódica / Purgativa ATUAL</i>	

O. TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA

→ SIGNIFICA IR DIRETAMENTE À(S) QUAL(ES) SÍMPTOMATO(S) ASSINALAR NÃO EM CADA CASO E PASSAR AO SÍMPTOMO SEGUINTE

O1	a	Durante os últimos 6 meses, sentiu-se excessivamente preocupado (a), inquieto (a), ansioso (a) com relação a vários problemas da vida cotidiana (trabalho / escola, casa, familiares / amigos), ou teve a impressão ou lhe disseram que se preocupava demais com tudo ?	→ NÃO	SIM	1
	b	Teve essas preocupações quase todos os dias?	→ NÃO	SIM	2
		A ANSIEDADE DESCRITA É RESTRITA EXCLUSIVAMENTE A, OU MELHOR EXPLICADA POR QUALQUER OUTRO TRANSTORNO JÁ EXPLORADO ATE AQUI ? [POR EX. MEDO DE TER UM ATAQUE DE PÂNICO (TRANSTORNO DE PÂNICO), DE SER HUMILHADO EM PÚBLICO (FOBIA SOCIAL), DE SER CONTAMINADO (TOC), DE GANHAR PESO (ANOREXIA NERVOSA), ETC]	→ NÃO	SIM	3
O2		Tem dificuldade em controlar essas preocupações (/ essa ansiedade) ou ela (s) o(a) impedem) de se concentrar no que tem que fazer?	→ NÃO	SIM	4
		DE O3 A O3f COTAR "NÃO" SE OS SINTOMAS OCORREM EXCLUSIVAMENTE NO CONTEXTO DE QUALQUER OUTRO TRANSTORNO JÁ EXPLORADO ANTERIORMENTE			
O3		Nos últimos seis meses, quando se sentia excessivamente preocupado(a), inquieto(a), ansioso(a), quase todo o tempo:			
	a	Sentia - se agitado(a), tenso(a), com os nervos a flor da pele?	NÃO	SIM	4
	b	Tinha os músculos tensos?	NÃO	SIM	5
	c	Sentia-se cansado (a), fraco(a) ou facilmente exausto(a) ?	NÃO	SIM	6
	d	Tinha dificuldade de se concentrar ou tinha esquecimentos / "brancos" ?	NÃO	SIM	7
	e	Sentia-se particularmente irritável ?	NÃO	SIM	8
	f	Tinha problemas de sono (dificuldade de pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)?	NÃO	SIM	9

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM O3?

NÃO SIM

**TRANSTORNO DE
ANSIEDADE
GENERALIZADA ATUAL**

P. TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL (opcional)

→ SIGNIFICA IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR **NÃO** EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEQUINTE

P1 Antes dos 15 anos:

- | | | | | |
|---|--|-----|-----|---|
| a | Freqüentemente faltou à escola ou passou a noite fora de casa ? | NÃO | SIM | 1 |
| b | Freqüentemente mentiu, passou a perna/ enganou os outros ou roubou ? | NÃO | SIM | 2 |
| c | Provocou, ameaçou ou intimidou os outros ? | NÃO | SIM | 3 |
| d | Destruiu ou incendiou coisas de propósito ? | NÃO | SIM | 4 |
| e | Fez sofrer animais ou pessoas de propósito? | NÃO | SIM | 5 |
| f | Forçou alguém a ter relações sexuais com você? | NÃO | SIM | 6 |

HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS "SIM" EM P1?

→
NÃO SIM

NÃO COTAR "SIM" NAS QUESTÕES ABAIXO SE OS COMPORTAMENTOS DESCRITOS ACONTECEM UNICAMENTE EM CONTEXTOS POLÍTICOS OU RELIGIOSOS ESPECÍFICOS.

P2 Depois dos 15 anos:

- | | | | | |
|---|---|-----|-----|----|
| a | Freqüentemente teve comportamentos que os outros achavam irresponsáveis, como não pagar as dívidas, agir impulsivamente ou não querer trabalhar para se sustentar ? | NÃO | SIM | 7 |
| b | Fez coisas ilegais (mesmo que não tenha sido preso/a), como destruir a propriedade alheia, roubar, vender droga ou cometer um crime? | NÃO | SIM | 8 |
| c | Freqüentemente foi violento(a) fisicamente, inclusive com seu(sua) companheiro (a) ou seus filhos ? | NÃO | SIM | 9 |
| d | Freqüentemente mentiu, passou a perna ou enganou os outros para obter dinheiro ou prazer ou mentiu apenas para se divertir ? | NÃO | SIM | 10 |
| e | Expôs pessoas a perigos sem se preocupar com elas? | NÃO | SIM | 11 |
| f | Não sentiu nenhuma culpa depois de ter mentido, ferido, maltratado ou roubado alguém, ou destruído a propriedade alheia? | NÃO | SIM | 12 |

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM P2 ?

NÃO SIM

**TRANSTORNO DA
PERSONALIDADE
ANTI-SOCIAL
VIDA INTEIRA**

REFERÊNCIAS

Lecrubier Y, Sheehan D, Weiller E, Amorim P, Bonora I, Sheehan K, Janavs J, Dunbar G. The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.), a short diagnostic interview: Reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry*, 1997; 12: 232-241.

Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett Sheehan K, Janavs J, Weiller E, Keskiner A, Schinka J, Knapp E, Sheehan MF, Dunbar GC. Reliability and validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) according to the SCID-P. *European Psychiatry*, 1997; 12: 232-241.

Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett Sheehan K, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar G. The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1998; 59 [suppl 20]: 22-33.

Amorim P, Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Sheehan D. DSM-III-R Psychotic disorders: procedural validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.). Concordance and causes for discordance with the CIDI. *European Psychiatry*, 1998; 13: 26-34.

Traduções	M.I.N.I. 4.4 e versões anteriores	M.I.N.I. 4.6/5.0, M.I.N.I. Plus 4.6/5.0, M.I.N.I. Screen 5.0:
Afrikaans	R. Emsley	
Alemão	I. van Denßer, M. Ackenheil, R. Dietz-Bauer	G. Stotz, R. Dietz-Bauer, M. Ackenheil
Árabe		O. Osman, E. Al-Radi
Basco		Em preparação
Bengali		H. Banerjee, A. Banerjee
Búlgaro		I.G. Hranov
Catalão		Em preparação
Checo		P. Zvolsky
Chinês		L. Carroll, K-d Juang
Croata		Em preparação
Dinamarquês	P. Bech	P. Bech, T. Scütze
Esloveno	M. Kocmur	M. Kocmur
Espanhol	L. Ferrando, J. Bobes-García, J. Gilbert-Rahola, Y. Lecrubier	L. Ferrando, L. Franco-Alfonso, M. Soto, J. Bobes-García, O. Soto, L. Franco, G. Heinze
Estoniano	J. Shlik, A. Aluoja, E. Kihl	
Farsi/Persa		K. Khooshabi, A. Zomorodi
Finlandês	M. Heikkinen, M. Lijeström, O. Tuominen	M. Heikkinen, M. Lijeström, O. Tuominen
Francês	Y. Lecrubier, E. Weiller, P. Amorim, L. Bonora, J.P. Lepine	Y. Lecrubier, E. Weiller, P. Amorim, T. Hergueta
Grego	S. Beratis	T. Calligas, S. Beratis
Gujarati		M. Patel, B. Patel
Hebreu	J. Zohar, Y. Sasson	R. Barda, I. Levinson
Hindi		C. Mittal, K. Batra, S. Gambhir
Holandês/Flamenco	I. Van Vliet, H. Leroy, H. van Megen	E. Griez, K. Shruers, T. Overbeek, K. Demyttenaere
Húngaro	I. Bitter, J. Balazs	I. Bitter, J. Balazs
Inglês	D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K. Harnett-Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan	D. Sheehan, R. Baker, J. Janavs, K. Harnett-Sheehan, M. Sheehan
Islandês		J.G. Stefansson
Italiano	L. Bonora, L. Conti, M. Piccinelli, M. Tansella, G. Cassano, Y. Lecrubier, P. Donda, E. Weiller	L. Conti, A. Rossi, P. Donda
Japonês		T. Otsubo, H. Watanabe, H. Miyaoka, K. Karujima, J. Shinoda, K. Tanaka, Y. Okajima
Letão	V. Janavs, J. Janavs, I. Nagobads	V. Janavs, J. Janavs
Norueguês	G. Pedersen, S. Blomhoff	K.A. Leiknes, U. Malt, E. Malt, S. Leganger
Polaco	M. Masiak, E. Jasiak	M. Masiak, E. Jasiak
Português	P. Amorim	P. Amorim, T. Guterres, P. Levy
Português - Brasil	P. Amorim	P. Amorim
Punjabi		A. Gahunia, S. Gambhir
Romeno		O. Driga
Russo		A. Bystitsky, E. Selivra, M. Bystitsky
Sérvio	I. Timotijevic	I. Timotijevic
Setswana		K. Ketlogetswe
Sueco	M. Waern, S. Andersch, M. Humble	C. Allgulander, M. Waern, A. Brimse, M. Humble, H. Agren
Turco	T. Örnek, A. Keskiner, I. Vahip	T. Örnek, A. Keskiner
Urdu		A. Taj, S. Gambhir

O desenvolvimento e a validação do M.I.N.I. foram possíveis graças, em parte, a fundos cedidos pelos laboratórios SmithKline Beecham e pela Comissão Europeia.

Os autores agradecem a Dra Pauline Powers por suas contribuições nos módulos Anorexia e Bulimia Nervosa.

LISTA DE SUBSTÂNCIAS

ANFETAMINA	ÊXTASE	MORFINA
BRANQUINHA	ERVA	ÓPIO
CANNABIS	ÉTER	DAIME
BASEADO	GASOLINA	PÓ
COCAÍNA	HASHISH	RITALINA
CODEÍNA	HEROÍNA	COGUMELO
COLA	L.S.D.	VEGETAL
CRACK	MARIJUANA	REBITE
MACONHA	CHEIRINHO	LOLÓ
MERLA	BOLINHA	MESCALINA
ARTANE	ESTERÓIDES	PÍLULAS TIRA-FOME
CALMANTES	DOLANTINA	ALGAFAN
AYHUASCA	PEDRA	TARJA PRETA
ANABOLISANTES	LANÇA	REMÉDIO PARA DORMIR

ANEXO VI – Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital da Restauração, Recife-PE (CEP/HR).

 **CEP/HR**
Comitê de Ética em Pesquisa
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Av. Agamenon Magalhães, s/n
5º andar, Derby, Recife-PE
CEP 52020-000 - Telefax: (81) 3421-5694

PARECER

Após avaliação no projeto de pesquisa intitulado: **TENTATIVA DE SUICÍDIO EM USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS LÍCITAS E ILÍCITAS: UM ESTUDO COMPARATIVO NUMA POPULAÇÃO HOSPITALAR PÚBLICA DO RECIFE**, o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital da Restauração em reunião datada de 28/04/08 emite parecer **favorável** para início da pesquisa.

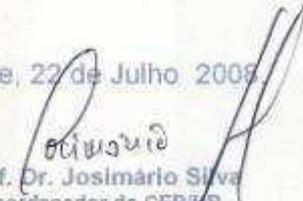
CAAE nº 0033.0.102.102-08

Esse parecer tem **CARÁTER TEMPORÁRIO**, portanto não poderá ser utilizado como documento de conclusão da pesquisa ficando o pesquisador informado das exigências do CEP-HR e ao final da pesquisa será emitido o parecer Final.

PESQUISADORA: MARIA CLÁUDIA DA CRUZ PIRES

ORIENTADOR : OTHON COELHO BASTOS FILHO

Recife, 22 de Julho 2008.


Prof. Dr. Josimário Silva
Coordenador do CEP/HR

ANEXO VII – Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CEP-CCS/UFPE)

Andamento do Projeto http://portal2.saude.gov.br/sisnep/pesquisador/extrato_projeto.cfm..

Andamento do projeto - CAAE - 0166.0.172.000-08

Título do Projeto de Pesquisa
Tentativa de Suicídio em Usuários de Substâncias Psicoativas Lícitas e Ilícitas: Um Estudo Comparativo numa população Hospitalar pública do Recife

Situação	Data Inicial no CEP	Data Final no CEP	Data Inicial na CONEP	Data Final na CONEP
Aprovado no CEP	23/05/2008 11:17:54	21/08/2008 09:27:00		

Descrição	Data	Documento	Nº do Doc	Origem
2 - Recebimento de Protocolo pelo CEP (Check-List)	23/05/2008 11:17:54	Folha de Rosto	0166.0.172.000-08	CEP
1 - Envio da Folha de Rosto pela Internet	06/05/2008 13:08:29	Folha de Rosto	FR191992	Pesquisador
3 - Protocolo Pendente no CEP	03/07/2008 14:42:34	Folha de Rosto	169/08	CEP
4 - Protocolo Aprovado no CEP	21/08/2008 09:27:00	Folha de Rosto	169/08	CEP

[Voltar](#)