



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

**ESTUDO SOBRE TENTATIVA DE SUICÍDIO POR ENVENENAMENTO NO
RECIFE-PE, BRASIL**

MARIA CLÁUDIA DA CRUZ PIRES

RECIFE – 2010

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

**ESTUDO SOBRE TENTATIVA DE SUICÍDIO POR ENVENENAMENTO NO
RECIFE-PE, BRASIL**

**Autora: Maria Cláudia da Cruz Pires
Orientador: Prof. Dr. Othon Coelho Bastos Filho
Co-orientador: Everton Botelho Sougey**

**Nível: Mestrado
Área de Concentração: Psiquiatria**

RECIFE – 2010

**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. Amaro Henrique Pessoa Lins

VICE-REITOR

Prof. Gilson Edmar Gonçalves e Silva

PRÓ-REITOR DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

Prof. Anísio Brasileiro de Freitas Dourado

DIRETOR DO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Prof. José Tadeu Pinheiro

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

Prof. Everton Botelho Sougey

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

Profa. Sandra Lopes

CORPO DOCENTE

Ângela Amâncio dos Santos
Belmira Lara da S. A. da Costa
Everton Botelho Sougey
Gilson Edmar Gonçalves e Silva
Hildo Rocha Cirne de Azevedo Filho
João Ricardo Mendes de Oliveira
Lúcio Vilar Rabelo Filho
Luiz Ataíde Júnior
Marcelo Moraes Valença
Maria Lúcia de Bustamante Simas
Maria Lúcia Gurgel da Costa
Murilo Costa Lima
Otávio Gomes Lins
Othon Coelho Bastos Filho
Patrícia Maria Albuquerque de Farias
Pompéia Villachan Lyra
Raul Manhães de Castro
Sandra Lopes de Souza
Silvia Regina de Arruda Moraes

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

**ESTUDO SOBRE TENTATIVA DE SUICÍDIO POR ENVENENAMENTO NO
RECIFE-PE, BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento na Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento na Área de Concentração de Psiquiatria.

MARIA CLÁUDIA DA CRUZ PIRES

Orientador: Prof. Dr. Othon Coelho Bastos Filho

Co-orientador: Prof. Dr. Everton Botelho Sougey

Recife – 2010

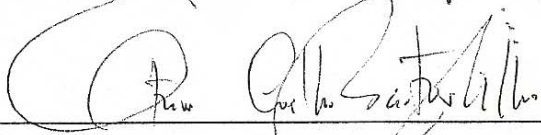
**RELATÓRIO DA BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO
DA MESTRANDA MARIA CLÁUDIA DA CRUZ PIRES**

No dia 13 de agosto de 2010, às 14h, no Auditório Murilo La Greca do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, os Professores: Luiz Alberto Bechelli Hetem Doutor Professor do Departamento de Neurologia, Psiquiatria e Psicologia Médica da Universidade de São Paulo; Murilo Duarte da Costa Lima, Doutor Professor do Departamento de Neuropsiquiatria da Universidade de 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 Mestranda MARIA CLÁUDIA DA CRUZ PIRES, sobre a sua Dissertação intitulada " UM ESTUDO SOBRE TENTATIVA DE SUICÍDIO POR ENVENENAMENTO EM RECIFE-PE, BRASIL" , orientada pelo Professor pelo Professor Othon Coelho Bastos Filho. Ao final da argüição de cada membro da Banca Examinadora e resposta da Mestranda, as seguintes menções foram publicamente fornecidas:

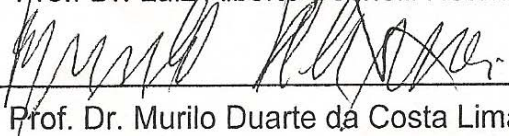
Prof. Dr. Luiz Alberto Bechelli Hetem

Prof. Dr. Murilo Duarte da Costa Lima

Prof. Dr. Othon Coelho Bastos Filho


Prof. Dr. Othon Coelho Bastos Filho
Presidente da Banca Examinadora


Prof. Dr. Luiz Alberto Bechelli Hetem


Prof. Dr. Murilo Duarte da Costa Lima

Ficha Catalográfica elaborada pelo Departamento de Biblioteconomia (UA)

Pires, Maria Cláudia da Cruz

**Estudo sobre tentativa de suicídio por
envenenamento no Recife – PE, Brasil / Maria Cláudia
da Cruz Pires. – Recife: O Autor, 2010.**

135 folhas: il., tab.

**Dissertação (mestrado) – Universidade Federal
de Pernambuco. CCS. Neuropsiquiatria e Ciências do
Comportamento, 2010.**

Inclui bibliografia, apênces e anexos.

**1. Suicídio. 2. Tentativas de envenenamento. 3.
Envenenamento. 4. Comportamentos suicidas.
I.Título.**

364.27

326.288 1

CDU (2.ed.)

CDD (20.ed.)

UFPE

CCS2010-152

“Como posso continuar vivendo se eu já sei
como vai ser o outro dia?”¹

¹Depoimento de um dos pacientes entrevistados, simbolizando uma homenagem a todos os que permitiram compartilhar deste momento difícil de suas vidas.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, exalto a sorte por estar viva, lúcida, permanecendo ao longo da vida motivada para aprender e também por acreditar que o futuro produzirá um mundo cada vez melhor.

Aos meus pais Claudino e Idalina que sempre me incentivaram e acreditaram em mim. Com seus exemplos de vida me estimulam na realização de novos sonhos e, principalmente, através de seus apoios inexoráveis, dando-me ânimo para a conclusão destes.

À minha filha Marcela Pires que consegue provocar-me “um motivo maior” ao dever da minha consciência, que é o de superar e de buscar sempre o melhor.

Ao professor Doutor Everton Botelho Sougey, companheiro, amigo, mentor e também co-orientador, não apenas por ter acreditado em mim, mas também pela paciência de ter me acompanhado no processo de redescobrimento da vida acadêmica e por permanecer me apoiando ao longo desse árduo período em que a minha dedicação esteve priorizada neste estudo.

Ao professor Doutor Othon Bastos por aceitar ser meu orientador, incentivando-me na pesquisa, abrindo espaço para uma visão acadêmica, e também por ter me emprestado uma disposição otimista e dinâmica. Foi a partir desse estímulo e dessa confiança que me senti cada vez mais motivada para melhorar o pensamento científico.

Às minhas queridas irmãs, Maria de Fátima da Cruz Pires (*in memoriam*), Maria Regina Rosa e Silva (irmã por afinidade), Maria Izabel Pires Coelho e Maria Idalina da Cruz Pires, amigas inseparáveis, sendo apoios certos nas horas incertas, tornando a vida mais leve e divertida.

Aos meus sobrinhos Daniel Pires Coelho, Rebeca Coelho, Rafael Pires Coelho, Carolina Victor, Raquel Pires Coelho, Maria Eduarda Pires Moreira, João Gabriel Pires Moreira, Lucas Claudino (o adorável sobrinho neto); aos meus enteados Amanda Sougey e Everton Filho que considero meus filhos de coração; à minha amiga Flávia Ferrário, que apenas por existirem me motivam a continuar aprendendo e me oferecem 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.

À professora de Estatística Doutora Cristina Raposo que foi incansável não só nos dados estatísticos, mas em esclarecimentos valiosos para a conclusão deste trabalho.

À equipe de trabalho representada pelas colegas Marília dos Santos e Laila Kurtinaitis, pela valiosa ajuda na coleta e pesquisa dos dados.

À colega Lucineide Amorim, coordenadora do Ceatox, pela sua receptividade, seus esclarecimentos, assim como de toda a sua equipe, incluindo a eficiente, incansável, prestativa e discreta Sra. Vilma Souza (secretária do setor), extensivo à equipe de enfermagem, tanto pelo acolhimento, mas principalmente pela presteza e apoio, por certo, sem o que não teria sido possível a execução da pesquisa.

A Sra. Solange Martins, pelo apoio e dedicada contibuição na Secretaria do Mestrado de Neuropsiquiatria, assim como a Sra Fátima Gomes e a jovem Dayne pela prestimosa ajuda operacional.

Ao Hospital da Restauração, no nome de seu diretor Doutor José Bezerra; e ao Comitê de Ética, que respondeu a nossa solicitação e disponibilizou o serviço para as pesquisas.

Aos meus professores e colegas que me acompanharam nas diversas disciplinas, pelo prazer da descoberta de novos conhecimento e amizades.

Pelo apoio extraordinário, um agradecimento adicional a Everton, Maria Idalina, Marcela e Flávia, os quais não mediram esforços, inclusive com noites amanhadas, neste duro período. A querida sobrinha Raquel Coelho pela participação na tradução para o inglês.

Obrigada aos examinadores: ao Dr. Othon Bastos, ao Dr. Luiz Alberto Hetem e ao Dr. Murilo Costa Lima, pelo aprendizado que me proporcionaram.

A Professora Tereza Pereira pela cuidadosa revisão do texto por ter resguardado a língua Portuguesa de alguns maus-tratos cometidos pela autora deste estudo.

Obrigada a todos os presentes e ausentes, em particular aos demais familiares, colaboradores como Lúcia Ma Lopes Vasconcelos, Pollyyanna Araújo Lima, Fabiana Ayres, Jorge Carolino de Souza, Fábria de Araújo, Joseane Josefa de Almeida, Geni Gonçalves da Silva, Abílio Souto Maior e outros amigos 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.

Igualmente, a todos os pacientes que se encontram sob meus cuidados profissionais, durante o período da elaboração deste estudo, pela compreensão por terem aceito alterar os horários de seus atendimentos, em função das atividades extras e imprevisíveis.

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS

ABREVIATURAS

LISTA DE TABELAS

RESUMO

ABSTRACT

1. INTRODUÇÃO	13
2. OBJETIVOS	16
2.1 Geral	16
2.2 Específicos	16
3. REVISÃO DA LITERATURA	17
3.1 Fontes bibliográficas	17
3.2 Conceito	17
3.3 Comportamentos suicidas	25
3.4 Epidemiologia	33
3.5 Fatores de risco	36
3.5.1 Fatores demográficos	37
3.5.2 Transtornos psiquiátricos	40
3.5.3 Indicadores biológicos	41
3.5.4 Histórico familiar	43
3.6 Toxicologia	43
3.6.1 Aspectos históricos	43
3.6.2 Conceitos gerais	46
3.6.3 Intoxicações, notificações e atendimentos	50
4. METODOLOGIA	56
4.1 Delineamento do estudo	56
4.2 Local	56
4.3 População e amostra	57
4.4 Critérios de inclusão	57
4.5 Critérios de exclusão	58
4.6 Instrumentos de avaliação	58
4.7 Procedimentos operacionais	58
4.8 Análise estatística	60
4.9 Considerações éticas	60

5. RESULTADOS	61
5.1 Perfil sociodemográfico dos pacientes.....	61
5.2 Transtornos psiquiátricos.....	62
5.3 Algumas variáveis (estressores) relacionadas/TSE	62
5.4 Principais agentes utilizados/TSE	65
5.5 Comparação por gênero	66
6. DISCUSSÃO	70
7. CONCLUSÕES E COMENTÁRIOS	81
7.1 Perfil sociodemográfico correlacionado com TSE	81
7.2 Presença de estressores	82
7.3 Presença de transtornos mentais	83
7.4 Principais agentes utilizados na TSE	84
7.5 Diferenças significativas por gênero	84
8. REFERÊNCIAS	86

Apêndices

Anexos

Abreviaturas

APA	– American Psychiatric Association (Diretrizes para o Tratamento de Transtornos Psiquiátricos Compêndio – 2006)
Anvisa	– Agência Nacional de Vigilância Sanitária
Ceatox	– Centro de Assistência Toxicológica em Funcionamento no HR
CCS	– Centro de Ciências da Saúde
CID-10	– Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento (Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas)
Dignitas	– Associação cujo lema “Viver com dignidade, morrer com dignidade,” situada em Zurique, na Suíça, fundada em 17 de maio de 1998, tem a finalidade de ajudar a morrer
DSM–TR	– Manual de Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, 4ª edição texto revisado
DSM–IV	– Manual de Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais
HR	– Hospital da Restauração – Recife, PE
MINI	– Mini International NeuroPsychiatric Interview
OMS	– Organização Mundial de Saúde
Renaciat	– Rede Nacional dos Centros de Informação Toxicológica
Sinitox	– Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas
TS	– Tentativa de Suicídio
TSA	– Tentativa de Suicídio Anterior
TSE	– Tentativa de Suicídio por Envenenamento

Lista das tabelas

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico dos pacientes estudados

Tabela 2 – Transtornos psiquiátricos dos pacientes estudados

Tabela 3 – Algumas variáveis (estressores) relacionadas/TSE

Tabela 4 – Principais agentes declarados/TSE

Tabela 5 – Quantidade de agentes utilizados/TSE

Tabela 6 – Comparação por gênero (algumas variáveis/estressores)

Tabela 7 – Comparação por gênero (principais transtornos psiquiátricos)

Tabela 8 – Comparação por gênero (principais tipos de agentes utilizados)

Apêndices

Apêndice I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para maiores de 18 anos (TCLE)

Apêndice II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para menores de 18 anos (TCLE)

Apêndice III – Formulário da pesquisa

Anexos

Anexo I – Citação dos sete Suicídios Bíblicos

Anexo II – Taxas de suicídio para cada 100 mil habitantes por país, ano e gênero, segundo o World Health Organization (WHO, 2009)

Anexo III – Descrição da razão padronizada de mortalidade Standardized Mortality Ratios (SMRs) – APA, 2006

Anexo IV – Casos de intoxicação humana por agentes tóxicos (óbitos), Ceatox-HR ano de 2009

Anexo V – Casos registrados de intoxicação humana por agente e circunstância no ano de 2009 – Ceatox

Anexo VI – MINI – Mini International Neuropsychiatric Interview – Brazilian version 5.0.0 – DSM IV

Anexo VII – Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital da Restauração (CEP/HR)

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

RESUMO

As tentativas e os suicídios têm se tornado um problema de saúde pública, sendo o autoenvenenamento um dos métodos mais utilizados de atentar contra a própria vida. Este estudo foi realizado em pacientes que tentaram suicídio por envenenamento (TSE) e foram atendidos na Restauração, o maior hospital público de Pernambuco. **Objetivo:** descrever o perfil sociodemográfico; identificar os principais agentes utilizados; apontar alguns estressores associados à TSE e analisar as diferenças de gênero. **Método:** o estudo quantitativo, descritivo, analítico, do tipo corte transversal, que avaliou 110 pacientes, com idades entre 14 e 78 anos, atendidos com TSE, no período de janeiro a agosto de 2009. Os instrumentos de avaliação utilizados foram a entrevista padronizada Mini International Neuropsychiatric Interview Brazilian, versão 5.0.0 (MINI), e formulário de entrevista especialmente desenvolvido para o estudo. **Resultados:** do total, 70% eram mulheres; idade média de 28,8 anos; 58,2% entre 14 e 28 anos; 63,6% encontravam-se sem convívio conjugal; 54,5% estavam desempregados; 85,5% sem profissão; 75,5% declararam-se dependentes de terceiros financeiramente; 67,3% admitiram ter uma crença religiosa; 98,2% com pelo menos um transtorno psiquiátrico. Dentre os estressores, 71,8% dos entrevistados atribuíram como “a causa” para cometer TSE os conflitos interpessoais (sendo 47,3% afetivos e 24,5% familiares do 1º grau); 80% relataram ideação suicida; 30,9%, TS anterior; 52,7% admitiram ter planejado o ato; 90,9% relataram doença mental na família; 62,7% alegaram fatos traumáticos ao longo da vida; 26,4%, abuso sexual e 17,3% ocorridos na infância; 61,8% declararam estar aliviados por não terem morrido. Em relação a outras variáveis, ressaltam-se 98,2% com um ou mais Transtornos Psiquiátricos; 71,8% falam do Transtorno Depressivo; 28,2% com uso nocivo de bebidas alcoólicas; 27,8% com TAG; 64,5% com comorbidade psiquiátricas; 90,9% com a doença mental na família, e 20% com tentativa de suicídio entre os familiares. Dos agentes declarados, 50,9% foram por ingestão de medicamentos; 45,5% agrotóxicos e 33,6% declararam estar sob efeito de bebidas alcoólicas no momento do envenenamento. Na comparação de gênero, a idade variou de DP=8,4 para os homens e DP=11,55 para as mulheres. As diferenças significativas foram: abuso sexual na infância, sendo 22,1% das mulheres e 6,1% dos homens; transtornos decorrentes de bebidas alcoólicas, 42,4% dos homens e 22,1% das mulheres. Admitiram estar sob efeito de bebidas alcoólicas 51,5% dos homens e 26% das mulheres. **Conclusões:** os resultados confirmaram outros estudos da literatura: idade média de 28,8 anos; quase três vezes mais mulheres; vida marcada por conflitos afetivo-familiares; precárias condições de autogestão (instrução deficiente, sem profissão, desemprego), por alto índice de transtornos mentais (destacando-se depressivos e alcoolismo) e suporte familiar e social precários. Restou evidente o impacto dos problemas presentes como fortes estressores. Esses dados apontam para a necessidade de planejamento de programas preventivos mais efetivos, em especial para a população mais vulnerável.

Palavras-chave: Suicídio; Tentativa de suicídio; Tentativa de suicídio por envenenamento; Comportamentos suicidas.

ABSTRACT

Attempted suicides and suicides have become a public health problem. Among the various ways of attempting against your own life, self-poisoning is one of the most widely used methods. This study was conducted in patients who attempted suicide by poisoning and were treated in the Restauração Hospital, the largest public hospital in the state of Pernambuco, northeastern Brazil. **Objectives:** To describe the social and bio-demographic profile of the population, identifying the main agents used, describe some stressors associated with Suicide Attempts by Poisoning (SAP) and analyze the differences between genders. **Method:** quantitative, descriptive, analytical and transversal study, which evaluated 110 patients aged between 14-78 years old, treated of SAP at the Adult Emergency Hospital in Recife, cited above, for the period of January to August 2009. The assessment instruments used were a standardized interview ("Mini" International Neuropsychiatry Interview Brazilian; version 5.0.0 (MINI) and an interview form, specially developed for the study. **Results:** the socio bio-demographic profile revealed: 70.0% female, mean age of 28.8 years, of which 58.2% were between 14 and 28, 63.6% were living together without marital, 54.5% were unemployed, 85.5% without occupation, 75.5% stated they were financially dependent on others, 67.3% admitted to have some religion, 98.2% had at least one psychiatric disorder. Among the stressors, 71.8% of respondents attributed as "alleged reasons" for committing SAP interpersonal conflicts (affective being 47.3% and 24.5% of first degree relatives), 80% reported suicidal ideation, 30.9% had prior history of TS, 52.7% admitted having planned the act, 90.9% reported mental illness in the family, 62.7% claimed traumatic events throughout life; 26.4%, sexual abuse in lifetime and 17.3% occurred in childhood, 61.8% stated that they were relieved not to have died. For other variables, it's conspicuous 98.2% with one or more Psychiatric (s) Disorder (s), 71.8% with depressive disorder, 28.2% because of harmful use of alcoholic beverages, 27.8% with Generalized Anxiety Disorders (GAD), 64.5% with psychiatric co morbidity, 90.9% with mental illness in the family, being 20.0% for attempted suicide among family members. Agents reported, 50.9% were due to ingestion of drugs (38.3% and 12.7% other psychiatric disorders), 45.5% pesticides/ and 33.6% reported being under influence of alcohol at the time of poisoning. When comparing gender, age ranged from SD = 8.4 for men and SD = 11.55 for women. Few significant differences were sexual harassment in childhood, 22.1% of women vs. 6.1% of men; disorders due to alcohol, and 42.4% to 22.1% of men and women being under the influence of alcohol, with 51.5% of men versus 26.0% of women. **Conclusions:** The results corresponded to other studies in the literature: mean age of 28.8 years, almost three times more women; life marked by emotional/family-related conflicts; precarious self-management (poor education, no profession, unemployment) or because high rates of mental disorders (with emphasis on depression and alcoholism) and poor family support. Remained evident the impact of these problems as major stressors. These data point to the need for more effective planning prevention programs, particularly for the most vulnerable population.

Keywords: Suicide; Attempted suicides; Suicide attempt by self-poisoning; Suicides behaviors.

1. INTRODUÇÃO

O comportamento suicida tem suscitado interesse em vasto espectro do conhecimento científico e literário. O tema é amplo, polêmico e vem produzindo grande diversidade de opiniões ao longo dos tempos.

Assim, há que se fazer a diferença entre grupos distintos, dentro de uma mesma população: o dos que cometem tentativas e o dos que se suicidam efetivamente. Ao mesmo tempo, instiga-nos a reflexão de como o conhecimento sobre essas diferenças poderia aprimorar diretrizes para a prevenção do suicídio.

Embora exaustivamente estudados, o suicídio e a tentativa de suicídio continuam provocando discussões em várias áreas do conhecimento, por se tratar de comportamentos humanos repletos de complexidade e, portanto, continuam necessárias revisões críticas da literatura e atualização científica.

Este estudo tenta resgatar a iniciativa original em nosso meio acadêmico (BASTOS, 1975, 1994, 2002) de revisar, atualizar, produzir dados da nossa realidade regional e contribuir para a produção de conhecimento sobre o tema. Nosso enfoque específico são as Tentativas de Suicídio (TS) que, segundo a OMS (2010), são comportamentos caracterizados por atos intencionais de autoagressão que não resultam em morte.

O perfil epidemiológico da TS tem características próprias quando comparado ao do suicídio (BASTOS, 1975; LICINIO, *et al* 2007). Estatísticas em diferentes países europeus confirmam TS de 10 a 40 vezes mais frequentes que o suicídio (SCHMIDTKE, *et al* 2001). Para cada suicídio consumado, podem ocorrer até 40 tentativas não concluídas e entre 30% e 50% dos suicídios consumados registra-se história de tentativas prévias, fazendo com que o risco de suicídio seja 100 vezes mais provável em quem cometeu TS e outras formas de autoagressão ao longo do ano, se comparado com a população geral que não apresentou esse comportamento. A maior incidência é em mulheres e, de um modo geral, ocorre num público jovem, abaixo de 35 anos (MELLO, *et al* 2007).

Mesmo se tratando de um tema amplamente estudado, ainda não existe um conhecimento consistente sobre os motivos para a autodestruição através da TS. Dificuldade ainda maior reside na escassez de informações científicas que possam identificar e classificar, dentre os sobreviventes do ato suicida, aqueles que estariam

no grupo considerado Padrão para Tentativa de Suicídio (CASSORLA e ESMEKE, 1994).

Inúmeros estudos registraram que as ocorrências estressantes, tais como desentendimento com pessoas significativas, término de uma relação afetiva, desemprego, perda de entes queridos, problemas legais ou no trabalho, acrescidas de outros fatores, alguns ainda não esclarecidos, podem, quando somadas a outras condições de risco, em especial às doenças mentais, em si ou nos familiares de primeiro grau, provocar um aumento na chance de se cometer o suicídio ou TS. Assim, vivências de desamparo ou de perda, em qualquer condição humana, podem ser consideradas propiciadoras ou facilitadoras da TS (BOTEGA, *et al* 2010).

Na TS, os meios mais utilizados são as autointoxicações, em especial por agentes químicos, principalmente aqueles que fazem parte do cotidiano da vida (BERTOLOTE, 2010). 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 ato (SOUGEY, 1998). Mesmo subnotificados, os medicamentos e os agrotóxicos (pesticidas) lideram a incidência de intoxicações, conforme dados colhidos do Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (Sintox), www.fiocruz.br/sintox.

Os estudos atuais sobre Tentativa de Suicídio por Envenenamento (TSE) são instigantes, e podem servir como um alerta, e até como orientação para aqueles que necessitam manusear pesticidas. O manejo de inseticidas é um problema de importante magnitude, interferindo de forma significativa na saúde global. Desta forma, a Organização Mundial de Saúde (OMS), através de seus departamentos, procura interferir nas políticas e nos programas sobre segurança na utilização de substâncias químicas, combatendo a omissão das políticas de saúde pública com relação às normas de comercialização dos pesticidas em todo o planeta (EDDLESTON, *et al* 2008).

Nosso propósito, inicialmente, era estudar TSE apenas em usuários de substâncias psicoativas. Percebendo, contudo, a amplitude do problema, decidimos estender a pesquisa para a população geral, por considerarmos mais relevante obter uma visão mais alargada do conhecimento sobre o problema. A partir da obtenção desses dados, foi possível descrever o perfil sociodemográfico, além de identificar algumas variáveis associadas a esse comportamento. Assim, após revisar a

literatura e visualizar o cenário atual do problema em seus aspectos históricos, conceituais e epidemiológicos, incluímos algumas informações sobre Toxicologia correlacionadas ao envenenamento, descrevemos o método do estudo e a produção dos resultados conforme as normas do método científico. A discussão é concisa, mas segue acompanhada de importantes contribuições da literatura nacional e internacional sobre o tema.

Destacamos, finalmente, os aspectos mais relevantes da amostra estudada no que tange aos dados demográficos, aos principais agentes utilizados na TSE e à descrição de eventos estressantes e/ou variáveis que podem influenciar no risco desse comportamento. Em acréscimo, comparamos os principais dados colhidos, entre os gêneros, o que proporcionou a obtenção de informações suplementares e originais para que futuramente possamos prosseguir e ampliar o conhecimento sobre o tema.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

- Descrever as características sociobiodemográficas da amostra de pacientes atendidos após TSE em emergência de hospital público.

2.2 Específicos

- Identificar transtornos psiquiátricos;
- Detectar a presença de estressores entre os pacientes;
- Descrever os principais agentes usados na TSE;
- Averiguar as diferenças entre gêneros.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Fontes bibliográficas

As fontes bibliográficas que embasam esta pesquisa estão focadas nos comportamentos suicidas em suas diversas configurações. Dessa forma, o material pesquisado estendeu-se a outros campos do saber; com o objetivo de maior compreensão dos estudos acadêmicos na área psiquiátrica. Essas publicações não ficaram restritas a livros, periódicos, artigos, teses e dissertações acadêmicas, mas também incluíram contribuições literárias, filosóficas e sociológicas, além de artigos publicados em outros veículos, como revistas e jornais que constituíram importantes meios para maior compreensão e esclarecimento do tema.

Realizamos uma investigação na biblioteca virtual em saúde Bireme, <http://decs.bvs.br>, que forneceu descritores para a busca no portal Periódico Capes em bancos de dados eletrônicos, tais como MesSH do Medline/Pubmed, LILacs, BioMed Central, SciELO e Medline. Foram selecionados os artigos que forneceram resultados sobre tentativa de suicídio e contemplaram amplo espectro de estudos clínicos sobre o tema.

3.2 Conceitos

O termo *suicidium* foi criado a partir do pronome reflexivo *sui* (se), ao qual foi acrescido do verbo *caedere* (matar). Os primeiros registros como vocábulo surgiram no século XVII, na Inglaterra, na obra *Religio Médici* do inglês Sir. Thomas Browne, publicada em 1643. Também apareceu em 1656, no tratado *Theologia moralis fundamentalis* do teólogo Caramuel. Na sequência, foi reconhecido pela língua francesa, através da Académie, quando apareceu como verbete do famoso *Dictionnaire* em 1762 e a partir daí traduzido para as principais línguas européias (PUENTE, 2008).

Com a “suicidologia”, neologismo criado por Shneidman; Farberow (1957), surge um dos temas mais empolgantes e extensos da Psiquiatria, sendo impossível dominar, mesmo em seus aspectos parciais, a vastíssima bibliografia existente. Mesmo sendo os psiquiatras aqueles que lidam com o problema do ponto de vista

médico, seu estudo transcende o campo da atenção médica. Os primeiros estudiosos foram Esquirol (1834), Halbwachs, Achile-Delmas e tantos outros.

No final do século XIX, Durkheim lança o clássico do suicídio baseado na ciência do comportamento social do homem já descrito, neste estudo, anteriormente. Em abril de 1910, em Viena, membros do círculo psicanalítico, dentre eles Freud, Shekel, Sanger, Adler e outros, motivados pelo suicídio entre os universitários, reuniram-se em simpósio sobre o tema, resultando, porém, em poucas contribuições (BASTOS, 1994).

Anos depois, Freud (1969) escreve três artigos sobre o tema: Luto e Melancolia (1917), Além do Princípio do Prazer (1920) e O Ego e o ID (1923). A partir dos anos de 1950, a suicidologia surge como subespecialidade psiquiátrica, com os trabalhos de Stengel; Shneidman; Farberow; Menninger; Resnik; (RINGEL, 1961).

De acordo com Shneidman e Farberow (1955), suicídio é definido como um ato humano de cessação da vida, autoinfringido e autointencional, enfatizando ser o objetivo principal muito mais a morte do que a produção de lesões, automutilações ou condutas prejudiciais ao indivíduo.

Para Stengel (1964), a tentativa de suicídio abrange quaisquer atos não fatais de dano autoinfligido, com intenção autodestrutiva ainda que seja vaga e ambígua. No estudo do suicídio, costumam-se considerar as tentativas, os atos consumados, os equivalentes ou condutas parassuicidas e ainda os suicídios ditos Normais (oblativos) e os Patológicos propriamente ditos. Supomos, portanto, formas não patológicas de suicídio, ditadas por motivos éticos, filosóficos, religiosos ou morais, cujos exemplos clássicos seriam O Sacrifício e o Martírio que demonstrariam, segundo alguns autores, o triunfo dos elementos construtivos sobre os destrutivos da personalidade, ao lado de condutas autodestrutivas denominadas Patológicas, que se verificariam entre os doentes mentais.

Devemos a Menninger a descrição minuciosa e rica das modalidades variantes do comportamento suicida, os equivalentes, condutas parassuicidas (suicídio dissimulado, mascarado e escondido) (KREITMAN, 1977). Este ainda classificou o suicídio em Formas Crônicas, como ocorre na dependência de substâncias, e Focais, em que a autodestrutividade é limitada a uma parte do corpo,

como ocorrem nas automutilações, na simulação de doenças ou ferimentos e nos acidentes propositais – conhecidos como Síndrome de Münchausen.

Merecem destaque as profissões de alto risco e esportes radicais, tais como: pilotos automotivos, alpinistas, lutadores de ringue (vale-tudo,...), trapezistas, entre outros. Os pacientes que negligenciam os tratamentos e as prescrições higiênico-dietéticas e medicamentosas, bem como os voluntários que se submetem a experimentos com produtos perigosos e desconhecidos se enquadrariam melhor sob a marca de subintenção, fazendo com que uma morte natural não seja completamente natural, assim como pode ocorrer em alguns acidentes ou homicídios, em que a vítima é a maior provocadora do ato fatal (BASTOS, 1975).

O suicídio é considerado um ato deliberado, iniciado e levado a cabo por uma pessoa com pleno conhecimento ou expectativa de um resultado fatal. A definição de tentativa de suicídio, todavia, não é tão clara como a do suicídio, pois é um termo abrangente que envolve comportamentos diversos com intenção autodestrutiva, ainda que vaga e ambígua (WHO, 2010).

Pela vastidão do tema, extensa se fez a nomenclatura. E assim, o suicídio foi, e é denominado também de “morte voluntária de si própria,” “homicídio de si mesmo,” “ato suicida,” “autocídio,” dentre outros sinônimos (BASTOS, 1975).

Independentemente das várias conceituações e denominações, há um constructo que permeia o tema: o suicídio conta sempre com dois elementos constitutivos: o primeiro de caráter subjetivo, que é o desejo de morrer; e o segundo de caráter objetivo, que é a morte (BASTOS, 1975).

Entre especialistas, se discute se o suicídio é um ato exclusivo do comportamento humano. Há registros em que outros animais manifestam comportamento análogo. É o caso de cães que se deixam morrer após a morte de seu dono, ou em situações adversas ao seu instinto, ou como ocorre com os elefantes, que ao envelhecer ficam privados de seu comportamento normal, passam a se recolher e definham até a morte. Meerloo descreve “marchas migratórias fatais, em Lemming (uma espécie de roedor) que, em períodos de superpopulação e subnutrição, partem em migração letal, que se encerra mediante afogamento no mar” (apud RENISK, 1968). Portanto, o suicídio entre os animais poderia ocorrer a partir de restrições ambientais e não pelo desejo de morrer (JONES, *et al* 1978).

O gesto suicida é, sobretudo, próprio do ser humano, visto que é o único animal que em vida revela comportamentos especiais em relação à sua própria morte e aos mortos (BRION e EY, 1968). “Não há nada mais especificamente humano do que o suicídio, visto que apenas o ser humano é capaz de refletir sobre a sua própria existência e de tomar a decisão de prolongá-la ou de dar-lhe fim.” Quanto ao suicídio em animais, “não passa de um mito sem comprovação,” argumenta Jean Baechler no seu livro sobre *Les Suicides* (BAECHLER, 1975).

A natureza humana contém o suicídio, assim como a vida contém a morte (EY, 1950), sendo esta, a própria contradição, em que a vida se confunde com o *devenir*, integrando o “ser e o nada.” Em Freud, no seu artigo O Ego e o Id, o suicídio origina-se de certos fatores intrínsecos da condição humana (1969). E em sua diversidade dialética, a autodestrutividade encontra-se impregnada de hostilidade heterodirigida.

Considera-se o suicídio um fenômeno universal e permanente, com registros históricos desse comportamento em todas as épocas e nas mais diferentes civilizações (BASTOS, 1975).

A palavra suicídio em sua essência abriga os diversos aspectos, tais como: iniciação do ato que deflagrou a morte; ato em si que levou à morte; desejo ou a intenção de autodestruição; perda da vontade de viver; motivação para estar morto e a compreensão de que seu ato conduzirá à morte (DOUGLAS, 1967).

Apesar da aparente facilidade de distinção entre suicídio e tentativa de suicídio, a complexidade de um e de outro conceito permite inúmeras subclassificações. Alguns autores chegam a distinguir as tentativas de suicídio entre si, tomando por base, por exemplo, a gravidade do meio, lugar e momento escolhidos.

Sougey diferencia as ideias e atos suicidas inautênticos daqueles considerados autênticos. As *ideias de suicídio inautênticas* são caracterizadas quando o paciente fala da morte, sem, todavia, encarar o suicídio. Pensa que sua vida não vale mais a pena ser vivida, que ele preferiria estar morto. No mais das vezes, as ideias de suicídio exprimem um apelo, uma forma de chamar atenção (efeito manipulativo). Neste caso, o observador tem a impressão de uma discordância entre o que é expresso e o desejo real de suicídio.

Nas ideias suicidas autênticas, o suicídio apresenta-se ao paciente como a única saída. Esta ideia se impõe e pode se acompanhar de rumações sobre o modo de executá-la. O paciente, invariavelmente, é reticente em expressá-las. O observador tem a impressão de um verdadeiro risco de suicídio. *Os atos suicidas inautênticos* ocorrem quando a tentativa de suicídio não põe em perigo a vida do paciente, em virtude dos meios utilizados, do lugar ou do momento escolhido. *Já nos atos suicidas autênticos*, existe a intenção e a passagem ao ato, realizando-se a autodestruição (SOUGEY, 1986).

De modo semelhante, alguns pesquisadores estudam e diferenciam o fenômeno, tomando por base a intencionalidade do indivíduo, que pode ser observada em vários níveis: ideação suicida, ameaça suicida, gesto suicida, tentativa de suicídio e suicídio exitoso, num possível contínuo de gravidade (BERTOLOTE e FLISHMANN, 2002).

Existem classificações que tomam por base a intencionalidade e a consciência das consequências dos atos, as quais excluem os suicídios inconscientes, os suicídios de indivíduos com perturbações mentais (delirantes, alucinações) e os de crianças que não têm consciência da irreversibilidade da morte e que só irá alcançá-la por volta dos 10 a 12 anos. Ainda que raros, existem registros de suicídios na faixa de 5 a 14 anos (CASSORLA & SMEKE, 1994).

Ainda em relação aos conceitos, a Associação Americana de Psiquiatria (APA, 2006) apresenta as seguintes definições:

- Suicídio: morte autoprovocada, com evidências implícitas ou explícitas de que a pessoa tinha a intenção de morrer;
- Tentativa de suicídio: comportamento autolesivo com consequências não-fatais, acompanhado de evidências explícitas ou implícitas de que a pessoa tinha a intenção de morrer;
- Tentativa de suicídio abortada: comportamento potencialmente autolesivo com evidências explícitas ou implícitas de que a pessoa tinha a intenção de morrer, mas interrompeu a tentativa antes da ocorrência de danos físicos;
- Ideação suicida: pensamento recorrente sobre a própria morte. A ideação suicida pode variar em grau de intenção suicida;

- Intenção suicida: desejo e expectativa subjetiva de que um ato autodestrutivo resulte em morte;
- Letalidade do comportamento suicida: ameaça objetiva à vida associada à ação ou ao método de suicídio. Deve-se notar que a letalidade difere e pode nem sempre corresponder à expectativa do indivíduo do que seja perigoso em termos médicos;
- Danos autoprovocados deliberados: realização proposital de atos dolorosos, destrutivos ou lesivos a si mesmo sem a intenção de morrer.

Importante destacar sobreposições entre os termos suicídio e tentativa de suicídio, fazendo com que alguns estudiosos considerem como suicídio tanto os atos que, de fato, desencadearam a morte de quem a desejou, quanto os que restarem frustrados, ou seja, os que não levaram à morte supostamente almejada (APA, 2006).

Imitação ou Contágio é conhecido como um fenômeno no comportamento suicida, sendo observado particularmente em jovens (CORRÊA e BARRERO, 2006), e Aglomerado de Suicídio, evento descrito quando ocorre em comunidades, ou subgrupos culturais, com forte identidade cultural (TATZ, 2004).

Quanto aos significados da Ideação Suicida, de acordo com o *Manual de diagnóstico diferencial* (DSM-IV-TR™, 2002), na avaliação da propensão ao suicídio é importante determinar a presença dos pensamentos suicidas atuais, tais como: planos, presença do impulso, presença de sintomas psicóticos, pensamentos de morte e diversos comportamentos suicidas (tentativas anteriores). Se o paciente com comportamento suicida tiver um transtorno de humor do tipo Episódio Depressivo Maior associado com outro transtorno, o risco de suicídio aumenta dramaticamente (LICINIO, *et al* 2007).

A ideação ou o comportamento suicida pode ser simulado quando a motivação visa algum ganho óbvio, como, por exemplo, transferência da prisão para um hospital, internação hospitalar, entre outros. Em indivíduos que desenvolvem ideação ou comportamento suicida em resposta a estressores psicossociais, é atribuído o diagnóstico de Transtorno de Ajustamento, na ausência de outros sintomas (APA, 2006).

O DSM-IV-TR™ admite, mesmo com controvérsias, que vivências de circunstâncias extremas (por ex, uma doença terminal intratável), o desejo de se matar não representa necessariamente um transtorno mental.

No plano médico, cabe à psiquiatria o tratamento e a prevenção dos que tentam suicídio. Poucas ocorrências são tão perturbadoras quanto o suicídio de um paciente que esteve sob os seus cuidados. Um suicídio exitoso é o reconhecimento de que “suas técnicas aplicadas no tratamento” falharam, ou a constatação das limitações inerentes ao ser humano. Os médicos, em especial os psiquiatras e os psicólogos, são os mais procurados para o atendimento das pessoas com tentativas de suicídio e esses devem se munir de todos os esforços para preveni-lo.

Quando algum paciente resolve se matar, porém, medidas como a restrição física, observação cuidadosa ou a agudeza clínica não deterão um paciente verdadeiramente decidido, com alta intencionalidade de desejo de terminar com sua vida (APA, 2006). Contudo, as evidências clínicas desvendam que o ato de TS pode ser, em muitas situações, revelador de sua desesperança e desespero ao meio ambiente. Enfim, uma mensagem desesperada de um pedido de ajuda (WERLANG, BOTEGA, e col 2004).

Segundo Bastos, o psiquiatra seria aquele que tem em seu ofício maior proximidade ao lidar com a morte autoprovocada e, portanto, vivenciaria junto ao paciente as situações que propiciam os pensamentos autodestrutivos. Não obstante, considera o suicídio um assunto tão complexo que não deveria ser alvo favorecido por ações exclusivas dos psiquiatras. Ressalta que a morte ainda seja assunto proibido e por isso justificaria a escassez de estudos sistematizados sobre atitudes para como lidar com a morte, tanto por parte do paciente, como por parte dos profissionais (BASTOS, 1975, 2002).

Ao longo do tempo, a sociedade vem mudando sua percepção em relação ao suicídio. Ao invés de condená-lo, tenta compreendê-lo, coincidentemente, no momento em que se começa a discutir o tratamento dos doentes mentais. A primeira teoria psiquiátrica para explicar o suicídio veio de Esquirol, discípulo de Philip Pinel, o fundador da teoria psiquiátrica do suicídio. Recentemente, com a internet, a sociedade vem desenvolvendo grupos em que se discute o suicídio para aqueles que o consideram uma possibilidade, e um dos mais ativos é o *alt.suicide. holiday* (a.s.h, ASH or ash) (CORRÊA e BARRERO, 2006).

Em Zurique, na Suíça, foi fundada em 1998 a Dignitas, que pretende ressaltar a filosofia ou ideologia de seus criadores: Viver com dignidade, morrer com dignidade. É uma empresa composta por membros declarados como voluntários, cujo objetivo é Ajudar pessoas a morrer. Com custos elevados para o cliente, a morte ocorre por uma mistura de barbitúricos, anestésico e antiemético. Até março de 2010, a Dignitas era composta por 5.698 membros de diferentes países, sendo sete brasileiros, que já teriam ajudado 1.041 pessoas a morrer (www.dignitas.ch; Folha de São Paulo, 2010). Ao mesmo tempo em que crescem adeptos da morte planejada, outros se unem com o objetivo da prevenção do suicídio.

Desde a década de 1990, a OMS lançou um amplo programa com esta finalidade, destinado a várias categorias profissionais e populacionais (KENNEDY, *et al* 2000). Recentemente, foi criado o Plano Nacional de Prevenção do Suicídio do Ministério da Saúde, cujas diretrizes foram publicadas em uma portaria de agosto de 2006. Em virtude da carência de ações efetivas, a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), por intermédio de sua comissão de prevenção do suicídio e do programa ABP Comunidade, visa divulgar informações isentas e atualizadas sobre o tema. Em novembro de 2009, durante o XXVII Congresso Brasileiro de Psiquiatria, foi deflagrada uma campanha de prevenção do suicídio, além de fornecer material educativo para a população e uma série de debates sobre o tema (BOTEGA, *et al* 2009).

Das instituições de ensino no Brasil, a Unicamp tem se destacado nas linhas de pesquisa relacionadas ao suicídio e comportamentos suicidas, sob a liderança do Prof. Neury Botega, coordenador de um estudo multicêntrico de intervenção de comportamento suicida da Organização Mundial de Saúde, cujos resultados auxiliarão na identificação de grupos de risco para o suicídio e no desenvolvimento de formas de intervenção preventiva nestas populações (BOTEGA, *et al* 2010).

Destacamos *Por um Fio*, que é um trabalho que presta um importante serviço de prevenção do suicídio, tendo registrado diminuição, em dez vezes, das novas tentativas de suicídio, através do Centro de Valorização da Vida (CVV), instituição brasileira sem fins lucrativos (disponível em: <http://www.cvv.org.br> (BOTEGA, *et al* 2009), com funcionamento análogo ao The Samaritans.

Chad Varah (1953), um clérigo anglicano, levou a ideia de prestar um serviço antissuicídio e tentativa, numa igreja em Londres, ideia semelhante à Associação dos Alcoólicos Anônimos (AAA), refletindo uma tendência sadia de nossa sociedade no sentido da organização da autoajuda, através da reativação de redes de relacionamentos com a participação de ex-clientes. O atendimento é prestado através do telefone, que rapidamente conseguiu adesão e uma demanda surpreendente. O objetivo principal é propiciar à população Solitária e Desesperada uma reativação de contatos, amizades *befriending*, alguém para desabafar, com total anonimato, sem retorno material de nenhum tipo, nem de persuasão religiosa, financeira, dentre outras. Este serviço vem se propagando em quase toda a parte do mundo até os dias atuais. Conta com 31 mil voluntários em mais de 40 países e continua de extrema utilidade pública (RENISK, 1968). [http://www.befrienders.org/int/portuguse/index.asp? Page VRL=index php](http://www.befrienders.org/int/portuguse/index.asp?Page_VRL=index_php) (acesso em julho de 2010).

3.3 Comportamentos suicidas

O suicídio tem sido cada vez mais estudado por especialistas diversos, no mundo pós-moderno. Por ser um tema polêmico, incita múltiplos questionamentos e reflexões.

A História, a Filosofia, a Sociologia e a Literatura mundial têm dirigido cada vez mais sua atenção às tragédias humanas, instantes de insensatez inexoráveis da vida, em especial decorrentes de momentos tumultuados. A contribuição desse conhecimento tem possibilitado uma multiplicidade de compreensões divergentes e/ou convergentes sobre o suicídio.

Existem hipóteses diversas e diferentes enfoques, muitas vezes ambíguos, sobre o fenômeno (BAPTISTA, 2004; MELLO, *et al* 2007).

O suicídio é um comportamento que remonta à antiguidade e vai até os nossos dias. Acontece não apenas como um ato individual, como o da famosa suicida Cleópatra, que teria se deixado picar por uma serpente venenosa, mas como atos coletivos movidos por razões religiosas, econômicas, sociais e ideológicas. Alguns grupos sociais utilizaram-se dessa prática como uma forma de resistência, como é o caso do suicídio coletivo ocorrido no século I, quando 960 judeus se insubordinaram contra os romanos num forte em Massada (ROCHA, 2010).

A prática do suicídio em massa ocorreu em vários momentos da história e ainda ocorre no mundo contemporâneo pós-industrial. Isto pode ser visto entre algumas comunidades étnicas e tem sido estudado por antropólogos que investigam este fenômeno entre alguns povos indígenas do Brasil (KROEMER, 1985).

Em janeiro de 2010, a Organização das Nações Unidas (ONU) divulgou relatório sobre as condições de vida dos povos indígenas no Brasil, indicando o Guaraní Kaiwoá, do Mato Grosso do Sul, como a comunidade que mais registrou suicídios em massa no mundo. O trabalho *State of the World's Indigenous Peoples* assinala a luta pela terra e os conflitos com os fazendeiros da região como o principal motivo destes suicídios. “Em 2005, o índice de suicídios entre eles foi 19 vezes mais alto do que o índice nacional. O texto diz ainda que a expectativa de vida dos Guaranis do Brasil é mais de 20 anos inferior à média nacional” (AQUINO, 2010; SERRANO, 2003). Mais estudos sistemáticos sobre o suicídio entre os índios se fazem necessários para uma melhor compreensão do fenômeno.

No conhecimento filosófico, o suicídio constitui-se num dos temas mais recorrentes. Há uma gama enorme de variações nas argumentações referentes à justificativa ou aceitação do suicídio que perpassam toda a história, revelando os valores de cada época. Na Antiguidade, como defendia Platão, o suicídio podia ser admitido se autorizado, mas não seria legítimo se motivado pela covardia (PUENTE, 2008). Na Idade Média, o cristianismo condenava drasticamente o suicídio, com base no Quinto Mandamento Não Matarás, embora a Bíblia não faça nenhuma referência específica ao ato, destacando-se os sete suicídios bíblicos (Anexo I).

Para Santo Agostinho, o suicídio é um pecado. Investe severamente contra os que se matam, ao proclamar em *Cidade de Deus* que a autodestruição é um crime abominável e passível de condenação. O suicídio, para São Tomás de Aquino, era proibido e baseava-se em três justificativas: é um ato contrário à inclinação natural da pessoa de amar a si mesmo; é um atentado à comunidade à qual a pessoa pertence; viola o direito Divino de determinar a duração de nossa existência na Terra, já que a vida é um bem dado ao homem por Deus e só Ele pode tirá-la. Essa ideia influenciou o pensamento cristão durante séculos. Além de ser considerado pecado e crime, o suicídio foi objeto de sanções legais e eclesásticas, punindo-se o suicida através de degradação, confisco de bens, mutilação do próprio corpo e não consentimento de sepultura religiosa com rituais fúnebres (CHOLBI, 2004).

Na Idade Contemporânea, discursos diversos assinalam várias compreensões sobre a questão. Camus, na sua célebre frase “só há um problema filosófico verdadeiramente sério que é o suicídio,” mostra que o sujeito, em face do absurdo do mundo, da vida e da condição humana, passa a se encontrar diante da decisão de pôr ou não fim à própria existência (CAMUS, 2008). Hegel aborda o tema como a “manifestação suprema da liberdade do homem.” A sentença hegeliana que diz ser o suicídio a ação filosófica mais legítima do ser humano compreende esta ação como a representação da verdadeira liberdade da existência (BASTOS, 2002).

Martin Heidegger situa o ponto de partida de toda a angústia existencial humana; a consciência do indivíduo, pois o compreende como “ser-para-a-morte,” portanto, está ciente de seu destino e de sua finitude. No suicida, porém, existiria mais temor da vida do que medo da morte, como se para ele, através da morte, existisse uma vaga promessa de paz (morrer para renascer), só superada pelo aprendizado em aceitar sua vida como ela é (DASTUR, 2002).

Sartre, em *O ser e o nada*, ao contrário de dar à morte a chance de ser uma possibilidade, afirma o oposto, a Negação das Possibilidades, ou seja, um muro que antepõe o homem, com o seu potencial de exercer a liberdade individual. De acordo com os pensadores existencialistas, tornamo-nos responsáveis pela nossa morte, tanto quanto pela vida, atribuindo ao suicídio uma espécie de fuga ou um fracasso (SARTRE, 2009). O pensador romeno Cioran, defensor do ócio e com seu estilo cáustico, tratou do tema com ironia, quando declarou em seu livro *Silogismo da amargura*: “só vivo porque posso morrer quando quiser: sem a idéia do suicídio já teria me matado há muito tempo” (1991).

Na literatura mundial, uma das mais célebres e universais manifestações sobre a inquietude e angústia relativas à vida pode ser lida no dilema Shakespeariano: “Ser ou não ser, eis a questão”. Nesta citação, Hamlet reflete se os constrangimentos e os limites da condição humana justificariam por si só o existir. Neste caso, o suicídio é tratado como uma possibilidade de cessar a dor causada pela perda do amor. Esta motivação desencadeante, ainda hoje pode ser observada em diversos comportamentos suicidas.

O Suicídio Sentimental de Johann Wolfgang Von Goethe (1749-1832) leva seus personagens para o repertório da cultura universal. A força mitológica de

Fausto; o embate social de Wilhelm Meister; a melancolia e o amor febril de Werther conseguem influenciar sua geração, inclusive nas ritualísticas vestimentas do suicídio. Seu romance é atemporal e seu conteúdo descreve um amor profundo e platônico, por isso doloroso. Para ele, o suicídio não torna a pessoa indigna, mas ao contrário a transformaria num ser corajoso (WERLANG; BOTEGA, 2004; CORRÊA; BARRERO, 2006).

No livro *As intermitências da morte*, de Saramago, é questionada a ética da morte. O autor idealiza uma terra, onde em um dado momento a morte deixa de acontecer (2005). Esta ficção incita-nos a refletir sobre os avanços da Biomedicina, já que cria a cada dia novas possibilidades de expectativa de vida, muitas vezes causando controvérsias de ordem bioética.

Sociologicamente, o suicídio foi metodicamente estudado por Durkheim, ao demonstrar que os comportamentos humanos são muitas vezes amoldados e uniformizados pela sociedade. Baseado em seus estudos, foi possível demonstrar as fortes relações entre o indivíduo e a sociedade, quando apontou a inquietação social, em várias situações, como desencadeadora do suicídio. Com base nesta concepção, elaborou uma teoria sociológica que considera o suicídio uma espécie de resposta individual às condições sociais adversas.

O estudo sobre o suicídio, de Durkheim, considerado um clássico e com contribuições valiosas até os nossos dias, como, por exemplo, o estado de *anomia* social interfere na conduta das pessoas, em diferentes grupos sociais (DURKHEIM, 2004). É importante o desenvolvimento de uma visão crítica. O estudo surge num momento histórico (1897) em que o suicídio era analisado numa visão eminentemente moral, que nos acompanha, em menor intensidade, até os dias atuais.

A leitura do fenômeno do suicídio na sociologia durkheimiana traduziu-se em termos da exaltação da concepção de ordem social e da restrição da ação individual. Suas bases teóricas apoiavam-se em pelo menos duas premissas fundamentais para dar sustentabilidade à sua teoria: a Consciência Coletiva e as Representações Coletivas, referindo-se “ao conjunto de crenças e sentimentos comuns aos comuns dos membros de uma determinada sociedade que forma um sistema com vida psíquica.” E esse sistema resultaria na supremacia da sociedade sobre os indivíduos, que ficariam submetidos a uma espécie de “entidade homogênea.” A

primazia dos valores e sentimentos morais serviria como um fator de coesão social. Já a maneira como se desenvolve a divisão do trabalho e a ascensão ao culto ao individualismo foi interpretada como fator de desintegração social (MELLEIRO, *et al* 2004).

Durkheim descreve um mundo moderno com um desenvolvimento negativo: um mundo sem condições de realização da solidariedade moral, por ele chamado de sociedade em estado de *anomia*, ou seja, sem regulamentação moral ou pelo menos insuficiente para a integração social. Baseado na variável da integração social, Durkheim sugere três tipos de suicídios: o Egoísta (baixo grau de integração social), o Altruísta (alto grau de integração social) e o Anômico, decorrentes da desagregação social (2004).

Cláudio C. Beato, no seu artigo Suicídio e a Teoria Social, analisando o estudo de Durkheim em suas várias etapas, leva-nos a uma reflexão sobre as teorias propostas. Durkheim define o suicídio como “todo o caso de morte que resulta direta e indiretamente de um ato, positivo ou negativo, realizado pela própria vítima e que ela sabia que levaria à morte;” enquanto na TS a definição difere da anterior por não resultar em morte.

O suicídio engloba diversas facetas deste comportamento, e dentre estas, destacamos a intenção suicida, que teria sido escamoteada, por Durkheim, talvez por ter um caráter subjetivo. Privilegiando os fatos detectados por caracteres exteriores objetivo do referido fenômeno. Metodologicamente, Durkheim retira o caráter privativo do suicídio (possivelmente regido por valores morais); não levando em consideração aquelas pessoas que tentam suicídio sem a real intenção de morte, ou como consequência involuntária de motivações de outra natureza (MELEIRO, *et al* 2004).

Segundo Durkheim, estressores como desemprego, perda de status e pobreza agem como um desorganizador social e podem ser, portanto, considerados fatores de risco para o suicídio. O ambiente imediato não faz o suicídio, mas fornece os meios disponíveis, para que se atendam às necessidades funcionais da sociedade. Os tipos de suicídio em princípio não poderiam ser compreendidos pelos métodos utilizados para pôr fim à vida. Segundo a teoria durkheimiana, prevalece a premissa da determinação moral do fenômeno nos fatores de natureza cultural. Um

exemplo notável foi o estudo de Zorbaugh (BEATO apud MELEIRO, *et al* 2004), que trata da escolha do método de se matar.

A Ponte dos Suicídios é localizada no Lincoln Park, no centro de um bairro dormitório. Quando se observa no mapa das distribuições de suicídios nestas imediações, constata-se que se jogar à laguna seria a única alternativa de cair fora, para as pessoas do alojamento. Sob a alegação de estar baseado em fatores exclusivamente sociais, Durkheim desprezou dados, como: etnia; gênero e idade atribuídos por ele como características orgânicas (BASTOS, 1975).

Segundo Gibbs e Martin (1958), a teoria de Durkheim, quanto à variável integração social, tal como foi utilizada, é de pouca valia, por não fornecer uma medida operacional explícita através da qual possamos testar hipóteses. Quais seriam os reais efeitos do caráter coercitivo dos fenômenos sociais?

Enquanto no suicídio Altruísta, o indivíduo encontra-se demasiadamente ligado ao social, no Egoísta ocorre um isolamento exagerado sem laços sólidos com seu grupo social. No Anômico, o mais significativo e base do estudo durkheimiano é quando o indivíduo, não aceitando os limites morais que a sociedade impõe, ou por ter aspirações acima de suas reais possibilidades, termina caindo no desespero... (DURKHEIM, 2004).

A “taxa de suicídio varia inversamente com a instabilidade e durabilidade dos relacionamentos sociais” (GIBBS; MARTIN, 1958).

Em uma leitura mais atual, Maris busca resgatar em Durkheim, fazendo uma análise das Redes de Relações. As sociedades tradicionais são marcadas pela presença de redes de relações estreitas, intensas e pré-ordenadas. O status que uma pessoa ocupa na sociedade determina as demandas e expectativas às quais um indivíduo se submete, a fim de preservar seus relacionamentos sociais. Esses direitos e demandas constituem os diversos papéis associados em todos os status (MARIS, 1969).

Quando analisamos o estado civil sob a perspectiva durkheimiana, observamos que este pressupõe que a Seleção Matrimonial por si só agiria como integração social. O que se sabe hoje é que a Junção Matrimonial pode atuar ou não no seio da família no sentido de preservar os casais, e que os seus efeitos são distintos entre homens e mulheres, em diversas faixas etárias, em casais com ou sem filhos, ou entre populações de viúvos, separados ou celibatários. Não seria a

família, mas a sociedade familiar, com suas representações coletivas, a intensidade das relações e a coesão moral do grupo que se encarregariam de preservar o indivíduo.

Um dado relevante da teoria de integração social é a constatação de que a maioria dos suicidas são homens, porque na vida social os papéis masculinos ainda são os mais exigidos.

Para Powell (1958), o sociólogo Durkheim interpreta a diferença do suicídio entre homens e mulheres em virtude de uma perda do status (status é considerado qualquer posição que o indivíduo ocupa no sistema social). Numa cultura normativa, que é compartilhada pela maioria dos membros da sociedade, exercer ocupações não especializadas pode ser um fator de risco para o suicídio, supondo-se que esses indivíduos que vivem de empregos esporádicos, e onde a organização da vida cotidiana torna-se ausente ou insuficiente, criam uma atmosfera de desordem (POWELL, 1958).

Os suicídios predominam nos homens enquanto as tentativas atingem mais as mulheres. A explicação dessa diferença pode estar na motivação para o suicídio, que entre as mulheres, em sua maioria, refletiria como uma resposta desadaptada de problemas conjugais, que segundo Maris: “o suicídio feminino é mais o símbolo de um desejo de matar seu esposo ou criança – um ódio reflexo ou grito de ajuda numa crise doméstica – do que um sincero desejo de morrer” (1969).

As noções psicanalíticas, como os estudos de Zilboorg (1936), Simpson (1959), Henry e Short (1954), deram importante contribuição às variáveis sociológicas. Buscaram combinar a análise de ciclos econômicos e variáveis sociais através de um modelo psicológico. Na teoria de Frustração/Agressão, com premissas da psicanálise, o suicídio resultaria de um ato extremo de agressão contra si mesmo e/ou a outras pessoas, o que explicaria não apenas o suicídio, mas a violência de uma forma geral.

O suicídio também pode ser analisado como um fenômeno individual. Para Durkheim, as próprias categorias com as quais apreendemos o mundo, tais como concepção de espaço, tempo ou concepções cronológicas, são advindas do social. Na anomia, as referências sociais são fragmentadas, fazendo com que os indivíduos experimentem um alto grau de ansiedade e, conseqüentemente, o suicídio surge talvez como uma alternativa possível de reação (DURKHEIM, 2004).

Julgar se a vida vale ou não a pena ser vivida é a questão fundamental da filosofia. Diante da diversidade de maneiras de ver a vida, uns consideram que a vida vale a pena ser vivida, outros, paradoxalmente, deixam-se matar pelas ideias ou ilusões que lhes dão uma razão de viver (o que se denomina razão de viver é ao mesmo tempo uma excelente razão de morrer). O Sentido da Vida, portanto, seria a mais premente das perguntas. Como responder a esta questão?

De um fenômeno social, o suicídio transforma-se num enfoque individual. Viver, naturalmente, nunca é fácil.

Continuamos fazendo os gestos que a existência impõe por muitos motivos, o primeiro dos quais é o costume. Morrer por vontade própria supõe que se reconheceu, mesmo instintivamente, o caráter ridículo desse costume, a ausência de qualquer motivo profundo para viver, o caráter insensato da agitação cotidiana e a inutilidade do sofrimento (CAMUS, 2008).

O gesto de tirar a própria vida teria relação com a opinião que cada pessoa tem da vida? Cultivamos o hábito de viver antes de adquirir o de pensar. O apego que o homem tem à vida é maior do que todas as misérias do mundo. Regidos por um tempo indomável, quem de nós não pensou em se matar? Talvez algumas pessoas não tenham coragem de assumir tais pensamentos presentes em suas vidas: será por que encontraram no mundo algo que as prende? Será “uma consciência desesperada e desesperançada” no advir, que poderia fazer com que o suicídio apareça como uma solução? Faz-nos refletir Camus, quando descreve uma visão absurda de como poderia se pensar a vida, o mundo e a morte, no *Mito de Sísifo* (2008).

Desnudar o indivíduo das regras sociais, na falta ou pela inconsistência delas, levará o indivíduo a se deparar com os seus valores, sem a interferência das normas sociais. Estas normas, individuais e sociais, se alteram numa outra ordem de organização social, como pode ocorrer, por exemplo, em situações de guerra. A *anomia* de Durkheim mostra claramente a continuidade entre a ação individual e os níveis da ordem social: ambos não se opõem, mas se completam mutuamente. Em maior ou menor grau, os autores de tradição durkheimiana procuraram incorporar o nível da ação individual em suas análises. Na *anomia*, nada mais é do que a falta ou a precariedade de um contexto normativo orientado para a ação, gerando variáveis graus de ansiedade e, num grau extremo, o suicídio (MELLEIRO, *et al* 2004).

A possibilidade de provocar a própria morte tem sido historicamente reconhecida como um comportamento humano ainda pouco compreendido.

Dentre os estudiosos do tema, Wasserman, D. (2001) descreveu o comportamento suicida, sendo precedido por um processo relativamente longo, de variação na duração, cuja dinâmica é altamente individual. Este processo pode se estender por meses, e pode ser permanente para pacientes com depressão crônica, esquizofrenia ou abuso de substância. Para pessoas com reação de ajustamento, pode ser de poucos dias ou semanas. A propensão para o suicídio pode se apresentar aguda, crônica ou latente. Estudos têm demonstrado que os pensamentos suicidas podem acompanhar os momentos de tensão e ausentar-se em momentos mais tranquilos (BASTOS, 1995).

A questão de que o suicídio seria uma doença ainda não está esclarecida, porém seu resultado é afetado pelos fatores de risco e de proteção em interação com a constituição genética do indivíduo.

O enfoque médico-científico do tema requer estudos sistemáticos sobre as inúmeras variáveis. Até o presente momento, as pesquisas sobre o suicídio e a tentativa de suicídio não foram suficientemente conclusivas para que se possa conhecer a força dessas variáveis que motivariam ou não um maior risco para esse ato. Não obstante, os estudos epidemiológicos apontam a existência de grupos de risco na população geral.

3.4 Epidemiologia

Na maioria dos países, o suicídio situa-se entre as dez mais comuns causas de morte na população geral e uma das três mais comuns em adolescentes e adultos jovens (OMS, 2009).

Dados mundiais relativos à mortalidade por suicídio são monitorados pela OMS desde a sua origem. Dos 194 países membros, apenas 115 notificam os óbitos que ocorrem na maioria da população e cerca de 20 desses países notificam apenas as mortes ocorridas em hospitais. Recentemente, em 1998, iniciou-se nessa entidade internacional um trabalho para avaliar criticamente a situação mundial do suicídio. Foram 105 países envolvidos que reuniram os dados oficiais sobre o suicídio, classificando-o por gênero e idade, em intervalos de cinco anos (LOVISI, et al/ 2009).

Os índices de suicídio são alarmantes em todo o mundo. Só nos Estados Unidos, a cada ano 14 – 15 por 100 mil pessoas, o que equivale a uma morte a cada 40 segundos (HAWTON e HEERINGEN, 2009).

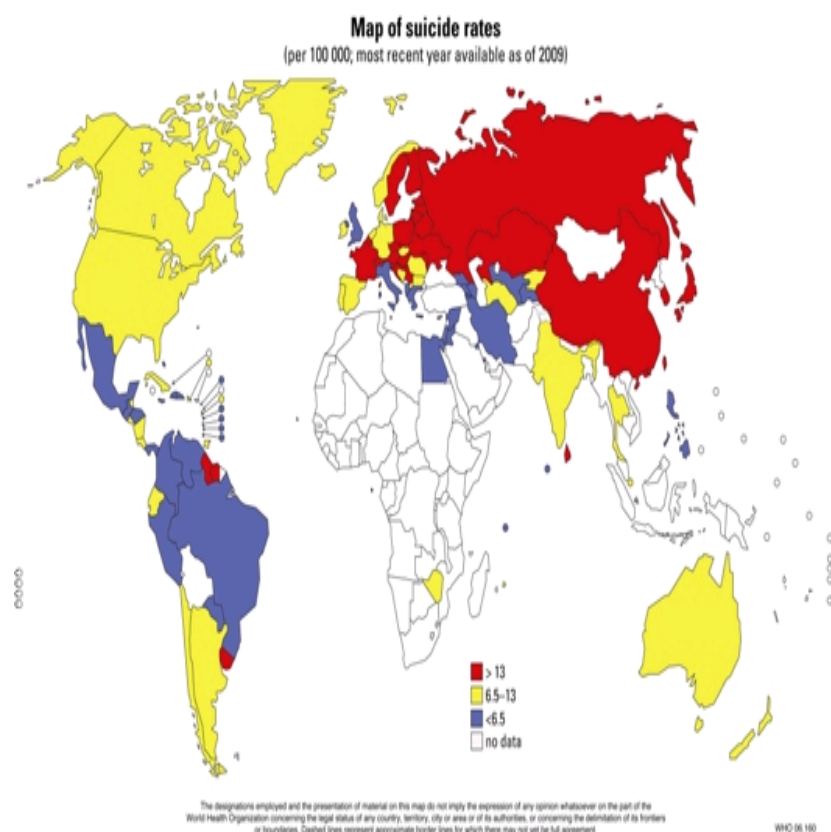
De acordo com estimativas da OMS, em termos globais, a mortalidade por suicídio aumentou em 60% nos últimos 45 anos (coeficiente calculado para o ano de 1995 foi de 16 suicídios para cada 100 mil habitantes). Nesse período, os maiores coeficientes de suicídio mudaram da faixa mais idosa da população para uma faixa mais jovem. No ano 2020, cerca de 1 milhão de pessoas morreram por suicídio e um número de 10 a 20 vezes maior de pessoas tentarão o suicídio. Representa uma morte a cada 40 segundo e uma tentativa a cada 3 segundos (MELLO, *et al* 2007).

Oficialmente, em 2006, 8639 suicídios foram registrados no Brasil, ou seja, 24 mortes por dia. Destes, 79,3% foram homens, (razão de 3,8:1 entre homens e mulheres). O coeficiente de mortalidade por suicídio fornece o número de suicídio para cada 100 mil habitantes ao longo de um ano. No Brasil o coeficiente médio para o triênio 2005-2007 foi de 5,1 (8,3 em homens; 2,1 em mulheres). Esses índices podem ser considerados baixos, quando comparado com outros países (BOTEGA, *et al* 2010).

No Brasil, o coeficiente de mortalidade por suicídio revela variações regionais importantes. O município de Grão Pará registrou um coeficiente de 20,2 para cada 100 mil habitantes. Entre os outros Estados Brasileiros com elevadas taxas anuais de suicídio por cada 100 mil habitantes ficam Rio grande do Sul com (8-10), Santa Catarina (8,5), Paraná (7,1), São Paulo, Goiás, em ordem decrescente (VIANA, *et al* 2008). Em Roraima e no Amapá a mortalidade proporcional por suicídio chega a ser três vezes maior que a média nacional, provavelmente devido ao elevado número de suicídios na população indígena. No Brasil, o coeficiente médio para o triênio 2005-2007 foi de (8,3 em homens; 2,1 em mulheres). Esse índice pode ser considerado baixo quando comparado aos de outros países, conforme descreveremos abaixo (BOTEGA, *et al* 2010).

Índices de suicídio no mundo variam com coeficientes de mortalidade desde mais de 35 por 100 mil habitantes por ano em países, como Lituânia, Estônia e Rússia, a menos de 10 por 100 mil habitantes em Portugal, Espanha, Grécia, Itália, Reino Unido e na maioria dos países latino-americanos. Neste último grupo, podemos incluir os países da América do Sul, com exceção do Uruguai, que apresenta taxas médias de suicídio de 10 – 19 por 100 mil habitantes. Estão

incluindo Cuba, El Salvador, Porto Rico, Suriname, Trinidad e Tobago. Na visão geral do suicídio no mundo, o mapa abaixo (OMS, 2009) mostra que, dentre os países que registram os dados sobre esse tipo de morte, a população que mais se mata é a dos países que constituíram a União Soviética, seguido da Suíça, Suécia, Áustria, Dinamarca, Islândia, Finlândia, Holanda, Nova Zelândia e Noruega. Entre os principais países que mostram menor índice de suicídio, estão: México, Grécia, Egito, Grã-Bretanha, Itália, Uzbequistão, Irã e o Brasil (WHO, 2009).



Habitantes por país, ano e gênero, segundo World Health Organization (WHO 2009) (Anexo II)

Apresentamos no Anexo II as taxas de suicídios para cada 100 mil Habitantes por país, ano e gênero, segundo World Health Organization (WHO, 2009).

As taxas de suicídio ao redor do mundo variam de acordo com aspectos culturais, regionais, demográficos, e também com a natureza como essas mortes são registradas (HAWTON e van HEERINGEN, 2009).

Oficialmente, em 2006, 8.639 suicídios foram registrados no Brasil, ou seja, 24 mortes por dia. Destas, 79,3% foram homens, (razão de 3,8:1 entre homens e

mulheres). O coeficiente de mortalidade por suicídio fornece o número de suicídio para cada 100 mil habitantes ao longo de um ano. No Brasil, o coeficiente médio para o triênio 2005-2007 foi de 5,1 (8,3 em homens; 2,1 em mulheres). Esses índices podem ser considerados baixos, quando comparados com outros países (BOTEGA, *et al* 2010).

No que se refere às profissões, algumas são consideradas de alto risco de comportamento para o suicídio, como as pessoas que trabalham com saúde: médicos, veterinários, farmacêuticos e outros profissionais de saúde, bem como os fazendeiros. Segundo a OMS, não se sabe ao certo quais os motivos, mas sugere-se pressão profissional, fácil manuseio aos meios fatais e dificuldades econômicas (OMS, 2000; CORRÊA e BARRERO, 2006).

Os óbitos associados ao suicídio são parte integrante do banco de dados sobre mortalidade da OMS. Quanto às lesões intencionais autoinfligidas e que envolvem os casos que não resultam em óbito, também chamados de Tentativas de Suicídio, ainda não têm sua obrigatoriedade nos registros dos atendimentos médicos. No Brasil, ainda não há dados oficiais que nos permitam com confiança estimar o número de tentativas de suicídio (LOVISI, *et al* 2009; MELLO, *et al* 2007).

3.5 Fatores de risco

Os fatores de risco surgiram pelo desconhecimento das causas do suicídio e da tentativa de suicídio, com o objetivo de se conhecer melhor os mecanismos que determinam esses comportamentos e/ou similares. Mesmo sem estar completamente esclarecido, o acúmulo de conhecimento é que tem baseado as principais condutas clínicas preconizadas para abordar o comportamento suicida. Os fatores de risco são definidos através de estudos epidemiológicos, resgatando as informações vinculadas aos casos de morte por suicídio registrados oficialmente, captados através de técnicas de autópsia psicológica, resgatando aspectos psicológicos, psiquiátricos, médicos e socioeconômicos dos pacientes, incluindo informações sobre características dos familiares e método escolhido para o suicídio. Objetivo semelhante pode-se aplicar a populações específicas cuja prevalência de suicídio é notoriamente maior que a população geral, alguns tipos de transtornos mentais, e nos sobreviventes de TS (APA, 2006).

Um fator de risco é basicamente um conceito estatístico, definido como a associação entre algumas características ou atributos do indivíduo, grupo ou ambiente, que aumenta a chance de desenvolver um resultado adverso e mensurável, que precede o resultado, isto é, a probabilidade de ocorrência de uma condição relacionada ou não à doença (FLEET, *et al* 1996).

Ressaltamos que um fator de risco refere-se sempre a um risco relativo e não absoluto em relação a um parâmetro. As chances de suicídio são maiores quanto mais fatores de risco estiverem presentes. Muitas pessoas podem ter um ou mais fatores de risco e não ter intenção suicida (APA, 2006). Para se avaliar o risco de suicídio, nada é mais eficiente do que uma avaliação clínica cuidadosa, já que a aplicação de escalas apresenta altas taxas de resultados falso-positivos e falso-negativos (BROWN, 2002).

Estudos mostram que mais de 90% das pessoas que cometem suicídio satisfazem aos critérios para um ou mais transtornos psiquiátricos. Assim, o especialista deve utilizar o diagnóstico multiaxial (DSM-IV-TR™). Reiteramos que o efeito de alguns fatores sobre o risco de suicídio, associados a eventos vitais, vulnerabilidade e pontos psicológicos, variam de acordo com cada indivíduo, como também que, fatores de risco de TS e suicídio se sobrepõem, mas não são idênticos e, por isso, saber identificá-los pode ajudar na prevenção (APA, 2006).

3.5.1 Fatores demográficos

Faixa etária

Em relação à idade, o mais dramático é a constatação de que a faixa etária das pessoas que cometem suicídio está cada vez mais baixa. Embora a taxa de suicídio, em muitas faixas etárias, tenha se mantido relativamente estável nos últimos 50 anos, as taxas entre adolescentes e adultos jovens aumentaram significativamente e a taxa entre idosos tem diminuído, embora seja a terceira causa de morte nesta faixa etária (PIRES, *et al* 2009). Nas idades entre 14 - 25 anos, as taxas de suicídio representam o triplo daquelas constatadas na década de 1950 (ANDERSON, 2001).

A idade pode ser relevante quando relacionada a questões familiares, estressores psicossociais e a presença de diagnóstico psiquiátrico (APA, 2006).

Gênero

As diferenças no risco de suicídio associadas ao gênero podem ser explicadas, em parte, por fatores que contribuem para o risco em geral, mas que influenciam diferentemente os homens e as mulheres (APA, 2006).

Para a OMS, os países que notificam as taxas de suicídio mostram que o risco aumenta com a idade em ambos os gêneros, porém no fim da vida adulta geralmente as taxas do homem são maiores que as das mulheres, com exceção para a China, onde a taxa de suicídio das mulheres é maior do que a dos homens (PHILLIPS, *et al* 2002).

Admite-se que algumas características femininas e masculinas podem aliviar o risco, como, por exemplo, é mais fácil para a mulher procurar ajuda, ao contrário do homem; ao mesmo tempo, são as mulheres menos impulsivas do que os homens e recebem mais apoio social, sofrendo menos transtorno por uso de substância em comparação ao homem, podendo refletir como protetor para o suicídio (APA, 2006).

Quanto à influência para maior risco de suicídio, destacamos que a prevalência de desenvolver depressão, ao longo da vida, seja de 25% entre as mulheres para 12% nos homens (LICINIO e WONG, *et al* 2007).

Outra ocorrência desfavorável à mulher é a maior probabilidade de sofrer abuso físico e sexual, o que aumentaria o risco de suicídio; igualmente o método para a TS, de um modo geral, é mais violento para o homem (APA, 2006). Enquanto para as mulheres, pela própria condição feminina, um efeito protetor parece estar presente durante a gravidez e o puerpério (HARRIS; BARRACHOUGHT, 1997). Contudo, mulheres que foram internadas, no primeiro ano, pós-parto, tiveram aumento em 70 vezes da chance de suicídio. O risco nesses casos não só era aumentado nos primeiros meses, mas durante todo o ano seguinte (APPLEBY, *et al* 1998).

Etnia e cultura

A cultura e a etnia podem influenciar diferentemente as taxas de suicídio e de tentativa de suicídio. Em grupos de imigrantes, as taxas de suicídio, em geral,

seguem ao longo do tempo a tendência do país hospedeiro (KLIEWER; WARD, 1988).

O modo como homens e mulheres se adaptam ao seu meio reflete com agravo ou opera como proteção do risco para o suicídio. Assim, o envolvimento com drogas, atividades criminosas associadas à autodesvalorização, provocaria no suicídio um alívio do estresse decorrente deste estilo de vida (APA, 2006).

Nem sempre fica claro porque algum grupo de pessoas tem mais ou menos taxas de suicídio. Como por exemplo, um estudo de Poussaint e Alexander, entre mulheres negras e brancas, revelou, segundo os autores, menor taxa de suicídio em negras quando comparadas às brancas, revelando, segundo os pesquisadores, menor taxa de suicídio em negras quando comparadas às brancas (2000).

Outros casos são os efeitos da cultura em alguns grupos indígenas. O registro de suicídios, provavelmente, uma das maiores estatísticas mundiais foi a descrita entre o grupo indígena Sorowahá, que ocupa uma área demarcada próxima ao município de Tapauá-AM, na região do Médio Purus, importante rio da bacia Hidrográfica Amazônica, comunidade com 130 habitantes, com uma taxa estimada em 1.922/100 mil habitantes (OLIVEIRA e LOTUFO, 2003).

Estado civil

Temos na separação um forte estressor para o suicídio, se comparado com o convívio conjugal estável (WYDER, *et al* 2008).

A conjugação de vários fatores pode justificar porque o indivíduo casado tem uma taxa mais baixa de suicídio do que os não casados. Dentre diversos estudos, o de Smith e col (1988) usou dados do Centro Nacional de Estatística de Saúde dos EUA dos anos de 1979 – 1981, para estudar os dados por idade para cada estado civil. Foi revelado que a taxa de suicídio era muito mais baixa entre indivíduos casados, independentemente da idade e do grupo étnico; uma taxa intermediária entre os que nunca tinham se casado, mas mesmo assim foi duas vezes maior o das pessoas casadas. O destaque em termos de número de suicídios foi encontrado em divorciados e viúvos, aumentando o risco em três vezes quando comparado com os casados.

A diferença entre os homens quando comparados com as mulheres foi de que a separação era menos influente para o homem do que para as mulheres, porém a

viuvez refletiu em altas taxas em homens jovens, o que não foi registrado nas mulheres (SMITH, *et al* 1988).

3.5.2 Transtornos psiquiátricos

Ser portador de um transtorno psiquiátrico é provavelmente um dos fatores de risco mais significativos para o suicídio. Estudos de autopsias psicológicas têm mostrado de forma consistente que mais de 90% das pessoas que cometem suicídio satisfazem os critérios para um ou mais transtornos psiquiátricos (LICINIO e WONG, 2007). A maioria desses transtornos, exceto o retardo mental, aumenta o risco de suicídio medido pelas razões padronizadas de mortalidade Standardized Mortality Ratios (SMRs) (APA, 2006) (Anexo III).

Dependência química

O abuso e/ou dependência de substâncias, incluindo o álcool, pode ser o segundo fator preditivo para o suicídio (MURPHY, 2000) e para TS (PETRONIS, *et al* 1990). Segundo Tondo, *et al* (2003), o alcoolismo está associado a um risco seis vezes maior para o suicídio, quando comparado à população geral. Mesmo que alguns estudos sugiram que o risco de suicídio ao longo da vida seja de 3,4% (MURPHY e WETZEL, 1990), estudo de autopsia psicológica mostra que o álcool está presente de 25% - 50% nas pessoas que cometem suicídio (HAYWARD, *et al* 1992).

Esquizofrenia

Em indivíduos com esquizofrenia ou transtorno esquizoafetivo, os sintomas psicóticos costumam estar presentes no momento do suicídio ou da tentativa de suicídio (KAPLAN e HARROW, 1999). A ocorrência de maior risco para o suicídio pode ser mais provável durante períodos de melhora após uma recaída ou durante períodos de humor deprimido (De HERT, *et al* 2001), incluindo aquilo que foi denominado depressão pós-psicótica (SIRIS, 2000; BASTOS, 1975). Pacientes com transtorno esquizoafetivo parecem ter maior risco de suicídio do que aqueles com esquizofrenia (APA, 2006).

Transtornos de humor

A depressão clínica é um constructo diagnóstico complexo aplicado a indivíduos com um conjunto particular de sintomas, sendo os principais o humor deprimido e a perda de interesse (KAPLAN e SADOCK, 1998). Vale ressaltar que o termo depressão é muitas vezes confundido com tristeza, que integra as reações emocionais próprias da experiência humana, uma condição inevitável pela qual todos passamos na vida, e é considerada passível de resolutividade. Diante desse impasse de se saber distinguir estados emocionais disfóricos transitórios relacionados às perdas e à depressão clínica que provoca uma perturbação do funcionamento mental e social com tendência à recorrência, com alto custo para o indivíduo e para a sociedade, é uma condição de doença e para tal requer habilidade médica para ser diagnosticada e tratada de forma adequada (MAJ; SARTORIUS, 2005).

O transtorno depressivo maior é uma doença que atinge 20 milhões de adultos nos Estados Unidos a cada ano, representando aproximadamente 10% da população norte-americana. Até 21% das mulheres e 13% dos homens sofrem um episódio depressivo ao longo de suas vidas, o qual pode ocorrer como episódio único ou episódios recorrentes. Embora a maioria dos pacientes se recupere, três em cada quatro vivenciam episódios recorrentes e muitos têm sintomas residuais entre estes (LICINIO e WONG, e col 2007).

O transtorno depressivo maior e outros transtornos depressivos são os diagnósticos do Eixo I mais comuns e consistentemente identificados em indivíduos que se suicidam (SHER, *et al* 2001).

Dados da literatura descrevem os transtornos de humor como causadores de um aumento significativo do risco de suicídio e de tentativas. Entre indivíduos com estes transtornos, diversos fatores podem modificar os riscos e devem ser levados em consideração durante a avaliação e o processo de planejamento do tratamento (BASTOS, 1994; APA, 2006).

3.5.3 Indicadores biológicos

Por ser polêmico, o suicídio suscita questionamentos e reflexões, possibilitando diversas abordagens do fenômeno. Estas relevantes considerações e reflexões sobre o tema e comportamentos associados instigam o conhecimento

médico na tentativa de melhor compreensão e verificação no conhecimento do fenômeno. Estudos indicam que o comportamento suicida pode estar associado a alterações na função serotoninérgica. Como resultado, diversos marcadores biológicos e da função serotoninérgica, incluindo os níveis de metabólitos da monoamina, como o ácido 5-hidroxiindolacético (5-HIAA), no fluido cérebro-espinhal (FCE), estão sendo sugeridos para avaliar o risco de suicídio (MANN, *et al* 2001).

A hiperatividade do eixo Hipotalâmico-Hipofisário-Adrenal (HPA) foi associada ao suicídio desde 1975, quando Bunney e Fawcett (1965) relataram três suicídios de pacientes com nível muito alto de 17 hidrocorticosteróides na urina. Estudos subsequentes mostraram evidências de glândulas adrenais hipertróficas (DUMSER, *et al* 1998) e níveis elevados de hormônio liberador da corticotropina no cérebro em indivíduos que se suicidaram (AUSTIN, *et al* 2003). O teste com dexametasona (DST) também já foi usado para estudar se a disfunção do HPA está associada a um tipo de doença depressiva. Coryell W. e Schlesser M. (2001), em um estudo longitudinal de pacientes hospitalizados com transtorno depressivo maior e transtorno esquizoafetivo tipo deprimido, a análise de sobrevivência dos 32 pacientes com resultados anormais no DST mostrou um risco estimado de suicídio futuro de 26,8%, em contraste com o risco estimado de 2,9% para os 46 pacientes com resultados normais no DST (APA, 2006).

A partir de estudos populacionais (PARTONEN, *et al* 1999) e de um estudo de Ellison; Morrison (2001), mostrando associações entre níveis baixos de colesterol e taxas mais altas de suicídio e morte violenta, sugere-se que os níveis de colesterol podem ser um marcador biológico para o comportamento suicida. Contudo, a importância clínica desses achados não está esclarecida, uma vez que o uso de drogas com a finalidade de baixar os níveis séricos de colesterol não parece estar associado a aumentos de violência, agressividade, infelicidade, acidentes ou suicídios (MANFREDINI, *et al* 2000).

Estudos recentes registraram aumento de suicídio entre pacientes com transtorno de humor, com alterações registradas em neuroimagem, com hiperintensidade da substância branca, em comparação com aqueles com o mesmo transtorno, mas sem as alterações das imagens cerebrais (GRANGEON, *et al* 2010).

3.5.4 Histórico familiar

Estudos sugerem que o comportamento suicida tende a ocorrer em determinadas famílias. Admite-se contribuição genética por pelo menos três motivos: o risco do comportamento suicida é muito mais alto entre parentes do primeiro grau de TS e suicídio, do que na população geral; maior concordância para comportamento suicida entre gêmeos idêntico-fraternos; maior risco entre parentes biológicos *versus* adotivos de pessoas adotadas no início da vida e que mais tarde se suicidam (TURECKY, *et al* 2001). Todavia, os transtornos psiquiátricos são frequentes na maioria dos indivíduos que tentam ou cometem suicídio, sendo também observado agrupamento de transtornos psiquiátricos entre seus parentes (WEISSMAN, *et al* 1989).

3.6 Toxicologia

3.6.1 Aspectos históricos

O homem possui conhecimento sobre os efeitos tóxicos de venenos de animais e de uma variedade de plantas tóxicas desde tempos remotos. Historicamente, estas informações foram utilizadas na diferenciação de plantas que servissem como alimentos para o fabrico de instrumentos de caça e as usadas como armas contra os inimigos.

O Papiro de Ebers (1500 aC.), de origem egípcia, considerado um dos documentos mais antigos, registra cerca de 800 ingredientes considerados tóxicos (OGA, *et al* 2008). Outro registro relevante é o de Hipócrates (V-VI aC.), que pertencia à família de sacerdotes – médicos –, sempre servindo a Asclépio (filho de Zeus), e transmitia a seus descendentes a arte da Medicina. A coleção hipocrática – também chamada de Corpus Hipocrático – reúne cerca de sessenta tratados médicos, cuja maior parte parece ter sido redigida entre os anos de 450-300 aC.

O marco Hipocrático foi separar a Medicina da religião e da Filosofia, tornando-a uma área independente do conhecimento. No que diz respeito ao interesse deste estudo, a obra Hipocrática escreveu sobre venenos de serpentes e descreveu a presença de cólica intensa em homens que extraíam metais. Seus escritos mostram que os gregos sabiam tratar as intoxicações, interferindo no processo de absorção (SALEM, 2002).

Na antiguidade, o veneno foi utilizado também como meio de punição. Um dos casos mais eloquentes do uso de veneno para tal finalidade foi o de Sócrates, marco da profunda transformação do pensamento ocidental. Aos 70 anos, em março de 339 aC., após ter sido acusado de “corromper a juventude e de introduzir novos deuses, não reconhecendo como tais os deuses da sua cultura,” foi a julgamento, não tendo buscado a absolvição, tampouco se aferrado obstinadamente à vida. A indiferença esboçada em face da sentença, que o condenou à morte, a ironia pungente, que espicaçava o orgulho dos aristocratas atenienses, sua soberana altivez perante aqueles que tinham em suas mãos o seu destino, suscitaram a indignação e o ódio dos jurados. Sócrates recebeu impassível o veredicto de morte, que seria viabilizada pela ingestão de extrato de cicuta (CLARET, 2001).

Válido também o registro de Mitrídates (120-63 aC.), que foi provavelmente o primeiro a realizar experiências toxicológicas. Temendo ser envenenado, testava em seus escravos vários tipos de venenos na tentativa de encontrar seus antídotos. O termo Mithridaticum, que designa um antídoto universal contra venenos, foi popular até o século VII (OGA, *et al* 2008).

Durante o obscurantismo científico da Idade Média até os primórdios do Renascimento, os envenenamentos eram aceitos pela sociedade europeia como risco normal da vida cotidiana. No início do Renascimento (final do século XV), o veneno foi usado para consolidação do poder e da riqueza (HODGSON, 2004).

No século XVII, na França, depois de ocorridos vários homicídios decorrentes de mal-afamados envenenadores, descobriu-se que seus serviços eram comercializados. A Marquesa de Brinvilliers foi uma das mais conhecidas envenenadoras, que ganhava a vida cometendo homicídios, testando suas receitas. La Voisine (Catherine Deshayes), igualmente, trabalhava como envenenadora.

Depois de ocorridos vários delitos, Luís XIV estabeleceu uma comissão judicial especial para punir esses assassinos, La Chambre Ardente (1679-1682), cujos crimes ficaram conhecidos como L'affaire des Poisons. Tal comissão terminou contribuindo substancialmente para a diminuição do uso do veneno com a finalidade criminal, bem como a primeira lei promulgada para este fim. Na Itália, Madame Toffana foi conhecida por preparar cosméticos à base de arsênico, fato que também merece ser registrado, demonstrando a amplitude da utilização de tóxicos com

finalidades diversas. Foi presa após confessar a morte de 600 pessoas, executada em Roma em 1659 (LING, *et al* 2005).

O conhecimento científico em Toxicologia deve-se, também, em grande parte, aos árabes. Destaca-se o judeu rabino Maimonides (Moises Ben Maimon, 1135-1204), que escreveu um tratado sobre envenenamento, discorrendo sobre o tratamento das intoxicações provocadas por venenos de cobras, insetos e cachorros loucos, chamando atenção para o efeito protetor do leite, manteiga e gorduras, ao retardar a absorção intestinal das substâncias tóxicas (TIMBRELL, 1999).

Paracelsus (1493-1541) criou um marco na história dos medicamentos, na medida em que foi um dos primeiros a procurar conhecer os componentes ativos das misturas medievais e, após questionar algumas prescrições, elaborou misturas próprias, obtendo melhor resposta nos tratamentos. Em decorrência das inovações provocadas, chegou a ser acusado de envenenador. Uma afirmação de sua defesa tornou-se um axioma em Farmacologia, podendo assim ser resumida: “Se quiser explicar adequadamente o que é um veneno, o que, então, não é um veneno? Todas as coisas são venenos e nada é sem veneno. Somente a dosagem estabelece se algo não é um veneno.” Na sequência de suas descobertas, foi reconhecido como autor da primeira monografia sobre as doenças ocupacionais dos mineiros e fundidores, apenas publicada após a sua morte em 1567 (LÜLLMANN, *et al* 2008).

Os agentes tóxicos e biológicos têm sido usados durante as guerras desde antes de Cristo até os dias atuais. No cerco de Plataea (428 aC.), os espartanos usaram gás como uma arma de ataque contra os atenienses. Por volta de 360 aC., os gregos colocaram uma sufocante mistura incendiária de piche, enxofre, estopa e lascas resinosas de madeira em potes de barro e a jogaram dos muros da cidade sitiada na direção de seus atacantes. Durante o cerco de Caffa (1347), os tártaros espalharam a peste bubônica, lançando seus mortos das catapultas para a cidade de Gênova.

Durante a guerra da China (1860), na batalha de North Taku Fort, os defensores chineses jogaram potes cheios de soda cáustica (hidróxido de sódio) nas tropas britânicas. O ataque químico e biológico contemporâneo revelou-se durante a Primeira Guerra Mundial (1914-1918), na Batalha de Ypres, na Bélgica 1915, em que os alemães lançaram 6 mil cilindros de gás cloro em um ataque, provocando 5

mil baixas em minutos. A análise estatística realizada durante a Primeira Guerra Mundial revelou que haviam sido usadas 120 mil toneladas de agentes químicos, produzindo 1.250.000 baixas e não foi diferente na Segunda Guerra Mundial (LING, *et al* 2005).

Os envenenamentos criminosos individuais e/ou em massa ainda nos ameaçam nos dias atuais. Como exemplo, em 1978, Georgi Markov, um exilado político búlgaro, foi assassinado em Londres com toxalbumina ricina, por ingestão subcutânea. No ano seguinte, outro fato apavorou o mundo, com a liberação acidental de esporos de antraz de uma base militar da antiga União Soviética, provocando alguns dos indicadores de uma pseudo-epidemia (LING, *et al* 2005).

3.6.2 Conceitos gerais

Toxicologia é geralmente definida como a ciência que estuda os tóxicos e/ou venenos, entendendo-se como tais substâncias químicas que, introduzidas ou absorvidas e metabolizadas pelo organismo, são capazes de produzir lesões funcionais ou estruturais de um órgão ou em sistemas vivos (TIMBRELL, 1999). Possuem vários segmentos, sendo um dos principais a Toxicologia Clínica, que se ocupa do estudo dos pacientes intoxicados, diagnosticando e instituindo terapêuticas para cada situação ou agravo clínico (HODGSON, 2004).

A Toxicologia contribui ainda para o desenvolvimento de outras Ciências e ramos, tais como a Medicina Forense, a Medicina Veterinária, a Farmácia, a Farmacologia, a Saúde Pública, a Higiene Industrial, as Ciências Ambientais e a Agricultura. Enfim, como pode ser visto, é uma Ciência de inegável importância social para o mundo contemporâneo e tem a finalidade de melhorar a qualidade de vida e a saúde do indivíduo no seu ambiente. Dessa forma, colaborar para a regulamentação de substâncias químicas que contribuem para a sobrevivência do homem (OGA, *et al* 2008).

Definição de termos relacionados com tóxicos e/ou venenos. Envenenamento: “ato ou efeito de envenenar-se.” “Intoxicação” e envenenado: “aquele que tem veneno”; que envolve interações más; malicioso; malévolo;... (FERREIRA, 1999).

Veneno: termo de uso popular, que serve para designar a substância química ou a mistura delas, capaz de provocar a intoxicação ou a morte com baixas doses. Geralmente, quando provenientes de animais, são importantes funções de autodefesa ou predatória, como é o caso do veneno de cobra, de abelhas, dentre outros (OGA, 2008). Na língua portuguesa, veneno é definido como “qualquer substância, de origem vegetal, animal ou mineral, que ingerida ou aplicada exteriormente, é capaz de alterar, destruir as funções vitais.” Ou ainda como “todo e qualquer elemento que prejudica ou desvirtua o que é bom” (SANDRONI, e col 2008).

Agente Tóxico, Toxicante ou Xenobiótico, substância química ou agente físico capaz de causar dano a um sistema biológico, alterando significativamente uma função ou levando-o a suprimir a sua capacidade de existir. A maioria das substâncias consideradas como agente tóxico são exógenas, sem papel fisiológico conhecido, denominado xenobiótico (CASTRO, 1993).

Toxina refere-se à substância tóxica produzida por um organismo vivo (micro-organismo animal ou vegetal). Existe um campo de estudo específico denominado Toxinologia, que estuda os efeitos nocivos dessas substâncias (KLAASEN, 2001).

Fármaco ou Medicamento, substância de estrutura química definida, capaz de modificar ou explorar o sistema fisiológico ou estado patológico, em benefício do organismo receptor. Aquela substância usada para impedir ou curar doenças (GOODMAN e GILMAR, 2005).

Droga provém do francês *drogue* que significa erva seca em menção à necessidade de secar algumas plantas ou o produto animal para obter efeitos medicinais (LÜLLMANN, 2008). Na linguagem coloquial, é concebida como toda substância capaz de interferir no sistema fisiológico e/ou estado patológico, utilizada com ou sem intenção de beneficiar o receptor, muitas vezes, usada como sinônimo de fármacos, medicamentos, matéria-prima de medicamentos, alucinógenos e agentes tóxicos ou de substâncias que provocam dependência. Na atualidade, droga é um termo que carrega muito preconceito social, justamente por ser associado às substâncias com mais efeitos nocivos do que terapêuticos. Costumeiramente, é usado como sinônimo de substâncias que provocam prazer e que causam danos não só ao indivíduo, mas também à sociedade (LEONARD, 2006).

Toxicidade é a propriedade inerente a uma substância de produzir danos aos organismos vivos, ou seja, é a medida relativa do potencial tóxico da substância sob certas condições controladas de exposição. Uma substância pode causar dano a um organismo se for administrada em dose muito pequena, enquanto outras só provocarão efeitos se administradas em grande quantidade (GOODMAN e GILMAR, 2005).

Dose letal média ou *DL50*, este índice de toxicidade permite não apenas uma impressão sobre a toxicidade relativa das substâncias químicas, como também, quando adequadamente interpretado, fazer uma previsão dos riscos para o homem. Considera-se *DL50* de uma substância química, aquela capaz de determinar o óbito de 50% de uma população de animais expostos (OGA, *et al* 2008).

A toxicidade de uma substância envolve uma multiplicidade de mecanismos que fogem ao objetivo deste estudo. Entretanto, alguns termos precisam ser descritos:

- Alvo – é o local ou sistema do organismo que interage com o agente tóxico e apresenta a resposta biológica correspondente. Pode ser uma molécula (DNA, proteína etc), um receptor ou um órgão;
- Risco – o termo traduz a probabilidade de que se produzam efeitos adversos ou danos por exposição a um agente tóxico, em virtude de suas propriedades ou das condições de exposição. Assim, a existência de risco associado ao uso de uma substância química torna necessário o estabelecimento de condições de segurança. Entendendo-se como segurança, a maior probabilidade de não ocorrer efeitos adversos para o indivíduo exposto a uma determinada substância, em quantidade e forma recomendada de uso (HAYES, *et al* 2001). Falar de risco e segurança suscita a possibilidade ou não da ocorrência de uma situação adversa. Na utilização de uma substância química para diversos fins, alguns fatores podem ser considerados na determinação de um risco aceitável. A necessidade do uso de uma substância requer as seguintes considerações: a disponibilidade e a adequação de outras substâncias alternativas para o uso correspondente; os efeitos sobre a qualidade do ambiente e conservação dos recursos naturais; as

considerações sobre o ambiente de trabalho; a avaliação antecipada de seu uso público, entre outras.

- Efeito tóxico, adverso ou deletério – é uma ocorrência anormal, indesejável ou nociva consequente à exposição às substâncias potencialmente tóxicas. Todo efeito tóxico é indesejável e nocivo, mas nem todos os efeitos indesejáveis são tóxicos. Nos medicamentos, em particular, devem-se distinguir os efeitos colaterais da toxicidade propriamente dita. Todavia, os efeitos colaterais de agentes terapêuticos são aqueles indesejáveis, mas muitas vezes toleráveis, que aparecem durante a farmacoterapia, enquanto a toxicidade representa a manifestação dos efeitos lesivos de maior gravidade (BENFORT, 2001);
- Efeito nocivo – é outro termo relevante. De acordo com a National Academy of Science, nocivo é o efeito que resulta em transtorno da capacidade funcional e/ou da capacidade do organismo em compensar nova sobrecarga, ou que diminui perceptivelmente a capacidade do organismo de manter uma homeostasia, podendo ser reversível ou irreversível (VEGA e FLORENTINO, *et al* 2000);
- Desintoxicação – é o processo de transformação química que converte uma substância em formas mais facilmente excretáveis (menos tóxicas), geralmente através de reações de biotransformação, que são alterações que ocorrem na estrutura da substância no organismo, provocadas por mecanismos complexos, envolvendo várias reações químicas com a finalidade de torná-la depurável (OGA, *et al* 2008);
- Antídoto – é o termo que designa o agente capaz de antagonizar os efeitos tóxicos de substâncias, atuando sobre o toxicante, enquanto o antagonista impede que o toxicante se ligue a seu alvo ou exerça ação oposta à do agente tóxico (agonista) (CASTRO, 1993);
- Intoxicação – é a manifestação dos efeitos tóxicos e patológicos provocados por substâncias químicas endógenas ou exógenas caracterizados por desequilíbrio fisiológico em consequência de alterações bioquímicas no organismo (SUCAR, 2002).

Em algumas situações, podemos nos expor às ações de diferentes substâncias químicas que potencialmente influenciam nos efeitos originais. Essa interferência é chamada de interação (SOUGEY, 1997).

Destacamos, de modo resumido, os três mecanismos de interações danosas (HAYES, 2007):

- Toxicocinética é quando um agente tóxico modifica a absorção, distribuição, biotransformação, ou excreção do outro, resultando em aumento ou diminuição do efeito de uma substância decorrente da interação. Exemplo: o uso concomitante de varfarina (anticoagulante) com o anti-inflamatório fenilbutazona. A taxa de ligação da varfarina à albumina é de, aproximadamente, 98%, significando que 2% são fração livre. Como a fenilbutazona também se liga à albumina, em sua presença há um aumento da fração livre da varfarina, que pode causar hemorragia fatal;
- Toxicodinâmica ocorre quando um agente modifica o efeito de outro por ligação aos seus receptores ou estruturas alvos. Um exemplo é a que ocorre entre opióides (morfina e heroína) e a Naloxona. Os opióides produzem seus efeitos, ligando-se a receptores opioidérgicos presentes no organismo. A Naloxona é um antagonista destes receptores, ou seja, liga-se a eles, não os estimula, mas impede os agonistas (morfina, heroína) de se ligarem. Neste exemplo de ligação Toxicodinâmica, ocorre uma diminuição do efeito do agente tóxico;
- Químico, quando envolve uma interação química entre os dois agentes. O exemplo clássico é a intoxicação por metal tratada com agentes quelantes, (associação metal-quelante): deixa de produzir os efeitos tóxicos. Essas interações podem produzir efeitos maiores ou menores dependendo do tipo – adição, sinergismo e potencialização com aumento do efeito, ou antagonismo, que resulta em diminuição do efeito.

3.6.3 Intoxicações, notificações e atendimentos

A evolução da Toxicologia ocorreu a partir do século XX, em 1949, quando foram criados os primeiros Centros Médicos Especializados, destinados a pacientes

intoxicados, nas cidades de Copenhage e Budapeste. A partir daí, foram criados Centros de Informações e Assistência Toxicológicas (LING, *et al* 2005).

No Brasil, somente a partir de 1980, o Ministério da Saúde vinculado à Fundação Osvaldo Cruz (Fiocruz) criou o Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (Sinitox), cuja principal atribuição é coordenar a coleta, a compilação, a análise e a divulgação dos casos de intoxicação (envenenamento) notificados no país. Os registros são realizados pela Rede Nacional de Centros de Informação e Assistência Toxicológica (Renaciat), composta por 35 unidades, localizadas em 19 Estados brasileiros. Os resultados do trabalho são divulgados anualmente (Rosany Bochner, coordenadora do Sinitox 2008).

Rede Nacional de Centros de Informação e Assistência Toxicológica



Mapa dos Centros – Os Ciats são acessados por telefone 0800, sendo os dados disponibilizados pela Anvisa e encaminhados a um dos 35 Ciats, que será orientado sobre observação ou internação do paciente, administração de antídotos ou terapia medicamentosa, indicação de exames laboratoriais adequados ou de métodos que possibilitem o aumento da eliminação do agente tóxico.

O índice das intoxicações no Brasil não é bem conhecido porque o sistema de saúde vigente ainda não instituiu a notificação compulsória, e ainda não há uma fonte padrão nas coletas dos dados, ficando, assim, sem a abrangência total da população. Nem mesmo um Instituto Médico Legal (IML) apresenta condições, tais como laboratórios de análise, para identificar todos os casos de morte por intoxicação (OGA, *et al* 2008).

A incidência anual de intoxicações referidas aos Centros de Informações Toxicológicas (Ciats) registra os medicamentos como uma das mais frequentes, quando comparadas com as de envenenamentos por animais peçonhentos,

domissanitários, praguicidas (agrotóxicos), raticidas, produtos químicos industriais e outros. A exposição aos medicamentos tem representado 27% dos casos registrados pelos Ciats, em 2004. O banco de dados da American Association of Poison Control Center (AAPCC) possui mais de 49 milhões de registros, sendo 41,08 milhões de exposições humanas a substâncias tóxicas. No ano de 2005, foram informados aos 61 Centros associados 2.424.180 casos e 1.261 óbitos (letalidade de 0,05%). Os medicamentos foram envolvidos em 41,4% dos casos, sendo 29,2% de forma intencional (www.fiocruz.br/sinitox).

No Brasil, a Resolução 01/88 do Conselho Nacional de Saúde estabeleceu normas a serem seguidas para os ensaios pré-clínicos e clínicos. Outras categorias de substâncias, como praguicidas, domissanitários e aditivos alimentares, com as quais o homem entra em contato como usuário ou durante o processo de fabricação, tiveram sua regulação pelo Ministério da Saúde, Ministério da Agricultura e Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (Ibama) (<http://www.anvisa.gov.br/toxicologia/index.htm> e www.agricultura.gov.br).

O século XX foi marcado por grande avanço tecnológico no campo da síntese química para diversos fins, tais como farmacêuticos (fármacos, excipientes), alimentares (conservantes, corantes, flavorizantes) e agrícolas (praguicidas herbicidas) e como consequência advieram muitos danos e mortes. De 1959 a 1961, crianças nasceram deformadas de mães que usaram Talidomida no início da gravidez (OGA, *et al* 2008).

Com o desenvolvimento industrial, tem se visto a produção de fármacos com efeitos cada vez mais específicos para diversas especialidades farmacêuticas. Contudo, o manuseio da medicação requer perícia e prudência, já que os múltiplos efeitos indesejáveis de seu uso podem assumir caráter leve ou moderado, causando lesões muitas vezes irreversíveis (SOUGEY, 1997).

Dependendo das condições de exposição, toda substância pode agir como toxicante, causando efeito nocivo ao ser vivo. Em verdade, os medicamentos possuem, em maior ou menor grau, propriedades tóxicas, provocando efeitos adversos, sendo a superdosagem um dos fatores preponderantes que determinam a intoxicação (SOUGEY, 1998).

Dos medicamentos utilizados nas TSE, a maioria são os psicofármacos. Esta classe de medicamentos apresenta um índice terapêutico bastante alto, e

usualmente, só são letais quando associados ao álcool e outros medicamentos, em função de as interações medicamentosas provocarem um papel decisivo nas alterações do perfil farmacológico dos fármacos associados (SUCAR, 2003).

O termo agrotóxico, foi definido pela Lei Federal nº7.802 de 11/07/1989, regulamentada através do decreto 98.816 no seu Artigo 2, Inciso I, como sendo: “os produtos e os componentes de processos físicos, químicos ou biológicos destinados aos setores de produção, armazenamento e beneficiamento de produtos agrícolas, pastagens, proteção de florestas e também em ambientes urbanos, hídricos e industriais, cuja finalidade seja alterar a composição da flora e da fauna, a fim de preservá-la da ação danosa de seres vivos considerados nocivos, bem como aqueles empregados como desfolhante, dessecantes e estimuladores do crescimento. Essa definição exclui fertilizantes e químicos administrados a animais para estimular crescimento ou modificar comportamento reprodutivo (OPAS/OMS, 1996).

No Brasil, agrotóxico passou a ser utilizado para denominar venenos agrícolas, colocando em evidência a toxicidade desses produtos ao meio ambiente e à saúde humana. Igualmente são genericamente conhecidos como praguicidas, pesticidas, biocidas, agroquímicos, produtos fitossanitários, defensivos agrícolas, dentre outros (www.fiocruz.br/sinitox/-2008).

No Brasil, a notificação e a investigação das intoxicações por agrotóxicos são precárias tanto por dificuldade de acesso dos trabalhadores rurais aos serviços de saúde, quanto pela precariedade da assistência. Na maioria dos Estados brasileiros, esses agravos não são objeto dos sistemas de vigilância epidemiológica e/ou sanitária, não sendo, portanto, definidos como notificação compulsória (www.fiocruz.br/sinitox/-2008). (OGA, *et al* 2008).

No CEATOX/PE - Recife um dos oito CIATs do Nordeste, registrou no ano de 2009. Os agrotóxicos como a segunda causa de intoxicação humana por circunstâncias auto-provocadas e a principal causa de morte nestes casos (Anexo IV).

Considerando-se a diversidade de produtos, existem no Brasil centenas de princípios ativos em mais de duas mil formulações comerciais.

O Brasil está entre os principais consumidores mundiais de agrotóxicos, sendo os principais grupos profissionais que têm contato com estes produtos, destacamos os trabalhadores; nos setores agropecuário, de saúde pública, de firmas

desintetizadoras, de transporte e comércio, das industriais de formulação e síntese. Finalmente toda a população tem possibilidade de intoxicar-se, principalmente pela ingestão de alimentos contaminados (CHEDIACK, 1982).

Destaque-se o estudo de Heddlestone, que revela a magnitude do envenenamento por pesticidas em todo o planeta e serve de denúncia à omissão das políticas de saúde pública sobre o assunto. O autor provocou a mobilização de três departamentos da OMS – Saúde Mental e Abuso de Substâncias, Prevenção de Lesões por Violência e o Programa de Promoção e Atendimento da Segurança de Produtos Químicos –, com o objetivo de reduzir o impacto dos pesticidas em todo o sistema de saúde (EDDLESTON, *et al* 2009).

4. METODOLOGIA

4.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo e analítico, do tipo corte transversal, realizado com pacientes que tentaram suicídio por envenenamento, no período de dezembro de 2008 a agosto de 2009.

4.2 Local

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 a 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 tem se voltado, de forma marcante, ao atendimento a pacientes politraumatizados, neurológicos, lesionados – por arma de fogo, arma branca e queimaduras, acometidos por hemorragia digestiva alta e baixa, bem como por intoxicação exógena –, incluindo animais peçonhentos, além de diversos casos de alta complexidade. Pela grande demanda no atendimento a pacientes intoxicados e por contar com um Centro de Assistência Toxicológica (Ceatox-HR), este estudo tornou-se possível (FURTADO, *et al* 2004).

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 é desempenhado em área anexa, que se localiza nas dependências da emergência pediátrica do HR. Tem como principal função ofertar aos usuários do sistema de saúde serviço qualificado no atendimento de casos de intoxicações, visando à 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 é composta por um grupo especializado, coordenado por uma médica, oito enfermeiras e uma secretária. É ativa em tempo integral,

durante todo o ano. O atendimento é 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 podem ser colhidas e registradas em formulários próprios e encaminhadas ao setor de estatística do HR.

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

4.3 População e amostra

A população objeto deste estudo foi obtida de uma amostra de pacientes atendidos no hospital público do Recife – referência em envenenamento –HR por TSE, no ano 2009, totalizando 947 pessoas. Esta informação fornecida pelo relatório do Ceatox-HR consta no Anexo V de onde também se verifica o registro dos 3.289 pacientes atendidos devido à intoxicação de um modo geral.

Trata-se de uma amostra selecionada aleatoriamente na emergência do referido hospital, constituída por 110 pacientes sobreviventes de TS por autoingestão de substância(s) tóxica(s) (envenenamento). Essa amostra corresponde a 11,6% desta população e tem tamanho suficiente para caracterizar o perfil sociodemográfico deste universo.

A faixa etária variou de 14 a 78 anos, e todos necessitaram de hospitalização e procedimentos médicos de urgência.

4.4 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 I) ou, no caso de menores de 18 anos, que tiveram autorização prévia de seus familiares e/ou responsáveis (Apêndice II).

4.5 Critérios de exclusão

- 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 a participar do estudo.

4.6 Instrumentos de avaliação

Foram utilizados dois instrumentos de avaliação:

- Entrevista Diagnóstica Estruturada e Padronizada Mini – Internacional Neuropsychiatric Interview (MINI) – (Anexo VI);
- Formulário de pesquisa especialmente confeccionado para atender aos objetivos do estudo, aplicado em forma de entrevista em que constam os dados sociodemográficos, a história clínica, os antecedentes, pessoais e hereditários, e alguns dados da curva de vida (Apêndice III).

4.7 Procedimentos operacionais

Fase pré-operacional

Em abril de 2008, o projeto da pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humano do Hospital da Restauração de Pernambuco (CEP/HR) e 23/05/2008 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).

Ao mesmo tempo em que foi iniciado o treinamento dos instrumentos da pesquisa, duas psicólogas, mestrandas da UFPE, juntamente com a pesquisadora, habilitaram-se para a aplicação dos referidos instrumentos a serem usados na coleta

de dados. Através de reuniões, foram avaliadas as condições objetivas da aplicação dos formulários com o cuidado de se manter a padronização das entrevistas.

- Fase operacional

Após a aprovação – pelo Comitê de Ética do Hospital da Restauração (Julho/2008) (Anexo VII) e pelo Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde - UFPE (Anexo VIII), foi iniciada a pesquisa de campo com o estudo piloto (dezembro/2008), em que foram 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 da constatação de que o grupo de estudo só seria entrevistado 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 por TSE em vigência do atendimento de emergência no HR entre janeiro e agosto de 2009. Todos os pacientes foram identificados e referenciados pela equipe do Ceatox-HR.

Os pacientes entrevistados se encontravam em macas, cadeiras ou camas localizadas em 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 pela necessidade de se criar as mínimas condições de relacionamento e confiança dos entrevistados. Todos os pacientes e a maioria dos acompanhantes receberam, verbalmente, o resultado do exame psiquiátrico, obtido através da aplicação da

entrevista padronizada MINI, ao mesmo tempo em que entregamos, por escrito, sugestões para encaminhamento e tratamento especializado.

4.8 Análise estatística

Através das informações obtidas, foi construído um banco de dados, usando o software SPSS – versão 13.0, plataforma, igualmente utilizado na análise dos dados. No que se refere às variáveis de interesse, foram construídas distribuições de frequência absolutas e percentuais uni e bivariados. Foram calculadas medidas descritivas: média e desvio padrão. Na análise de associação por gênero, foi usado o teste Qui-quadrado de independência de Pearson, com nível de significância de 5%.

4.9 Considerações éticas

O projeto foi submetido aos Comitês de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Hospital da Restauração e do Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, conforme Resolução n. 196/96, do Ministério da Saúde. As cartas, de aprovação, foram expedidas no dia 22 de julho de 2008 (Anexo VII) e no dia 21 de agosto de 2008 (Anexo VIII).

Após a aprovação, as entrevistas foram iniciadas (dezembro, 2008). Como benefício, todos os pacientes foram avaliados quanto à presença ou não de alguma doença 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 Conselho Tutelar para atuar junto ao serviço social.

5. RESULTADOS

5.1 Perfil sociodemográfico dos pacientes

O perfil sociodemográfico dos pacientes estudados, apresentado na Tabela 1, revela que, quanto ao gênero, 70% eram mulheres, com média de idade de 28,1 anos; sendo que mais da metade (58,2%) possuía idade entre 14 e 29 anos; com relação ao convívio conjugal, 63,3% não residiam com o companheiro(a). Quanto à escolaridade, 60,9% tinham no máximo o ensino fundamental, sendo 5,5% com nível superior. No que tange à situação de trabalho e renda, 80% declararam não ter emprego e apenas 20% admitiram ter emprego regular. No mais, 75,5% não possuem estabilidade financeira (50% estão desempregados e 25,5% com trabalhos irregulares). Quanto à dependência financeira, 59,1% confirmaram ser dependentes financeiramente de alguém. Finalmente, 67,3% confirmaram ter uma crença religiosa.

Tabela 1- Perfil sociodemográfico dos pacientes estudados

Características		n	%
Gênero			
	Masculino	33	30,0
	Feminino	77	70,0
Faixa etária (anos)			
	14 29	64	58,2
	29 39	28	25,5
	≥39	18	16,3
Reside com companheiro			
	Sim	40	36,6
	Não	70	63,6
Instrução			
	Analfabeto	7	6,4
	Ensino Fundamental	60	54,5
	Ensino Médio	37	33,6
	Ensino Superior	6	5,5
Profissão			
	Sim	16	14,5
	Não	94	85,5
Fonte de Renda			
	Desempregado	55	50,0
	Trabalho irregular	28	25,5
	Trabalho regular	22	20,0
	Benefício definitivo	5	4,5
Dependência financeira			
	Sim	65	59,1
	Não	45	40,9
Crença religiosa			
	Sim	74	67,3
	Não	36	32,7

5.2 Transtornos psiquiátricos

O resultado dos principais transtornos psiquiátricos apresentados na (tabela 2) revelam predomínio do episódio depressivo com 70,9%, distúrbios pelo uso nocivo de bebidas alcoólicas com 28,2%, seguiram-se os transtornos de ansiedade generalizada (TAG) com 27,8%, e o abuso de substâncias psicoativas (exceto álcool) com 10,9%, a síndrome psicótica com 10,2%, a bulimia nervosa 9,3%, e o Transtorno de distímia com 4,5%.

Tabela 2 – Transtornos psiquiátricos dos pacientes estudados

Transtornos psiquiátricos (alguns)	n	%(*)
Episódio Depressivo	78	70,9
Transtorno de Distímia	5	4,5
Episódio Hipomaniaco	1	0,9
TEPT	1	0,9
Síndrome Psicótica	11	10,2
Drogas de Abuso (exceto álcool)	12	10,9
Uso nocivo de bebidas alcoólicas	31	28,2
Bulimia nervosa	10	9,3
TAG	30	27,8

(*)% calculado com base em n=108 pacientes com pelo menos um transtorno psiquiátrico

5.3 Algumas variáveis (estressores) relacionadas/TSE

Com os dados da Tabela 3, destacam-se dentre os motivos alegados para a TSE os problemas de relacionamento referidos por 71,8%, com predomínio dos afetivos 47,3%, sendo os demais com os familiares do primeiro grau 24,5%. Em seguida, 14,5% alegaram problemas financeiros. Referente ao pensamento de morte, apenas 4,5% declararam tal motivo.

Referindo-se à ideação suicida, 80% confirmaram-na no último mês antes da TSE e 52,7% admitiram ter planejado a morte. Apenas 30,9% eram recorrentes, contra 69,1% sem tentativas anteriores.

Após terem escapado da morte pela TSE, 37,3% admitiram estar decepcionados, contra 61,8%, que relataram estar aliviados.

Dos pacientes do estudo, 98,2% apresentaram pelo menos um ou mais transtornos psiquiátricos identificados através da aplicação do MINI (Anexo VI).

Quanto à doença mental na família 90,9% confirmaram-na entre seus familiares, 19,1% referiram ter outras doenças médicas crônicas, identificamos ainda que 64,5% dos pesquisados apresentaram co-morbidade psiquiátrica.

Referindo-se a TS na família apenas 20,0% confirmaram esse fato (com 14,5% resultando em morte). Quanto as vivências traumáticas ao longo da vida 62,7% admitiram tê-la sofrido (26,4% por abuso sexual ao longo da vida e 17,3% na infância).

Tabela 3 - Algumas variáveis (estressores) relacionadas/TSE

Variáveis (estressores)	n	%
Motivo alegado		
Problemas de relacionamento afetivo	52	47,3
Problemas financeiros	16	14,5
Problemas com familiares do 1º grau	27	24,5
Pensamento de morte	5	4,5
Outros	10	9,1
Ideação suicida (no último mês)		
Sim	88	80,0
Não	22	20,0
Planejamento anterior		
Sim	58	52,7
Não	52	47,3
Tentativas anteriores		
Sim	34	30,9
Não	76	69,1
Sentimento pós-tentativa		
Decepcionado/Envergonhado	41	37,3
Aliviado	68	61,8
Não sabe	1	0,9
Doença mental e outras		
Transtorno psiquiátrico	108	98,2
Transtorno mental na família	100	90,9
Outras doenças (exceto psiquiátricas)	21	19,1
Co-morbidade psiquiátrica	71	64,5
Tentativa de suicídio na família		
Com morte	16	14,5
Sem morte	6	5,5
Vivências traumáticas ao longo da vida		
Outros fatos traumáticos (infância)	69	62,7
Abuso sexual (ao longo da vida)	29	26,4
Abuso sexual (infância)	19	17,3

5.4 Principais agentes declarados/TSE

Os principais agentes declarados, apresentados na (tabela 4), 50,9% foram de medicamentos (38,2% psiquiátricos e 12,7% outros tipos), 45,5% de agrotóxicos. Por outro lado, 33,6% informaram ter associado bebidas alcoólicas com o(s) agente(s) do autoenvenenamento e 2,7% fizeram uso de outras drogas de abuso.

Tabela 4 – Principais agentes declarados/TSE

Agentes	n	% (*)
Medicamentos psiquiátricos	42	38,2
Outros Medicamentos	14	12,7
Raticida	14	12,7
Praguicidas	50	45,5
Produto químico veterinário	3	2,7
Produto químico industrial	2	1,8
Domissanitários	3	2,7
Bebidas Alcoólicas (estar sob efeito)	37	33,6
Outras drogas de abuso	3	2,7

(*) Percentual calculado com base em 110 pacientes que podem ter usado mais de um agente

Referindo-se à quantidade de agentes utilizados (segundo informações do paciente) na TSE, descritos na Tabela 5, observa-se que 57,3% dos examinados fizeram uso de uma substância; 33,6% de duas; e 9,1% de três ou mais.

Tabela 5 - Quantidade de agentes utilizados/TSE

Quantidade de Agentes	n	%
1	63	57,3
2	37	33,6
3	10	9,1
Total	110	100

5.5 Comparação por gênero

A análise dos dados por gênero, considerando-se as características sociodemográficas apresentadas na Tabela 6, mostra que a idade média, entre homens e mulheres, foi de 28,1 anos. Referindo-se ao convívio marital, 72,7% dos homens residiam sem companheira, contra 54,5% das mulheres na mesma condição, mas sendo essa diferença estatisticamente significativa apenas a 7,4%.

Quanto à dependência financeira, predomina entre as mulheres, com 62,3% e 48,5% dos homens, mas sem significância estatística ($p=0,290$). Entre as mulheres, 93,5%, e 84,8% dos homens ratificaram ter doença mental na família; relativo ao transtorno psiquiátrico, todos do gênero masculino mostraram ter pelo menos um transtorno mental, e 97,4% do gênero feminino. No que se refere à análise da comorbidade psiquiátrica, estavam presentes em 72,7% dos homens e em 59,7% das mulheres (sem diferença estatística significativa, por gênero, ao nível de 5%).

Referente à vivência de outros fatos traumáticos (infância), mostraram-se presentes em 64,9% das mulheres e 57,6% dos homens. Quanto ao abuso sexual, foi admitido por 22,1% das mulheres e 6,1% dos homens. Referente aos motivos alegados para o ato autodestrutivo, foram citados por 74% das mulheres e 66,7% dos homens, os problemas de relacionamento afetivo/familiar. A ideação suicida aparece em 80,5% das mulheres e 78,8% dos homens. Quanto a ter planejado a TSE, identificamos que os homens planejam mais (66,7%) do que as mulheres (46,8%), sendo esta diferença comprovada estatisticamente ao nível de 5,5%. E, referentes às TS anteriores, foi confirmado este comportamento por 33,8% das mulheres e 24,2% dos homens.

Tabela 6 - Comparação por gênero (algumas variáveis/estressores)

Variáveis		Gênero (1)		p-valor(*)
		Masculino	Feminino	
Idade Média (DP)		28,1 (8,4)	28,1 (11,5)	-----
Reside com companheiro(a)	Sim	9 (27,3)	35 (45,5)	0,074
	Não	24 (72,7)	42 (54,5)	
Dependência Financeira	Sim	16 (48,5)	48 (62,3)	0,290
	Não	17 (51,5)	29 (37,7)	
Doença mental na família	Sim	28 (84,8)	72 (93,5)	0,079
	Não	2 (6,1)	0 (0,0)	
	Não sabe	3 (9,1)	5 (6,5)	
Transtorno psiquiátrico	Sim	33 (100,0)	75 (97,4)	0,350
	Não	0 (0,0)	2 (2,6)	
Co-morbidade psiquiátrica	Sim	24 (72,7)	46 (59,7)	0,194
	Não	9 (27,3)	31 (40,3)	
Motivo alegado (conflito/afetivo/familiar)	Sim	16 (48,5)	36 (46,8)	0,868
	Não	17 (51,5)	41 (53,2)	
Outros fatos traumáticos (infância)	Sim	19 (57,6)	50 (64,9)	0,464
	Não	14 (42,4)	27 (35,1)	
Abuso sexual (infância)	Sim	2 (6,1)	17 (22,1)	0,042
	Não	31 (93,9)	60 (77,9)	
Ideação suicida	Sim	26 (78,8)	62 (80,5)	0,835
	Não	7 (21,2)	15 (19,5)	
Planejou	Sim	22 (66,7)	36 (46,8)	0,055
	Não	11 (33,3)	41 (26,0)	
Tentativas anteriores	Sim	8 (24,2)	26 (33,8)	0,322
	Não	25 (75,8)	51 (66,2)	

(*) Refere-se ao p-valor do teste qui-quadrado de Pearson

(1) Valores entre parênteses referem-se a percentuais.

Referente aos principais transtornos psiquiátricos por gênero, os dados da Tabela 7 revelam que o episódio depressivo não indica diferença significativa, visto que ocorreu em 72,7% dos homens e 70,1% das mulheres. Quanto ao uso de drogas de abuso (exceto álcool), foi maior entre os homens 18,2% do que nas mulheres 7,8% (sem diferença estatisticamente significativa). Todavia, o TAG foi maior nas mulheres 31,2% do que nos homens 18,2%. Quanto ao uso de drogas de abuso resultaram 18,2% nos homens e 7,8% nas mulheres (sem diferença estatisticamente significativa) e quanto ao uso nocivo de bebidas alcoólicas, 42,4% eram do gênero masculino e 22,1% do feminino, sendo esta diferença estatisticamente significativa ($p=0,030$).

Tabela 7 – Comparação por gênero (principais transtornos psiquiátricos)

Transtornos		Gênero (1)		<i>p</i> -valor(*)
psiquiátricos		Masculino	Feminino	
Episódio depressivo	Sim	24 (72,7)	54 (70,1)	0,783
	Não	9 (27,3)	23 (29,9)	
Drogas de abuso (exceto álcool)	Sim	6 (18,2)	6 (7,8)	0,109
	Não	27 (81,8)	71 (92,2)	
TAG	Sim	6 (18,2)	24 (31,2)	0,161
	Não	27 (81,8)	53 (68,8)	
Uso abusivo e dependência e bebida alcoólica	Sim	14 (42,4)	17 (22,1)	0,030
	Não	19 (53,6)	60 (77,9)	

(*) Refere-se ao *p*-valor do teste qui-quadrado de Pearson.

(1) Valores entre parênteses referem-se a percentuais.

Os agentes mais utilizados para a TSE, segundo o gênero, descritos na Tabela 8, apontam que mais homens (51,5%) do que mulheres (26,0%) estavam sob efeito de bebida alcoólica no ato do envenenamento, com diferença estatisticamente significativa ($p=0,009$).

Quanto ao uso de medicamentos psiquiátricos, 41% foram mulheres e 31,3%, homens. Outros tipos de medicamentos mostraram 14,1% das mulheres contra 9,4% dos homens. No que se refere às substâncias agrotóxicas, 57,6% foram ingeridas por homens e 40,3% por mulheres.

Tabela 8 – Comparação por gênero (principais tipos de agentes utilizados)

Tipos		Gênero (1)		<i>p</i> -valor(*)
		Masculino	Feminino	
Associações com bebidas alcoólicas	Sim	17 (51,5)	20 (26,0)	0,009
	Não	16 (48,5)	57 (74,0)	
Medicamentos psiquiátricos	Sim	10 (31,3)	32 (41,0)	0,266
	Não	23 (69,7)	45 (58,4)	
Outros medicamentos	Sim	3 (9,4)	11 (14,3)	0,454
	Não	29 (90,6)	66 (85,7)	
Substâncias agrotóxicas	Sim	19 (57,6)	31 (40,3)	0,095
	Não	14 (42,4)	46 (59,7)	

(*) Refere-se ao *p*-valor do teste qui-quadrado de Pearson.

(1) Valores entre parênteses referem-se a percentuais.

6. DISCUSSÃO

Os dados sobre o suicídio e TS são universalmente subestimados. Em nosso meio, por exemplo, em 2009, apenas em um hospital público da cidade do Recife foram registrados 983 pacientes atendidos após autoenvenenamento (Anexo V).

Nesta investigação, dados descritivos, sociodemográficos e outras variáveis relacionadas às TS foram estudadas numa amostra da cidade do Recife, cujos resultados revelam um panorama preocupante em termos de saúde pública.

Os estudos sobre comportamentos suicidas constituem fontes elegíveis de dados para maior conhecimento de uma condição psiquiátrica historicamente reconhecida, mas ainda parcialmente elucidada. Existem muitos vazios no conhecimento do fenômeno e poucas propostas de intervenções preventivas eficazes e capazes de impactar o cenário epidemiológico mundial sobre o problema.

Conhecer o perfil sociodemográfico, numa amostra de uma população de risco, por certo será um realístico subsídio para a aplicação de intervenções preventivas mais proveitosas.

Gênero

Entre os pesquisados, foram as mulheres que predominaram em mais do dobro. Estes dados são confirmados em outros estudos (GUNNELL, 2000; STEFANELLO, *et al* 2007). Estudo similar demonstrou que das 210 tentativas de suicídio atendidas em um hospital geral universitário, 68,1% foram mulheres, taxa semelhante aos nossos resultados que foram de 70% (STEFANELLO, *et al* 2007). Em outros dados da literatura, essa predominância feminina nas tentativas de suicídio varia com a idade. Entre os adultos mais velhos, a proporção entre homens e mulheres aproxima-se de 1:1 (LAWRENCE, *et al* 2000).

Faixa etária

A média da idade encontrada foi de 28,1 anos, com 83,7% com idade inferior a 39 anos, o que é confirmado em outros estudos, indicando que as TS são até três vezes mais comuns em mulheres com idade abaixo de 35 anos. Em um estudo multicêntrico do comportamento suicídio, da OMS, as mais altas taxas de TS foram encontradas em mulheres jovens, com idade entre 15 - 24 anos (MELLO, *et al* 2007). A taxa média anual, para TS, foi calculada em 283 para cada 100 mil

habitantes, indicando que a cada ano em cada 350 mulheres, tentam suicídio e requer atenção médica devido as consequências do seu comportamento (KERKHOF, 2000). Outro estudo revela que é menos frequente TS em pessoas de idade avançada do que entre as jovens (MOSCCICKI, 1997). Outra característica é o alto grau de letalidade do ato suicida se comparado entre pessoas de idade avançada e os jovens, indicando a alta intenção suicida entre os mais velhos (PIRES, *et al* 2009), letalidade essa relacionada a diversos fatores, incluindo resistência física reduzida (mais doenças físicas), maior isolamento (menos probabilidade de socorro) e maior determinação de morrer (KENNEDY, *et al* 2000). A idade do paciente também pode ser relevante para o diagnóstico psiquiátrico, uma vez que transtornos específicos variam quanto à idade típica de surgimento (APA, 2006).

Religião

Na maioria da nossa amostra, 67% admitiram ter uma crença religiosa, ficando evidente que a religião não foi impeditiva para a TSE. Apesar desta constatação, as evidências apontam a religião como protetor contra o suicídio. Um estudo com 835 idosos mostrou o uso da religião como uma fonte de suporte e de conforto associada a uma menor incidência de pensamentos suicidas (COOK, 2002). Pode-se afirmar o fato de que para uns, submetidos a algumas determinadas condições, a força das crenças religiosas pode oferecer efeitos protetores; para outros, entretanto, a probabilidade, mais do que diminuir, pode aumentar a chance de concretizar pensamentos suicidas (APA, 2006). Apenas ter uma crença religiosa, sem a informação do grau de religiosidade (crença pessoal e a estrutura cognitiva fornecida por cada religião), por certo não nos autorizaria a relacionar a religião nem como protetor nem como agravante quanto ao risco do comportamento suicida.

Grau de Instrução

Na amostra, 54,5% tinham, no máximo, concluído o ensino fundamental, enquanto apenas 5,5% possuíam curso superior. Tais índices refletem, primeiramente, as características predominantes dos pacientes atendidos, em geral, nos hospitais públicos, tanto do Município, quanto da Região Metropolitana do Recife (inclui-se o HR). Estes dados exibem uma limitação no desenvolvimento dos recursos intelectuais. Em suma, baixa escolaridade está associada em nosso estudo

a pelo menos pouca qualificação profissional, o que remete a maior chance de dificuldade de inserção social gerada por uma situação de anomia e como consequência gerador de alta ansiedade (DURKHEIM, 2004).

Emprego e status socioeconômico

Não tinham profissão 80% (50% relataram desemprego, 25,5% trabalhos eventuais e 4,5% recebiam benefícios) e apenas 20% confirmaram emprego regular. Desemprego foi consistentemente observado em pessoas que tentaram suicídio (BROWN, *et al* 2000) e se suicidaram (KPOSOWA, 2001). Aumentos análogos, nas taxas de suicídio e de TS, também são observados em regiões de baixas condições socioeconômicas, que têm um maior número de pessoas desempregadas (HAWTON, *et al* 2001).

Nesse panorama, podemos interpretar que a amostra do estudo refere-se a uma faixa da população sem inserção no mercado de trabalho e, portanto, submetida às cobranças sociais e individuais. Na nossa amostra, encontramos 59,1% de pessoas que se encontravam economicamente dependentes, revelando-se uma população com alta potencialidade suicida e que há muito a ser feito em termos preventivos do ponto de vista de melhores políticas de saúde pública e educacional. O status socioeconômico, como fator de risco para o suicídio, ainda é uma questão controversa, e não esclarecida. Quando associada a outros fatores, atinge especialmente homens jovens em período de desemprego (APA, 2006).

Convívio conjugal

Confirmado por outros estudos da literatura, a ausência de convívio conjugal pode gerar condições mais favoráveis à tentativa de suicídio. Assim, nesta amostra pesquisada, 72,7% dos homens e 54,5% das mulheres não possuíam convívio conjugal. Diante dos dados colhidos, a perda de um companheiro(a) pode ser considerada como condição de risco para o suicídio consumado ou não, funcionando como importante estressor em especial nos homens, quando não tão jovens (PIRES, *et al* 2009). Deve-se ressaltar que múltiplos fatores podem estar associados ao estado civil, tais como as variações psicológicas ou de saúde, dentre outras (WYDER, *et al* 2008).

Por outro lado, 71,8% dos pesquisados indicaram como motivo para a TSE problemas de relacionamento, seja afetivo (47%) ou familiar do 1º grau (24,5%).

Dentre os problemas mais significativos, 74% das mulheres e 66,7% dos homens admitiram os motivos afetivos. Tais constatações permitem inferir que as pessoas, em geral, costumam depositar muitas expectativas nos relacionamentos afetivos, e problemas dessa ordem mostram alto índice de comportamento suicida decorrente de perda afetiva ou até mesmo o fato de não ser correspondido(a) na sua “paixão” (WERLANG e BOTEGA, e col 2004).

Transtornos psiquiátricos

Expressiva maioria entre os pesquisados era acometida de algum transtorno psiquiátrico (Tabela 2). Presença de sintomas depressivos foi a ocorrência mais incluída, revelando uma população de alto risco para o suicídio, já que os transtornos de humor, principalmente nas fases depressivas, estão significativamente mais relacionados com o suicídio (ABREU, *et al* 2009; CHACHAMOVICH, *et al* 2009).

Dependência química

Embora o índice médio de alcoolismo na população mundial esteja entre 11% e 15%, (APA, 2006), o nosso estudo revelou que 28,2% dos entrevistados estavam incluídos como usuários nocivos das bebidas alcoólicas. Produzindo um cenário grave, por múltiplas razões, dentre elas, indivíduos com transtorno por uso nocivo de álcool têm maior risco de TS e de suicídio. E neste grupo, com ocorrência de TS anterior, é frequente doença mental entre os seus familiares, principalmente os transtornos do humor e transtornos por outras substâncias (APA, 2006). Situação semelhante revelaram os achados deste estudo, com taxas altas (90,9%) de doença mental entre os familiares dos pesquisados.

Situações de ameaça e/ou perda ou perturbação de um relacionamento pessoal podem agravar o comportamento relacionado ao álcool e/ou ser um precipitante para o suicídio (PIRKOLA, *et al* 2000).

A tendência a comportamentos violentos e impulsivos é aumentada após o consumo de álcool, sendo importante para a etiologia de morte por causas externas. Nesse contexto, os suicídios e as TS aparecem como uma atitude impulsionada pelo consumo de álcool (PONCE, *et al* 2007).

Esquizofrenia

Estima-se que o risco de suicídio entre pacientes com esquizofrenia esteja em torno de 8,5 vezes mais alto, quando comparado com a população geral (HARRIS e BARRACLOUGH, 1997; BASTOS, 1995), com aumentos ainda maiores para pacientes que já foram hospitalizados (De HERT, *et al* 2001).

Considerando os transtornos psiquiátricos, este estudo confirma os dados da literatura, não só pela presença de pelo menos um transtorno mental, mas, principalmente, pela sobreposição de outro. É oportuno ressaltar que não avaliamos os Transtornos de Personalidade que mostram índice em torno de 40% na TS (BROWN, *et al* 2000), o que confirma a variável como um importante fator preditivo(risco) de TS.

Tentativas Anteriores de Suicídio (TSA)

Do total da amostra, 30,9% relataram tentativas de suicídio anteriores, confirmando a importância de acompanhamento médico e social nesta população (CROSBY, *et al* 1994). Indivíduos com tentativas anteriores constituem uma população distinta de alto risco para o suicídio. Estudos comprovam que a maioria dessas pessoas apresenta um ou mais diagnósticos psiquiátricos (Eixos I e II) (DSM-IV TR™), sendo a *Depressão Maior* e a *Dependência de uso de bebidas alcoólicas* aquelas mais observadas para o Eixo I e o *Transtorno de Personalidade Borderline* para o Eixo II (FERREIRA, *et al* 1998).

Um aumento da mortalidade por causas naturais e não naturais ocorre após TS (OSTAMO, 2001; TEJEDOR, *et al* 1999).

Tentativa de suicídio por qualquer método está associada a um aumento de 38 vezes no risco de suicídio, taxa mais alta do que aquela associada a qualquer transtorno psiquiátrico (HARRIS e BARRACLOUGH, 1997). Estudos de seguimento de pessoas com ocorrência de TS anteriores demonstram que, entre 6% e 27,5% dessas pessoas morrerão por suicídio (CLARK e FAWCETT, 1992; HARRIS e BARRACLOUGH, 1997). Outros estudos verificaram que o risco de suicídio parece ser predominante durante o primeiro ano após uma tentativa (OSTAMO, 2001; LONNQVIST, 2001) e um aumento ainda maior pode estar associado a tentativas abortadas (BARBER, *et al* 1998) ou repetidas (HARRIS e BARRACLOUGH, 1997; OSTAMO, 2001; TEJEDOR, *et al* 1999).

Ideação suicida e pensamentos de morte

Estiveram presentes em mais de 70% da amostra, sendo que 52,7% confirmaram ter planejado a tentativa antes de executá-la. Assim, a ideação suicida é um determinante importante do risco, uma vez que precede a maioria dos atos suicidas, porém é importante ressaltar que a maioria das pessoas com ideação suicida não chega a cometer suicídio. O clínico deve investigar, portanto, a presença de ideação pregressa, entre os outros fatores de risco (CLARK e FAWCETT, 1992; BECK, *et al* 1999), sendo importante avaliar não só a presença de ideação suicida, mas igualmente sua magnitude e a persistência no presente e no passado. Muitos indivíduos podem negar a ideação suicida, mesmo quando questionados diretamente (BUSCH, *et al* 2003; KROLL, 2000).

Além da ideação suicida, os pacientes podem relatar pensamentos de morte, não-específicos “viver não vale a pena” ou específicos “eu gostaria de estar morto.” Estes pensamentos foram relatados por 4,5% dos pacientes deste estudo, quando os admitiram como o motivo para o envenenamento: “morrer seria um modo de livrar-se dessa tortura” foi o que uma das nossas pacientes relatou. Dados desse tipo podem ser vistos como um prelúdio para a TS ou refletir a sensação de pessimismo e desesperança em relação ao futuro e/ou presença de doença mental nessas pessoas. A ausência de ideação suicida não elimina o risco de comportamento suicida (APA, 2006).

Pacientes que relatam pensamentos de morte (planos de se matar, ou comportamentos autodestrutivos) podem ser beneficiados por diversos tratamentos. É importante lembrar as limitações próprias do lidar com situações de comportamentos suicidas. Os nossos manuais propõem diretrizes para os tratamentos de transtornos psiquiátricos e nos alertam para os tratamentos cuja meta é eliminar o risco de suicídio. São sugeridas metas de tratamento com abordagem abrangente, com múltiplos recursos de evidências clínicas reconhecidos, tais como: internações, eletroconvulsoterapia (ECT), psicoterapia, farmacoterapia, vigilância e ajuda dos familiares (APA, 2006).

Esta pesquisa identificou que 80% das pessoas confirmaram ideação suicida e 57% revelaram tê-la planejado. Este dado nos levou à seguinte inferência: planejar a possibilidade de se matar em termos concretos e detalhados poderia servir como um fator de inibição à tentativa efetiva em grupos de indivíduos integrados aos

valores sociais. Em suma, quando se imagina em termos práticos – forma de se matar, data precisa, sofrimento experimentado antes de morrer, reação dos pais e amigos – a própria morte, tal planejamento poderia frear a prática da TS.

Ter um comportamento autodestrutivo, dentro das condições e características descritas, o faria talvez, mais por impulso, ou seja, reflexo de uma atitude não pensada. Estarem aliviados após constatarem ter sobrevivido ao autoenvenenamento foi o que declararam quase dois terços dos pacientes do estudo, revelando, talvez, que não era a morte o objetivo final. Estes dados permitem supor que, neste estudo, a intenção imediata da maioria foi a de reagir à dor: “cry for help” (SHNEIDMAN, 1961).

Observamos que a tentativa de suicídio em alguns pacientes foi paradoxalmente um meio de pedir ajuda. Para a grande maioria (69,1%) dos depoentes, foi à primeira tentativa de suicídio, contra 30,9% já recorrentes, fato que confirma as características de uma população de risco. São, portanto, carentes de uma intervenção preventiva, já que nos suicídios consumados são registrados altos índices de tentativas anteriores.

Conflitos familiares

A maioria dos pacientes do nosso estudo relatou estar vivendo problemas de relacionamento (71,8%), predominando os afetivos, atribuídos, pelos examinados, como o motivo alegado da TSE. Assim, a frequência de conflitos parece ter sua origem em múltiplas causas: transtorno mental, dependência financeira, baixa religiosidade, pobreza, entre outras vivências dessa ordem, que quando somadas a outras frustrações e/ou a uma resiliência enfraquecida podem ser consideradas como importante fator de risco para os comportamentos suicidas (BAPTISTA, *et al* 2004).

Comorbidade

A maioria dos pacientes estudados (64,5%) apresentou comorbidade psiquiátrica, conforme já relatado. Segundo os dados da literatura, são mais frequentes os quadros de depressão maior, transtornos de personalidade *borderline* e antissocial, transtornos por uso de álcool e outras substâncias em indivíduos que cometem suicídio (DUBERSTEIN, *et al* 1999; LONNQVIST, *et al* 1995). Mesmo na

ausência de um diagnóstico confirmado, a comorbidade psiquiátrica aumenta a probabilidade de ocorrência de suicídio (RICH e RUNESON, 1992).

A Esquizofrenia, por exemplo, em comorbidade com o álcool e também com a depressão, aumenta o risco de suicídio (BASTOS, 1994; WESTERMEYER, *et al* 1991). Em alcoolistas, o risco de suicídio e de tentativas aumenta em comorbidade com depressão maior, se comparada com as duas enfermidades isoladas. O mesmo ocorre com o transtorno de personalidade, por uso de substâncias e/ou doenças graves (PIRKOLA, 2000). Os dependentes químicos agravam seu risco em comorbidade com transtorno de humor, bipolar e quadros depressivos (WAERN, *et al* 2002).

Mesmo diagnósticos de menor gravidade podem aumentar o risco de suicídio, quando em comorbidade com Transtorno Depressivo, de conduta e/ou abuso de substâncias (NASSER e OVERHOLSER, 1999). Assim, dadas as evidências de que a comorbidade aumenta o risco de suicídio e das tentativas, a avaliação do risco deve incluir uma atenção especial a todos os diagnósticos psiquiátricos presentes e anteriores (APA, 2006).

Principais agentes declarados

Cada país ou região tem seus próprios hábitos de autodestruição e diversos estudos da literatura chamam a atenção para a maior disponibilidade do agente nocivo utilizado nos autoenvenenamentos. Medicamentos psiquiátricos (38,2%) e os agrotóxicos (45,5%) são os principais agentes declarados. Ressalte-se que ao entrevistarmos esses pacientes, os que admitiram ter ingerido veneno, o que mais predominou entre as substâncias incluídas no grupo (organofosforados/carbamato) foi o chamado chumbinho, um praguicida de uso popular em nossa região (SOUGEY, 1998). Os pacientes do estudo não tiveram a confirmação laboratorial sobre os agentes declarados (para o autoenvenenamento). O atendimento médico-especializado baseava-se na informação do paciente e/ou de seu acompanhante sobre o tipo do agente autoingerido; nos sinais e sintomas apresentados; e em alguns casos eram investigados sobre a dosagem da acetilcolinesterase sanguínea (dosagem de colinesterase sérica). O termo que utilizamos, portanto, para descrever os tipos de agentes, foi o declarado pelos pacientes.

Comparação entre os gêneros

Na comparação entre os gêneros, algumas variáveis mostraram diferenças significativas, como foi o caso de ter planejado a TSE, sendo entre os homens 66,7% e 46,8% entre as mulheres. Estes dados podem nos levar a pensar que os atos autodestrutivos sem planejamento, resultado de um comportamento de maior impulsividade próprio de vários grupos diagnósticos (De HERT, *et al* 2001). Estar acometido de um transtorno psiquiátrico decorrente de uso abusivo e/ou dependência de drogas (exceto o álcool) predominou entre os homens 18,2% e 7,8% das mulheres, confirmando que homens deprimidos têm mais chances dessa comorbidade do que as mulheres (YOSHIMASU, *et al* 2008). Em nossa pesquisa, o TAG entre as mulheres foi de 31,2% contra 18,2% entre os homens. Ressaltamos que a ansiedade às vezes é subestimada ou mascarada por transtornos afetivos e pelo uso de álcool (OHBERG, *et al* 1996). Portanto, estavam sob efeito de álcool durante o envenenamento 53,1% dos homens contra 25,6% das mulheres, explicando possivelmente a presença menos ansiosa entre os homens.

Quanto ao convívio conjugal, tivemos mais homens que mulheres sem par afetivo, evidenciando que os homens sofrem mais de solidão afetiva, apesar de a diferença não ter sido estatisticamente significativa ($p=0,05$), os homens mostram maior risco de suicídio na viuvez, principalmente homens com menos de 50 anos (LUOMA e PERSON, 2002). Nas mulheres, o risco é maior pelo divórcio (SMITH, e col 1988).

As mulheres têm as suas vulnerabilidades e suas proteções próprias da condição feminina para o risco de suicídio. Quanto aos fatores protetores, condições normais de estar grávida ou de ter filhos menores mostram menores riscos de comportamento suicida (HOYER e LUND, 1993). Outra característica encontrada nas mulheres é a de escolher métodos de suicídio menos letais do que os homens, daí, talvez, um motivo de as mulheres realizarem mais tentativas de suicídio (KUO, *et al* 2001). Mulheres são menos impulsivas, têm melhor inclusão social e maior disposição para procurar ajuda.

Vulnerabilidade entre os gêneros

Nas mulheres, estudos registram maior vulnerabilidade para a TS, relacionada ao ciclo menstrual (BACA-GARCIA, *et al* 2000), ao Transtorno de

Personalidade *Borderline*, à violência doméstica e ao abuso sexual, mais comuns em mulheres (WUNDERLICH, *et al* 2001; NELSON, *et al* 2002; PLUNKETT, *et al* 2001). Elas reagem ao desemprego com aumentos maiores e mais duradouros nas taxas de suicídio do que os homens (KPOSOWA, 2001). Em casos de tentativas anteriores ou com história de depressão têm maior risco de resultados negativos no pós-parto, mesmo que o suicídio tenha maior probabilidade de ocorrer no primeiro mês após o parto, o risco se mantém durante todo o puerpério. Em adolescentes de baixa condição socioeconômica e/ou hospitalizadas, com transtornos psiquiátricos pós-parto, podem ter risco particularmente aumentado nesse período (YONKERS, *et al* 2001).

Dos agentes mais declarados na TSE pelas mulheres, destacam-se os medicamentos (41%). Uma hipótese seria pelo fato de procurarem mais o posto de saúde para tratamento (SOUGEY, 1995). Entre os homens (59,7%), foram os agrotóxicos comparados com 42,4% das mulheres. Esta “preferência”, dentre outras explicações, mostra um sinal da maior letalidade do método entre os homens do que nas mulheres.

Merece destaque o uso nocivo de bebidas alcoólicas entre os homens e as mulheres. É fato que, homens alcoolistas têm maior probabilidade de cometer suicídio, porém as mulheres com a mesma condição, por terem alto índice de mortalidade padronizada, revelam uma taxa de suicídio maior do que os homens (HARRIS e BARRACLOUGH, 1997). No caso de tentativa de suicídio entre alcoolistas, as taxas mais altas estão associadas, no gênero feminino, entre mulheres de menos idade, à baixa condição socioeconômica, início precoce do uso pesado de álcool e aos problemas relacionados ao consumo de quantidades cada vez maiores de álcool (DIEHL e LARANJEIRA, 2009).

O risco de suicídio futuro após tentativa(s) anteriores para homens, particularmente os mais jovens, é de duas a quatro vezes maior do que para mulheres. Homens deprimidos têm maior probabilidade de ter problemas envolvendo a comorbidade com abuso de substâncias e/ou álcool do que as mulheres, o que os coloca em maior risco. O homem tem menor probabilidade de procurar ajuda ou tratamento (NORDSTROM, *et al* 1995).

Enquanto o emprego em tempo integral parece ser um aspecto protetor para os homens alcoolistas, outros fatores de risco para o suicídio mostram-se agravantes, tais como tentativas de suicídio anteriores, consumo de álcool contínuo ou pesado, desemprego recente, morar sozinho, doenças médicas graves, ter pouco apoio social, dificuldades jurídicas e financeiras, distúrbio de personalidade, outros transtornos psiquiátricos e uso de outras substâncias (MURPHY, 2000; PIRKOLA, *et al* 2000).

Histórico familiar

Foram relatadas 20% de tentativas de suicídio entre os familiares dos pacientes estudados, porém 64,3% destes familiares eram portadores de pelo menos um transtorno mental. A presença de histórico familiar de comportamento suicida constitui fator de risco importante que deve ser usado em contextos clínicos para identificar pacientes que possam apresentar maior risco. Contudo, os transtornos psiquiátricos são frequentes na maioria dos indivíduos que cometem o suicídio, assim como a comorbidade psiquiátrica (LICINIO e WONG, 2007).

7. CONCLUSÕES E COMENTÁRIOS

Os resultados deste estudo permitiram responder aos nossos objetivos tais como: identificar um perfil sociodemográfico; alguns estressores, doenças mentais, as principais substâncias utilizadas para a TSE, e, as diferenças significativas por gênero, na amostra do estudo

7.1- Perfil sociodemográfico correlacionado com TSE:

Na amostra do estudo, predominou o gênero feminino (70%), confirmando estudos anteriores (STEFANELLO, 2007) em que as mulheres, exceto na China, tentam suicídio três vezes mais que os homens. Contudo, essa predominância feminina nas tentativas de suicídio, modifica-se com a idade, já que, entre os adultos mais velhos, de ambos os gêneros, se aproximam de 1:1 (PIRES *et al*, 2009)

A faixa etária, dos pesquisados, ficou situado entre 14 e 29 anos com (58,2%); a média de idade foi de 28,1 anos com (DP=8,4) para os homens e (DP=11,5) para as mulheres; Este dado, da média das idades, revelou uma população de adultos jovens, em um período da vida adulta, onde se espera que cada pessoa esteja exercendo um papel na sociedade, que já tenha conseguido a sua autonomia, e estejam aptas para constituir a sua própria família.

Referindo-se ao convívio conjugal (63,6%) declararam-se sem convívio conjugal, época que, paradoxalmente motiva a busca de parceria afetiva.

Estatisticamente, o índice de suicídio é duas vezes maior nos solteiros do que entre os casados, e agravam-se mais ainda nos separados, divorciados ou viúvos quando os índices sobem de quatro a cinco vezes mais quando comparados com os casados. (WYDER, M *et al*, 2008).

Quanto ao nível de escolaridade (54,5%) tinham cursado no máximo o ensino fundamental e apenas (5,5%) afirmaram ter concluído o curso superior, revelando uma população com poucos recursos escolares e que poderia ser entendido como um fator de vulnerabilidade para a inserção no mercado de trabalho.

Quanto a sua autogestão financeira (59,1%) declararam estar dependente financeiramente de alguém, fato este, gerador de sobrecarga social e familiar. O que reforça, dentre outras diretrizes, a necessidade do aprimoramento de programas sociais mais efetivos, em especial, para determinados grupos da população.

Dos pesquisados (63,7%) revelaram possuir uma crença religiosa. no entanto, para se interpretar se “ter uma crença” poderia ser considerado, ou não, como um fator associado à maior ou menor risco para o suicídio, exigiria uma avaliação sobre o grau de envolvimento de cada pesquisado com sua atividade religiosa, assim como, qual o entendimento que cada um tem sobre sua crença religiosa, e só assim, seria possível, fazer inferências.

Em determinados grupos, especialmente entre os adolescentes e adultos jovens, acreditar em uma vida após a morte, ao contrário de estar associado a efeitos protetores contra o suicídio, poderia estar associado a um maior risco, como por exemplo: em adolescentes, não é incomum, que possam buscar na TS um reencontro com ente queridos (APA, 2006).

7.2 Presença de estressores:

Identificamos que (75,5%) da amostra estavam com problemas financeiros seja por desemprego (50%), ou por trabalhos irregulares (25,5%), com 4,5% que viviam de benefício definitivo e apenas 20% admitiram ter trabalho regular. Estes dados são características predominantes dos pacientes atendidos nos serviços públicos de saúde no Brasil.

Desemprego é, historicamente, associado à maior prevalência de suicídio. Estar desempregado e até mesmo não ter um trabalho regular, na grande maioria das pessoas, interfere na organização do cotidiano, favorece, por exemplo, ao maior uso de substâncias de abuso, incluindo as bebidas alcoólicas, maior envolvimento em situações de comportamento de risco, nos projetos pessoais, entre eles, o planejamento para a melhoria das condições de vida, sendo considerado como um importante estressor.

Enquanto tradicionalmente, os homens são considerados aqueles com maior risco de suicídio, após ficar desempregado, atualmente, este risco também tem aumentado entre mulheres (APA, 2006).

A relação entre desemprego, suicídio e transtornos psiquiátricos ainda não está clara, contudo, pessoas com transtornos psiquiátricos podem ter maior probabilidade de abandonar empregos ou de serem demitidas, bem como de se suicidar.

Entre os pesquisados (80,0%) tinham presença de ideação suicida, e destes, (52,7%) admitiram ter planejado o ato, enquanto (30,9%) já haviam realizado pelo menos uma tentativa anterior.

A presença de ideação suicida nem sempre é indicador de suicídio, porém, neste estudo, a maioria das pessoas, que praticaram TSE, já havia pensado em praticar o suicídio, revelando, pessoas com sofrimento psíquico anterior a TSE, possivelmente, associado à comorbidade psiquiátrica. O cuidado de investigar a presença de ideação suicida ou TS anterior pode ser uma medida preventiva, de detecção de risco.

.Dentre os motivos alegados para a TSE e, portanto, considerado um forte estressor, estão os conflitos de relacionamento, fato este, admitido por (71,8%) da população estudada (47,3% afetivos e 24,5% com familiares do 1º grau, e apenas 14,5% alegaram problemas financeiros e 4,5% como resposta a pensamentos de morte). Na população do estudo, podemos supor que o par afetivo, pode ser a expectativa de prazer e realização, em pessoas com tantas limitações e frustrações, o que justificaria uma expectativa maximizada no par afetivo.

A vivência de situações traumáticas foi relatada por (62,7%) destes (26,4%) foram por abuso sexual durante toda a vida, e (17,3%) na infância. Embora estudos que avaliem a violência domestica e o risco de suicídio ainda não se mostrem conclusivos, esse tipo de agressão foi associado a taxas maiores de TS e Ideação suicida. Das situações traumáticas, a violência domestica é considerada como um fator de risco, em particular para a tentativa de suicídio, tanto para quem é agredida como para quem a testemunha. A exposição à violência domestica familiar na infância aumenta o risco de tentativas posteriores de suicídio. Baseada em vários estudos, é importante a investigação de violência domestica como parte da avaliação do risco de suicídio.

7.3 Presença de Transtornos Mentais

Entre os pesquisados (98,2%) eram portadores de pelo menos um transtorno mental, dos quais (70,9% com episódio depressivo; 28,2% abuso e dependência de bebidas alcoólicas; 27,8% com TAG); destes (83,6%) apresentavam comorbidade (64,5% psiquiátrica e 19,1% com outras doenças não psiquiátricas); e com (90,9%)

que admitiram ter doença mental nos familiares do primeiro grau. É consenso, que o episódio depressivo, é o diagnóstico do Eixo I mais comum e mais consistentemente identificado em indivíduos que se suicidam. Transtorno por uso de álcool aumenta o risco de suicídio em especial naqueles com co-morbidade psiquiátrica. Sugere-se que a ansiedade grave aumenta o risco de suicídio, mesmo que um transtorno específico de ansiedade não esteja presente. Assim, a ansiedade psíquica, deve ser avaliada, pois seus sintomas, como os de vários outros transtornos psiquiátricos, costumam apresentar boa resposta ao tratamento.

7.4 Principais agentes utilizados na TSE:

Medicamentos (50,9%) (psiquiátricos 38,2% e clínicos 12,7%); agrotóxicos ou praguicidas (45,5%). Estes dados só confirmam, que as substâncias utilizadas para o autoenvenenamento são, geralmente, aquelas que fazem parte do cotidiano, reforçando, a necessidade de maior controle no acesso aos medicamentos e das substâncias agrotóxicas, como medidas preventivas do risco de suicídio.

7.5 Diferenças significativas, por gênero:

Na amostra estudada, os homens usavam mais bebidas alcoólicas, enquanto as mulheres foram mais vítimas de abuso sexual, conforme, os dados: Uso nocivo de bebidas alcoólicas (homens 42,2%; mulheres 22,1%); abuso sexual na infância (homens 6,1%; mulheres 22,1%); estar sob efeito de bebidas alcoólicas durante a TSE (homens 51,7%; mulheres 26,0%), mostrando-se a necessidade de mais estudos de como interferir preventivamente nesses casos.

Dos pesquisados, (61,8%) admitiram estar aliviados por terem escapado da morte. Este dado despertou vários questionamentos, dentre eles; se a tentativa de suicídio, neste estudo, teria sido reveladora de um autêntico desejo de morrer ou, um apelo desesperado de ajuda como resposta a eventos desfavoráveis da vida.

Em destaque, os conflitos afetivo/familiares; diversas vivências de perdas dentre elas, a incapacidade de autogestão que poderia ser justificado pela somação de vários fatores tais como; ser portador de pelo menos uma doença mental, assim como entre os seus familiares, com importantes problemas financeiros, aqui incluindo o estar desempregado assim como ausência de uma remuneração financeira fixa, como é o caso dos trabalhos irregulares, que pode provocar desorganização quanto ao planejamento de melhorias em todos os níveis.

Ao mesmo tempo, questionamos se não teriam sido as ocorrências atuais tais como brigas, desemprego e uso de substâncias psicoativas causando um elevado grau de estresse, somado aos outros fatores de tensão, que teriam desencadeado o comportamento autodestrutivo ou até mesmo se as ocorrências presentes não teriam agido como um “gatilho”. Diante deste quadro, supomos que, nesta amostra, talvez a intenção imediata, da maioria, teria sido de reagir à dor: “cry for help” (SHNEIDMAN, 1961) e não reveladora de um desejo claro de morrer.

Outros estudos são necessários para maior aprofundamento do tema, principalmente estudos prospectivos de seguimento tipo coorte que podem validar ou não as variáveis identificadas.

8. REFERÊNCIAS

- ABREU, L. N.; LAFER, B.; BACA-GARCIA, E.; OQUENDO, M. A. Ideação suicida e tentativas de suicídio no transtorno afetivo bipolar tipo I: uma atualização para o clínico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2009;31n.3. p.271-280.
- ACHILLE-DELMAS, F. *Psychologie Pathologique du Suicide*. Librairie Félix-Alcan, Paris, 1932. p.215.
- American Psychiatric Association (Associação Americana de Psiquiatria – APA). *Guidelines Diretrizes para o Tratamento de Transtornos Psiquiátricos* – Ed Artmed Compêndio, 2006. p.890.
- ANDERSON, R. N. Deaths: Leading Causes for 1999. National Vital Statistic Reports 2001. p.49(11).
- APPLEBY, L.; MORTENSEN, P. B.; FARAGHER, E. B.. *Suicide and other causes mortality ater - post-partum* Psychiatric admission. *Br J Psychiatry*, 1998; p.173,209-211.
- AQUINO, Yara. Agência Brasil. Portal Ecodebate. Disponível em <<http://www.ecodebate.com.br/2010/03/22/relatorio-da-onu-aponta-situacao-precaria-dos-indios-guarani-em-mato-grosso-do-sul/>>Acesso em 12/7/2010).
- AUSTIN, M. C.; JANOSKY, J. E.; MURPHY, H. A. Increased corticotropin-releasing hormone immunoreactivity. In: monoamine-containing pontine nuclei of depressed suicide men. *Mol Psychiatry* 2003;8. p.324-332.
- BACA-GARCIA, E.; DIAZ-SASTRE, C.; De LEON, J.; SAIZ-RUIZ, J. The relationship between menstrual cycle phases and suicide attempts. *Psychosom Med* 2000;62. p.50-60.
- BAPTISTA, M. N. Suicídio: Aspectos Teóricos e Pesquisas Internacionais. In: *Suicídio e Depressão* – São Paulo: Guanabara Koogan Sa, 2004;1. p.1-15.
- BAPTISTA, M. N. Resiliência em Transtornos Mentais. In: *Suicídio e Depressão* – São Paulo: Guanabara Koogan Sa, 2004;16. p.235-237.
- BARBER M. E.; MARZUK, P. M.; LEON, A. C.; PORTERA, L. Aborted suicide attempts: a new classification of suicidal behavior. *Am J Psychiatry* 1998;155. p.385-389.
- BASTOS, O. *História da Psiquiatria em Pernambuco e outras Histórias* – Lemos Editorial, 2002. p. 24-25.
- BASTOS, O. *Suicídio e depressão*. Keywords: suicídio, depressão. *Neurobiologia* 1995;58(2).

BASTOS, O. *Suicídio e Depressão - Conferência pronunciada durante o XIII Congresso Brasileiro de Psiquiatria - Caldas Novas – Goiás, outubro, 1994.*

BASTOS, O. *Comportamentos suicidas em uma Unidade Psiquiátrica de Hospital Universitário.* Tese - Livre Docência de Psiquiatria. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pernambuco, Recife 1975.

BEACHLER, J. *Les Suicides.* Paris: Calmann – Lévi, 1975.

BECK, A. T.; BROWN, G. K.; STEER, R. A.; DAHLGAARD, K. K.; GRISHAM, J. R. Suicide ideation at its worst point: a predictor of eventual suicide in psychiatric outpatients. *Suicide Life Threat Behav* 1999;29. p.1-9.

BENFORD, D. *Principles of Risk Assessment of Food and Drinking Water Related to Human Health.* Brussels, Belgium: International Life Sciences Institute, 2001.

BERTOLETE, J. M. 2010; BESSA, M. A. 2010; HETEM, L. A. 2010. Prevenção do suicídio. *Rev Debates da Associação Brasileira de Psiquiatria*, jan/fev 2010,n.1.p.15-16.

BERTOLETE, J. M.; FLISHMANN, A. Suicide and Psychiatric Diagnosis: A World Perspective. *World Psychiatry* 2002;1(3):181-185.

BOTEGA, N. J.; BERTOLETE, J. M.; HETEM, L. A.; BESSA, M. A. Suicídio: Prevenção do suicídio. *Revista Debate*: Ed ABP (Associação Brasileira de Psiquiatria jan/fev, n.1, 2010.

BOTEGA, N. J.; CAIS, C. F. S.; CORRÊA, H.; SEGAL, J.; CARVALHO, J. A.; BERTOLETE, J. M.; STEFANELLO, S. *Comportamento Suicida: Conhecer para prevenir.* ABP ed 2009. p.19-24.

BRION, A.; EY, H. *Psiquiatria animal.* México. Siglo Veintuno 1968.

BROWN, G. K. A Review of Suicide Assessment Measures for Intervention Research With Adults and Older Adults. Rockville, Md, National Institute of Mental Health, 2002. <http://www.nimh.nih.gov/research/adultsicide.pdf>.

BROWN, G. K.; BECK, A. T.; STEER, R. A.; GRISHAM, J. R. Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: a 20-year prospective study. *J Consult Clin Psychol* n.68. p.371-377, 2000.

BUNNEY, W. E. J.; FAWCETT, J. A. The possibility of a biochemical test for suicidal potential. *Arch Gen Psychiatry* 1965;13:232-238.

BUSCH, K. A; FAWCETT, J.; JACOBS, D. G. Clinical correlates of inpatient suicide. *J Clin Psychiatry* 2003;64. p.14-19.

CAMUS, A. *O Mito de Sísifo.* Rio de Janeiro - São Paulo: Ed. Record, 2008.

CASSORLA, R. M. S.; SMEKE, E. L. M. Autodestruição humana. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 10, n.1. p.61-73, 1994.

CASTRO, J. A. Toxicologia Básica. Mecanismo de toxicidad y Sus Aplicaciones. *Acta Bioq Clin Latinoamericana* 1993. n.2. p.197-206.

CHACHAMOVICH, E.; STEFANELLO, S.; BOTEGA, N.; TURECKI, G. *Quais são os recentes achados clínicos sobre a associação entre depressão e suicídio?* *Rev Bras Psiquiatr* May 2009;3. n.1:S18-25.

CHEDIACK, R. Salud ocupacional en el campo de los agroquímicos. In: CENTRO PANAMERICANO DE ECOLOGIA HUMANA Y SAÚDE. *Plaguicidas, salud y ambiente*. México, INIREB, 1982:119-139.

CHOLBI, Michael. *Suicide*. In: Stanford Encyclopedia Philosophy.18/5/2004-Revision 29/7/2004. Disponível em <<http://plato.stanford.edu/entries/suicide/>>. Acesso em 12/7/2010.

CIORAN, E. *O Silogismo da Amargura*. Roco Ed, 1991.

CLARET, M. *Apologia de Sócrates – O banquete*. Coleção obra-prima de cada autor. Editora Martin 2001. p.20-21.

CLARK, D. C.; FAWCETT, J. Na empirically based model of suicide risk assessment for patients with affective disorder, in *Suicide and Clinical Practice*. Edited by Jacobs D. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1992. p.16-48.

COOK, J. M.; PEARSON, J. L.; THOMPSON, R.; BLACK, B. S.; RABINS, B. V. Suicidality in older African Americans findings from the EPOCH Study. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 2002. n.10. p.437-446.

CORYELL, W; SCHLESSER, M: The dexametasome suppression test and suicide prediction. *Am J Psychiatry* 2001;158:748-753.

CORRÊA, H.; BARRERO, S. P. *Suicídio: Uma Morte Evitável - O suicídio ao longo dos tempos*. São Paulo: Atheneu, 2006. n.1. p.8-9,18.

CROSBY, E.; CHELTENHAM, M. P.; SACKS, J. J. Incidence of suicidal edeation and behavior in the United States 1994. *Suicide Life Threat Behav* 1999. n.29. p.131-140.

De HERT, M.; McKENZIE, K.; PEUSKENS, J. Risk factors for suicide in young people suffering from schizophrenia: a long-term follow-up study. *Schizophr Res* 2001. n.47. p.127-134.

(DIEHL, A. e LARANJEIRA, R. Suicide attempts and substance use in an emergency room sample. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 2009;58. n.2. p.86-91.

DOUGLAS, J. The social meanings of suicide. Princeton/Nova Jersey: Princeton University Press, 1967.

DSM-IV-TR™- Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, trad. Cláudia Dornelles - 4ª ed ver - (texto revisado) - Porto Alegre: Artmed, 2002. p.35-45, 59-69.

DUBERSTEIN, P. R.; CONWELL, Y.; SEIDLITZ, I.; LYNES, J. M.; COX, C.; CAINE, E. D. Age and suicidal ideation in older depressed inpatients. *Am J Geriatr Psychiatry* 1999. n.7. p.289-296.

DUMSER, T.; BAROCKA, A.; SCHUBERT, E. Weight of adrenal glands may be increased in persons who commit suicide. *Am J Forensic Med Pathol* 1998. n.19. p.72-76.

DURKHEIM, E. O suicídio - Estudo de Sociologia. O Suicídio Egoísta. Ed. Martins Fontes, São Paulo 2004, v.2, n.2. p.177-201.

DURKHEIM, E. O suicídio - Estudo de Sociologia. O Suicídio Egoísta (continuação). São Paulo: Ed. Martins Fontes, 2004. v.2, n.3. p.205-257.

DURKHEIM, E. O suicídio - Estudo de Sociologia. Suicídio Altruísta. São Paulo: Ed. Martins Fontes, 2004. v.2, n.4. p.270-300.

DURKHEIM, E. O suicídio - Estudo de Sociologia. Suicídio Anômico. São Paulo: Ed. Martins Fontes, 2004. v.2, n.5. p.303-329.

DURKHEIM, E. O suicídio - Estudo de Sociologia. Formas individuais dos diferentes tipos de suicídios. São Paulo: Ed. Martins Fontes, 2004. v.2, n.6. p.355-372.

DURKHEIM, E. O suicídio - Estudo de Sociologia - Do Suicídio como Fenômeno Social em Geral. O elemento social do suicídio. São Paulo: Ed. Martins Fontes, 2004. v.3. n.1. p.381-413.

EDDLESTON, M.; HAGGALLA, S. Fatal injury in eastern Sri Lanka, with especial reference to cardenolide self-poisoning with *Cerbera manghas* fruit. *Clin Toxicol (Phila)* sep 2008;46(8). p.745-748.

EDDLESTON, M.; SUDARSHAN, K.; SENTHILKUMARAN, M.; REGINALD, K.; KARALLIEDDE, L.; SENARATHNA, L. *et al.* Patterns of hospital transfer for self-poisoning patients in rural Sri Lanka: implications for estimating the incidence of self-poisoning in the developing world. *Bull World Health Organ* 2006;84. p.276-282.

ELLISON, L. F.; MORRISON, H. I. Low serum cholesterol concentration and risk of suicide. *Epidemiology* 2001;12. p.168-172.

EY, H. Le suicide pathologique. In: *Études psychiatriques*. Paris, Desclee de Brouwer 1950;2. p.341-377.

FARBEROW, N. L., and SHNEIDMAN, E. S. Suicide and Age. In SHNEIDMAN, E. S. and FARBEROW, N. L. (Eds.), *Clues to Suicide*. New York: McGraw-Hill, 1957.

FARBEROW, N. L. and SHNEIDMAN, E. S. Attempted, threatened, and completed suicide. *J. Abnorm. Psychol.* 1955;50:230.

FERREIRA, A. B. H. Aurélio Século XXI. O Dicionário da Língua Portuguesa. Ed. Nova Fronteira Rio de Janeiro, 1999.

FERREIRA, C. E.; CUNHA, M. A.; PIMENTA, F.; COSTA, I. Parasuicide and mental disorders. *Acta Psychiatr Scand* 1998;97. p.25-31.

FLEET, R. P.; DUPUIS, G.; MARCHAND, A.; BURELLE, D.; ARSENAULT, A.; BEITMAN, B. D. Panic disorder in emergency department chest pain patients: prevalence, comorbidity, suicidal ideation and physician recognition. *Am J Med* 1996;101. p.371-380.

FREUD, S. Luto e melancolia. In: *Obras completas*. Rio de Janeiro: Imago Editora. 1969. p.14.

_____. A História do Movimento Psicanalítico. Artigo sobre Metapsicologia e outros trabalhos, Rio de Janeiro: Imago Editora, 1976;18. p.304.

_____. *Além do Princípio do Prazer*. In: *Psicologia de Grupo e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago, 1969. p.18.

_____. *O Ego e o Id*. Rio de Janeiro: Imago 1969. p.19.

GIBBS, J. P; MARTIN, W. T. A theory of status integration and its relationship to suicide. *Am Sociol Review*; v.23 n. 2, p.140-152. 1958

GOODMAN, L.; GILMAR, A.: *The pharmacological basis of therapeutics*. 11^a ed, Porto Alegre: Artmed, 2005.

GRANGEON, M. C.; SEIXAS, C.; QUARANTINI, L. C.; MIRANDA-SCIPPA, A.; POMILI, M.; STEFFENS, D. C.; WENZEL, A.; LACERDA, A. L. T.; OLIVEIRA, I. R. White Matter Hyperintensities and their Association with Suicidality in Major Affective Disorders: A Meta-Analysis of Magnetic Resonance Imaging Studies, Março 2010 MBL Communications Inc. June 2010;15. p.6.

GUNNELL, D. J. The epidemiology of suicide. *International Review of Psychiatry* 2000;12. p.21-26.

HALBWACHS, M. *Les Causes du Suicide*, p.250, Librairie Félix - Alcan, Paris, 1930.

HARRIS, E. C.; BARRACLOUGH, B. Suicide as an outcome for mental disorders: a meta-analysis. *Br J Psychiatry* 1997;170. p.205-228.

HAWTON, K.; HEERINGEN, K. V. Suicide. Centre for Suicide Research, University Department of Psychiatry, Warneford Hospital, Oxford. *Lancet* 2009;373. p.1372-1381.

HAWTON, K.; HARRISS, L.; HODDER, K.; SIMKIN, S.; GUNNELL, D. The influence of the economic and social environment on deliberate self-harm and suicide: an ecological and person-based study. *Psychol Med* 2001;31. p.828-836.

HAYES, A. W. *Principles and methods of toxicology*. New York: Taylor & Francis. p.2007:2304

HAYES, A. W. *Principles and methods of toxicology*. 4ed Philadelphia: Taylor and Francis 2001. p.47-49.

HAYWARD, L.; ZUBRICK, S. R.; SILBURN, S. Blood alcohol levels in suicide cases. *J Epidemiol community case-control study*. *Am J Dis Child* 1993. p.147,1066-1071.

HENRY, A. F.; SHORT, J. F. Jr. *Suicide and homicide: some economic, sociological and psychological aspects of aggressions*. Nova York: Free Press, 1954.

HODGSON, E. Introduction to Toxicology. In: HODGSON, E. *A Textbook of Modern Toxicology*. 3ed. New Jersey: John Wiley & Sons 2004. p.3-9,18-48.

HOLANDA, Aurélio B. de – *Dicionário Aurélio Século XXI*. Ed Nova Fronteira, 1999. p.774.

HOYER, G e LUND, E. Suicide among women related to number of children in marriage. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50:134-137.

Institute of Medicine: *Reducing Suicide: A National Imperative*. Washington, DC, National Academies Press, 2002, <http://books.nap.edu/books/0309083214/html/index.html>.

JONES, I. H.; BARRACLOUGH, B. M. Auto-mutilation in animals and its relevance to self-injury in man. *Acta Psychiatr Scand* 1978. p.58:40-7.

KAPLAN, H. I. e SADOCK, B. J. *Synopsis of Psychiatry Behavioral Science/Clinical/Psychiatry*. 8th edn, Williams & Wilkins, Baltimore 1998.

KAPLAN, K. J; HARROW, M. Psychosis and functioning as risk factors for later suicidal activity among schizophrenic and schizoaffective patients: a disease-based interactive model. *Suicide Life Threat Behav* 1999;29. p.10-24.

KENNEDY, G. J, TANENBAUM, S. Suicide and Aging: International Perspectives. *Psychiatric Quarterly* 2000;71(4). p.345-362.

KIRMAYER, L. J.; FLETCHER, C.; BOOTHROYD, L. Suicide among the Inuit. In: Leenaars, AA; Wenckstern, S; Sakinofsky, I; Dyck, R; Kral, mj; Bland, RC. *Suicide in Canada*. Toronto: University of Toronto Press 1998. p.189-211.

KLAASEN, C. D. *Cassaret & Doull's Toxicology: The Basic Science of Poisons*. 6ed. New York. McGraw Hill 2001. p.3-10.

KLIEWER, E. V.; WARD, R. H. Convergence of immigrant suicide rates to those in destination country. *Am J Epidemiol* 1988;127. p.640-653.

KPOSOWA, A. J. Unemployment and suicide: a cohort analysis of social factors predicting suicide in the US National Longitudinal Mortality Study. *Psychol Med* 2001;31. p.127-138.

KROLL, J. Use of no-suicide contracts by psychiatrists in Minnesota. *Am J Psychiatry* 2000. p.157,1684-1686.

KROEMER, G. Cuxiuara, o Purus dos indigenas. Ensaio Etno-Histórico Sobre os Índios do Médio Purus. Edições Loyola. São Paulo, 1985:144-148.

KREITMAN, N. Parasuicide. London: John Wiley & Sons, 1977.

KUO, W. H.; GALLO, J. J.; TIEN, A. Y. Incidence of suicide ideation and attempts in adults: the 13-year follow-up of a community sample in Baltimore, Maryland. *Psychol Med* 2001;31. p.1181-1191.

LAWRENCE, D.; ALMEIDA, O. P.; HULSE, G. K.; JABLENSKY, A. V.; D'ARCY, C.; HOLMAN, J. Suicide and attempted suicide among older adults in Western Australia. *Psychol Med* 2000;30. p.813-821.

LEONARD, B. E. *Fundamentos em Psicofarmacologia*, 2ed. Editora Revinter, 2006. p.299.

LICINIO, J.; WONG, M-L. e col. *Biologia da Depressão – História e epidemiologia da depressão*. Ed Artmed 2007. n.1. p.20-21.

LICINIO, J.; WONG, M-L. e col. *Biologia da Depressão – A experiência da depressão*. Ed Artmed 2007. n.13. p.235.

LING, J. L.; CLARK, R. F.; ERICKSON, T. B.; TRESTAIL III, J. H. *Segredos em toxicologia: A história de toxicologia*. Porto Alegre: Artmed 2005. v.1, n.1. p.24-25.

LING, J. L.; CLARK, R. F.; ERICKSON, T. B.; TRESTAIL III, J. H. *Segredos em Toxicologia: Armas químicas*. Porto Alegre: Artmed 2005;XV(64). p.351.

LONNQVIST, J. K.; HENRIKSSON, M. M.; ISOMETSA, E. T.; MARTTUNEN, M. J.; HEIKKINEN, M. E.; ARO, H. M.; KUOPPASALMI, K. I. Mental disorders and suicide prevention. *Psychiatry Clin Neurosci* 1995;49(1):S111-S116.

LOVISI, G. M.; SANTOS, S. A.; LEGAY, L.; ABELHA, L.; VALENCIA, E. *Rev Bras Psiquiatr* 2009;31(supl 2). p.586-594.

LULLMANN, H.; MOHR, K.; HEIN, L.; BIEGER, D. *Farmacologia - Texto e Atlas 5ª Ed*. São Paulo: Editora Artmed 2008. p.16-18.

LUOMA, J. B.; PERSON, J. L. Suicide and marital status in the United States, 1991-1996: is widowhood a risk factor? *Am J Public Health* 2002;95. p.1518-1522.

MAJ, M. e SARTORIUS, N. Transtornos depressivos, 2ª edição Artmed. Diagnóstico dos Transtornos depressivos: uma revisão 2005;1. p.13.

MANFEDINI, R.; CARACCIOLO, S.; SALMI, R.; BOARI, B.; TMELLI, A.; GALLERANI, M. The association of low serum cholesterol with depression and suicidal behaviours: new hypotheses for the missing link. J Int Med Res 2000;28. p.247-257.

MANN, J. J.; BRENT, D. A.; ARANGO, V. The neurobiology and genetics of suicide and attempted suicide: a focus on the serotonergic system. Neuropsychopharmacology 2001;24. p.467-477.

MARIS, R. W. Social forces in urban suicide. Homewood: Dorsey Press, 1969.

MELEIRO, A.; TENG, C. T.; WANG, Y. P. Estudos Fundamentais – Aspectos psicológicos do suicídio. São Paulo: Segmento Farma 2004;5. p.80.

MELEIRO, A.; TENG, C. T.; WANG, Y. P. Estudos Fundamentais – Suicídio e a teoria social. São Paulo: Segmento Farma 2004;4. p.61-78.

MELLO, M. F.; MELLO, A. A. F.; KOHN, R. *Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil* – Epidemiologia das tentativas de suicídio e dos suicídios. Porto Alegre: Artmed 2007;(7). p.159-161.

MENNINGER, K. E. Man against himself, New York, Harcourt Brace, 1939. p.411.

MOSCICKI, E. K. Identification of suicide risk factors using epidemiologic studies. Psychiatr Clin North Am 1997;20. p.499-517.

MURPHY, G. E. Psychiatric aspects of suicidal behaviour: substance abuse, in The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide. Edited by Hawton K, van Heeringen K. Chichester, England, John Eiley & Sons 2000. p.135-146.

MURPHY, G. E.; WETZEL, R. D. The lifetime risk of suicide in alcoholism. Arch Gen Psychiatry 1990;47. p.383-392.

National Mental Health Association: Clinical Depression and African Americans (fac sheet). Alexandria, Va, National Mental Health Association 2000.

NASSER, E. H.; OVERHOLSER, J. C. Assessing varying degrees of lethality in depressed adolescent suicide attempters. Acta Psychiatr Scand 1999;99. p.423-431.

NELSON, E. C.; HEATH, A. C.; MADDEN, P. A.; COOPER, M. L.; DINWIDDIE, S. H.; BUCHOLZ, K. K.; GLOWINSKI, A.; McLAUGHLIN, T.; DUNNE, M. P.; STARHAM, D. J.; MARTIN, N. G. Association between self-reported childhood sexual abuse and adverse psychosocial outcomes: results from a twin study. Arch Gen Psychiatry 2002;59. p.139-145.

NORDSTROM, P. ; SAMUELSSON, M.; ASBERG, M. Survival analysis of suicide risk after attempted suicide. Acta Psychiatr Scand 1995;91. p.336-340.

O'CARROLL, P.; BERMAN, A.; MARIS, E.; MOSCICKI, E.; TANNEY, B. & SILVERMAN, M. Beyond the tower of Babel. *Suicide & Life Threatening Behavior* 1996;26. p.237-252.

OGA, S.; CAMARGO, M. M. A.; BATISTUZZO, J. A. O. *Fundamentos de toxicologia: Bases da Toxologia: Introdução a Toxicologia*. São Paulo: Ed Atheneu 2008: v.1, n.1. p.3-8.

_____. *Fundamentos de toxicologia: Praguicidas*. São Paulo: Ed Atheneu 2008:1(5.3). p.623.

_____. *Fundamentos de toxicologia: Avaliação da Toxicidade*. São Paulo: Ed Atheneu 2008:1(51). p.62.

_____. *Fundamentos de toxicologia: Toxicologia Social e Medicamentos*. São Paulo: Ed Atheneu 2008:4(14). p.523.

OHBERG, A.; VUORI, E.; OJANPERA, I.; LONNGVIST, J. Alcohol and drugs in suicides. *Br J Psychiatry* 1996;169. p.75-80.

OLIVEIRA, C. S. e LOTUFO, F. Neto. *Revista de Psiquiatria Clínica – Suicídio entre povos indígenas: um panorama estatístico brasileiro* 2003;30(1):4-10. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v30n1/20583.pdf>>. Acesso em 12/7/2010

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Departamento De Saúde Mental Transtornos Mentais e Comportamentais. Genebra, 2000. Disponível em http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_MNH_MBD_00.1_por.pdf. Acesso em 13/7/2010.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS. Manual de vigilância da saúde de populações expostas a agrotóxicos. Brasília: OPAS/OMS, 1996. Disponível em <<http://www.opas.org.br/sistema/arquivos/livro2.pdf>>. Acesso em 12/7/2010

OSTAMO, A. e LONNQVIST, J. Excess mortality of suicide attempters. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2001;36. p.29-35.

PARTONEN, T.; HAUKKA, J.; VIRTAMO, J.; TAYLOR, P. R., LONNQVIST, J. Association of low serum total cholesterol with major depression and suicide. *Br J Psychiatry* 1999;175. p.259-262.

PETRONIS, K. R.; SAMUELS, J. F.; MOSCICKI, E. K.; ANTHONY, J. C. An epidemiologic investigation of potential risk factors for suicide attempts *Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1990;25. p.193-199.

PHILLIPS, M. R.; LI, X.; ZHANG, Y. Suicide rates in China, 1995-1999. *Lancet* 2002;359. p.835-840.

PIRES, M. C. C.; KURTINAITIS, L. C. L.; SANTOS, M. S. P.; PASSOS, M. P.; SOUGEY, E. B.; BASTOS, Filho, O. C. Neurobiologia: Fatores de risco para tentativa de suicídio em idosos. Ed. Universitária da Universidade Federal de Pernambuco 2009;72(4) . p.21-28.

PIRKOLA, S. P.; ISOMETSA, E. T.; HEIKKINEN, M. E.; LONNQVIST, J. K. Suicide of alcohol misusers and non-misusers in a nationwide population. *Alcohol Alcohol* 2000;35. p.70-75.

PLUNKETT, A.; O'TOOLE, B.; SWANSTON, H.; OATES, R. K.; SHRIMPTON, S.; PARKINSON, P. Suicide risk following child sexual abuse. *Ambul Pediatr* 2001;1. p.262-266.

PONCE, J.C, ANDREUCCETTI, G, JESUS, M.G.S.,LEYTON,V,MUNOZ,D.R. Álcool em vítimas de suicídio em São Paulo. *Ver/Psiq. Clin* 35 supl. 1. p. 13-16, 2008.

POUSAINT, A e ALEXANDER, A: *Lay My Burden Down*. Boston, Beacon Press 2000.

POWELL, E. H. Occupational status and suicide: toward a redefinition fo anomie. *Am Sociol Review* 1958;23(2). p.131-139.

PUENTE, F. R. *Os Filósofos e o Suicídio*. Minas Gerais: Editora UFMG, 2008.

RESNIK, H. L. P. *Diagnosis and Management by 48 Authors*. Edited by H. L. Resnik, M. D. 1968.

RESNIK, H. L. P. *Suicidal Behaviors*, Boston, Little Brown and Company, Boston 1968. p.57-72.

RICH, C. L.; RUNESON , B. S. Similarities in diagnostic comorbidity between suicide among young people in Sweden and the United States. *Acta Psychiatr Scand* 1992;86. p.335-339.

RINGEL, E. *Neue Untersuchngen zum Selbstmordproblem (New Investigations on the Problem of Suicide)*. Vienna: Hollinek, 1961)

ROCHA, Ivan Esperança. *Dominadores e dominados na Palestina do século I.História*, vol.23 no.1-2 Franca 2004. On-line version ISSN 1980-4369. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?%20pid=S0101-90742004000200012&script=sci_arttext> .Acesso em: 12/7/2010.

SALEM, J. *Hipócrates: conhecer, cuidar, amar, o juramento e outros textos*. São Paulo: Landy, 2002.

SANDRONI, C. e col. *Dicionário escolar da língua portuguesa/Academia Brasileira de Letras – 2ª ed-* São Paulo: Companhia Editora Nacional, 2008.

SARAMAGO, J. *As Intermittências da Morte*. São Paulo: Companhia das Letras, 2005.

SARTRE, J-P. *O Ser e o Nada: Ensaio de Ontologia Fenomenológica*. Rio de Janeiro: Ed. Vozes, 18ª edição, 2009.

SCHIMIDTKE, A.; BILLE-BRAHE, U.; De LEO, D.; KERKHOF, A. & WASSERMAN, D. (Eds). *Suicidal Behaviour in Europe: Results from the who/Euro Multicenter Study on Suicidal Behaviour*. Germany Hogrefe & Huber, 2001.

SCHMITT, R.; LANG, M. G.; QUEVEDO, J.; COLOMBO, T. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul – Perfil epidemiológico do suicídio no extremo oeste do Estado de Santa Catarina, Brasil*. 2008;30. n.2 . p.115-123.

SERRANO, A. I. *Minorias Éticas Brasileiras*. Tese de Doutorado pela Universidade Federal de Santa Catarina, 2003.

SHNEIDMAN, E. S. *The Cry for Help*. New York, McGraw-Hill, 1961.

SHNEIDMAN, E. S. et FARBEROW, N. L. *Clues to Suicide*, p. 195, McGraw Hill Book Company. New York, 1957.

SHER, L.; OQUENDO, M. A.; MANN, J. J. Risk of suicide in mood disorders. *Clinical Neuroscience Research* 2001;1. p.337-344.

SIRIS, S. G. Depression in schizophrenia: perspective in the era of “atypical” antipsychotic agents. *Am J Psychiatry* 2000;157. p.1379-1389.

SMITH, J. C.; MERCY, J. A.; CONN, J. M. Marital status and the risk of suicide. *Am J Public Health* 1988;78. p.78-80.

SOUGEY, E. B.; CARVALHO, T. F. R.; De MATOS, M. A. G.; FERREIRA, C. R. P. *Tentativas de suicídio com medicamentos: Experiência do Ceatox-PE, em 1995*. Editora Científica Nacional Ltda 1998;17(1). p.22-25.

SOUGEY, E. B. Iatrogenia dos Medicamentos. *Rev Brasileira de Medicina Psicossomática* abr/mai/jun 1997. v.1, n.2. p.74-75.

SOUGEY, E. B. Escala de avaliação da depressão e da mania (EADM) *Versão Brasileira de Neurobiologia*, 1986. p.49,64-65.

STEFANELLO, S. Tentativas de suicídio atendidas no Hospital das Clínicas – Unicamp: diferenças entre os sexos. [on-line] Biblioteca digital da Unicamp – Dissertação-mestrado – data da defesa – 24/8/2007.

STENGEL, E. *Suicide and Attempted Suicide*, Penguin Books. England, 1964. p.135.

SUCAR, D. D. *Fundamentos de Interações Medicamentosas: dos psicofármacos com outros medicamentos da clínica médica*. Lemos editora 2003. v.1, n.3. p.26-38.

SUCAR, D. D. Influenciadas Interações Medicamentosas no Suicídio e Tentativas de Suicídio por Medicamentos. 2002. Dissertação (Mestrado em Neuropsiquiatria) - Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento. Universidade Federal de Pernambuco, UFPE, Recife, 2002.

TATZ, C. Aboriginal suicide is different: a portrait life and self-destruction. Canberra: Aboriginal Studies Press, 2001.

TEJEDOR, M. C.; DIAZ, A.; CASTILLON, J. J.; PERICAY, J. M. Attempted suicide: repetition and survival – findings of a follow-up study. *Acta Psychiatr Scand* 1999; 100. p.205-211.

TIMBRELL, J. A. Introduction to Toxicology: 2ed. Philadelphia: Taylor & Francis 1999. p.1-5.

TONDO, L.; ISACSSON, G.; BALDESSARINI, R. J. Suicidal behaviour in bipolar disorder: risk and prevention. *CNS Drugs* 2003;17. p.491-511.

TURECKI, G. Suicidal behavior: is there a genetic predisposition? *Bipolar Disord* 2001;3. p.335-349.

VEGA, P. V. e FLORENTINO, M. C. B. L. *Toxicologia de Alimentos*. Instituto Nacional de Salud Publica: México 2000. p.1-5.

VIANA, G. N.; ZENKNER, F. M.; SAKAE, T. M.; ESCOBAR, B. T. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria - Prevalência de suicídio no Sul do Brasil 2001-2005*. Segmento Farma Editores 2008;57(1). p.38-43.

YONKERS, K. A.; RAMIN, S. M.; RUSH, A. J.; NAVARRETE, C. A.; CARMODY, T.; MARCH, D.; HEARTWELL, S. F.; LEVENO, K. J. Onset and persistence of postpartum depression in nainner-city maternal health clinic system. *Am J Psychiatry* 2001; 158. p.1856-1863.

YOSHIMASU, K.; KIUOHARA, C.; MIYASHITA, K. Suicidal risk factors and completed suicide: meta-analyses based on psychological autopsy studies. *Environ Health Prev Med* 2008;13. p.243-246.

WAERN, M.; RUNESON, B. S.; ALLEBECK, P.; BESKOW, J.; RUBENOWITZ, E.; SKOOG, I.; WILHELMSSON, K. Mental disorder in elderly suicides: a case-control study. *Am J Psychiatry* 2002;159. p.450-455.

WASSERMAN, D. Suicide an unnecessary death. Londres: Martin Dunitz 2001. p.39-48.

WEISSMAN, M. M.; KLERNAN, G. L.; MARKOWITZ, J. S.; OUELLETTE, R. Suicidal ideation and suicide attempts in panic disorder and attacks. *N Engl J Med* 1989; 321. p.1209-1214.

WERLANG, B. G.; BOTEGA, N. J. e *col.* Comportamento Suicida – Suicídio e autodestruição humana. Ed Artmed 2004;(1). p.30-31.

WESTERMEYER, J. F.; HARROW, M.; MARENGO, J. T. Risk for suicide in schizophrenia and other psychotic and monpsychotic disorders. J Nerv Ment Dis 1991;179. p.259-266.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) 2009: mental health – disponível www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevention/en/index.html

WUNDERLICH, U.; BRONICH, T.; WITTCHEN, H. U.; CARTER, R. Gender differences in adolescents and young adults with suicidal behaviour. Acta Psychiatr Scand 2001;104. p.332-339.

WYDER, M. *et al.* Separation as suicide risk factor. Journal of Affective Disorders of Science Direct (JAD) 2008.

ZILBOORG, G. Differential diagnostic types of suicide. Archives fo Neurology and Psychiatry, Chicago 1936;35. p.270-291.

APÊNDICES

Apêndice I – 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 garantido 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 a 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 II – 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 a 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 III – Formulário da pesquisa

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

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

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

Entrada ____/____/____ Entrevistado em: ____/____/____

Identificação: nome: _____

Fatores sociobiodemográficos

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 1º grau: () Sim () Não
- 50 - Dependentes de outras drogas entre os familiares do 1º grau: () Sim () Não
- 51 - Dependentes de tranquilizantes e ou anfetaminas entre os familiares do 1º 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 - Citação dos sete Suicídios Bíblicos (Antigo e Novo Testamento)

Suicídios Bíblicos (Antigo Testamento)

- 1) Sansão - “morre com os filisteus” (Juízes, 16,29-30)
- 2) Elcazar (Abaron) - mata-se sob o elefante que desaba (I. Macabeus, 6, 43-46)
- 3) Saul e seu escudeiro - derrotados pelos filisteus com três filhos mortos. (1º livro dos Reis, Samuel, 31,1-6)
- 4) Aquitofel, - enforcamento - fracasso na revolta de Abraão contra Davi. (Samuel, 17, 23) Livro dos Reis (16,16-19)
- 5) Zambri - “Incêndio no Palácio” 1º livro dos Reis
- 6) Razis – “Suicídio por diversos meios” (Espada, defenestração, arrancar as entranhas) II Macabeus (14 37-40)

Novo Testamento

- 7) Enforcamento de Judas Iscariotes (Mateus, 27,3-5)

Fonte: (BASTOS, O. 1975.)

Anexo II - Taxas de suicídio para cada 100 mil habitantes por país, ano e gênero, segundo World Health Organization (WHO 2009).

Most recent year available; as of 2009

Country	Year	Males	Females
ALBANIA	03	4.7	3.3
ANTIGUA AND BARBUDA	95	0.0	0.0
ARGENTINA	05	12.7	3.4
ARMENIA	06	3.9	1.0
AUSTRALIA	04	16.7	4.4
AUSTRIA	07	23.8	7.4
AZERBAIJAN	07	1.0	0.3
BAHAMAS	02	1.9	0.0
BAHRAIN	88	4.9	0.5
BARBADOS	01	1.4	0.0
BELARUS	03	63.3	10.3
BELGIUM	99	27.2	9.5
BELIZE	01	13.4	1.6
BOSNIA AND HERZEGOVINA	91	20.3	3.3
BRAZIL	05	7.3	1.9
BULGARIA	04	19.7	6.7
CANADA	04	17.3	5.4
CHILE	05	17.4	3.4
CHINA (Selected rural & urban areas)	99	13.0	14.8
CHINA (Hong Kong SAR)	06	19.3	11.5
COLOMBIA	05	7.8	2.1
COSTA RICA	06	13.2	2.5
CROATIA	06	26.9	9.7
CUBA	06	19.6	4.9
CYPRUS	06	3.2	1.8
CZECH REPUBLIC	07	22.7	4.3
DENMARK	06	17.5	6.4
DOMINICAN REPUBLIC	04	2.6	0.6
ECUADOR	06	9.1	4.5
EGYPT	87	0.1	0.0
EL SALVADOR	06	10.2	3.7
ESTONIA	05	35.5	7.3
FINLAND	07	28.9	9.0
FRANCE	06	25.5	9.0

Country	Year	Males	Females
GEORGIA	01	3.4	1.1
GERMANY	06	17.9	6.0
GREECE	06	5.9	1.2
GRENADA	05	9.8	1.9
GUATEMALA	06	3.6	1.1
GUYANA	05	33.8	11.6
HAITI	03	0.0	0.0
HONDURAS	78	0.0	0.0
HUNGARY	05	42.3	11.2
ICELAND	07	18.9	4.6
INDIA	98	12.2	9.1
IRAN	91	0.3	0.1
IRELAND	07	17.4	3.8
ISRAEL	05	8.7	3.3
ITALY	06	9.9	2.8
JAMAICA	90	0.3	0.0
JAPAN	07	35.8	13.7
JORDAN	79	0.0	0.0
KAZAKHSTAN	07	46.2	9.0
KUWAIT	02	2.5	1.4
KYRGYZSTAN	06	14.4	3.7
LATVIA	07	34.1	7.7
LITHUANIA	07	53.9	9.8
LUXEMBOURG	05	17.7	4.3
MALDIVES	05	0.7	0.0
MALTA	07	12.3	0.5
MAURITIUS	07	16.0	4.8
MEXICO	06	6.8	1.3
NETHERLANDS	07	11.6	5.0
NEW ZEALAND	05	18.9	6.3
NICARAGUA	05	11.1	3.3
NORWAY	06	16.8	6.0
PANAMA	06	10.4	0.8
PARAGUAY	04	5.5	2.7
PERU	00	1.1	0.6
PHILIPPINES	93	2.5	1.7
POLAND	06	26.8	4.4

Country	Year	Males	Females
PORTUGAL	04	17.9	5.5
PUERTO RICO	05	13.2	2.0
REPUBLIC OF KOREA	06	29.6	14.1
REPUBLIC OF MOLDOVA	07	28.0	4.3
ROMANIA	07	18.9	4.0
RUSSIAN FEDERATION	06	53.9	9.5
SAINT KITTS AND NEVIS	95	0.0	0.0
SAINT LUCIA	02	10.4	5.0
SAINT VINCENT AND THE GRENADINES	04	7.3	0.0
SAO TOME AND PRINCIPE	87	0.0	1.8
SERBIA	06	28.4	11.1
SEYCHELLES	87	9.1	0.0
SINGAPORE	06	12.9	7.7
SLOVAKIA	05	22.3	3.4
SLOVENIA	07	33.7	9.7
SPAIN	05	12.0	3.8
SRI LANKA	91	44.6	16.8
SURINAME	05	23.9	4.8
SWEDEN	06	18.1	8.3
SWITZERLAND	06	23.5	11.7
SYRIAN ARAB REPUBLIC	85	0.2	0.0
TAJIKISTAN	01	2.9	2.3
THAILAND	02	12.0	3.8
TFYR MACEDONIA	03	9.5	4.0
TRINIDAD AND TOBAGO	02	20.4	4.0
TURKMENISTAN	98	13.8	3.5
UKRAINE	05	40.9	7.0
UNITED KINGDOM	07	10.1	2.8
UNITED STATES OF AMERICA	05	17.7	4.5
URUGUAY	04	26.0	6.3
UZBEKISTAN	05	7.0	2.3
VENEZUELA	05	6.1	1.4
ZIMBABWE	90	10.6	5.2

Anexo III - Descrição da razão padronizada de mortalidade Standardized Mortality Ratios (SMRs) - APA 2006.

“A SMRs (Standardized Mortality Ratios) reflete a mortalidade por suicídio relativa entre indivíduos com determinado fator de risco, comparados com a população em geral. Portanto a SMR vai ser de 1 quando o número de suicídios observados for equivalente ao número esperado de mortes por suicídio em um grupo da população geral pareado por idade e gênero.

Valores de SMR para suicídio maiores do que 1 indicam um risco mais elevado, enquanto valores menores do que esse indicam risco menor (i. é, efeito protetor). Também é importante observar que as SRMs não correspondem precisamente à incidência ou prevalência de suicídio, e podem ter confiabilidade variável, dependendo do número de suicídios observados na amostra, do período de tempo do estudo e da representatividade da população estudada. Portanto as SMRs devem ser tomadas como estimativas de risco relativo, não como reflexos do risco absoluto para indivíduos com determinado transtorno. É igualmente, necessário levar em conta as distinções de risco entre transtornos e as variações de risco em momentos diferentes do curso da doença, no esforço para diferenciar os pacientes de alto risco, inseridos em uma população geral de risco, identificada pela mortalidade padronizada (APA 2006)”.

Anexo IV - Casos de intoxicação humana por agentes tóxicos (óbitos), Ceatox-HR ano de 2009



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Centro de Informação Científica e Tecnológica

SINITOX

Sistema Nacional de Informações
Tóxico-Farmacológicas

Centro:CEATOX/PE

Anexo IV: Casos Registrados de Intoxicação Humana por Agente Tóxico (óbitos 2009)

Agente	Evolução							T o t a l
	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
T o t a l	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

Anexo V –Casos registrados de intoxicação humana por agente e circunstância durante o ano de 2009. (Informações do (CEATROX-HR) Recife, PE.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Centro de Informação Científica e Tecnológica

Sistema Nacional de Informações
Tóxico-Farmacológicas

Centro: CEATOX/PE ANO COMPLETO-2009

Quadro 1. Casos Registrados de Intoxicação Humana por Agente Tóxico e Circunstância.

Agente	Circunstância																Total
	Acidente Individual	Acidente Coletivo	Acidente Ambiental	Ocupacional	Uso Terapêutico	Prescr. Médica Inadequada	Erro de Adm.	Auto Medicação	Abstinência	Abuso	Ingestão de Alimentos	Tentativa Suicídio	Tentativa 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 VI – 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)	☐	296.20-296.26 Único	F32.x
	Recorrente	☐	296.30-296.36 Recorrente	F33.x
	EDM COM CARACTERÍSTICAS MELANCÓLICAS (opcional)	☐	296.20-296.26 Single 296.30-296.36 Recurrent	F32.x F33.x
B TRANSTORNO DISTÍMICO	Atual (Últimos 2 anos)	☐	300.4	F34.1
	Passado	☐	300.4	F34.1
C RISCO DE SUICÍDIO	Atual (Último mês) Risco: ☐ Baixo ☐ Médio ☐ Alto	☐	nenhum	nenhum
D EPISÓDIO MANÍACO	Atual	☐	296.00-296.06 F30.x-F31.9	
	Passado	☐		
EPISÓDIO HIPOMANÍACO	Atual	☐	296.80-296.89 F31.8- F31.9/F34.0	
	Passado	☐		
E TRANSTORNO DE PÂNICO	Atual (Último mês) Vida inteira	☐ ☐	300.01/300.21 F40.01-F41.0	
F AGORAFOBIA	Atual	☐	300.22	F40.00
G FOBIA SOCIAL	Atual (Último mês)	☐	300.23	F40.1
H TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO (TOC)	Atual (Último mês)	☐	300.3	F42.8
I TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO	Atual (Último mês)	☐	309.81	F43.1
J DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL ABUSO DE ÁLCOOL	(Últimos 12 meses)	☐	303.9	F10.2x
	(Últimos 12 meses)	☐	305.00	F10.1
K DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIA (Não álcool) ABUSO DE SUBSTÂNCIA (Não álcool)	(Últimos 12 meses)	☐	304.00-.90/305.20-.90	F11.0-F19.1
	(Últimos 12 meses)	☐	304.00-.90/305.20-.90	F11.0-F19.1
L SÍNDROME PSICÓTICA	Vida inteira	☐		
	Atual	☐		
TRANSTORNO DO HUMOR COM CARACTERÍSTICAS PSICÓTICAS	Vida inteira	☐	296.24	F32.3/F33.3
M ANOREXIA NERVOSA	Atual (Últimos 3 meses)	☐	307.1	F50.0
N BULIMIA NERVOSA ANOREXIA NERVOSA, TIPO COMPULSÃO PERIÓDICA PURGATIVO	Atual (Últimos 3 meses)	☐	307.51	F50.2
	Atual	☐	307.1	F50.0
O TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA	Atual (Últimos 6 meses)	☐	300.02	F41.1
P TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL (opcional)	Vida inteira	☐	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.jussieu.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 :

dsheehan@usf.edu

A. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

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

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 <u>OU</u> 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, <u>ou</u> 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), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

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

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 AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSENALAR 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	☐
6-9	pontos	Moderado	☐
≥ 10	pontos	Alto	☐

D. EPISÓDIO (HIPO)MANÍACO

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

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 ÁLCOOL)	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 ÁLCOOL)	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 HIPOMANÍACO	
Atual	☐
Passado	☐

D4 É COTADA "SIM" ?

SE SIM, ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO

NÃO	SIM
EPISÓDIO MANÍACO	
Atual	☐
Passado	☐

E. TRANSTORNO DE PÂNICO

→ SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE PARA E5, ASSINALAR NÃO E PASSAR AO MÓDULO SEQUENTE

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 irreais 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 SEGUINTE

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	

H. TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO

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

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 CONSEQUÊNCIAS 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 AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR **NÃO** EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEQUENTE

I1	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
I2	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
I3	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 I3 ?	→ NÃO	SIM	
I4	Durante o último mês:			
a	Teve dificuldade de dormir ?	NÃO	SM	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 I4 ?	→ NÃO	SIM	
I5	Durante o último mês, esses problemas perturbaram de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas ou suas relações sociais?	NÃO	SIM	14

I5 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 SEGUINTE

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

- 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 SUBTÂNCIA CONSUMIDA

ESTIMULANTES: anfetaminas, “bolinha”, “rebite”, ritalina, pílulas anorexígenas ou tira-fome.

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

OPIÁCEOS: 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®)

ALUCINOGENEIOS: L.S.D., “ácido”, mescalina, PCP, êxtase (MDMA), cogumelos, “vegetal” (Ayahuasca, 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 HÁ 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 SELECCIONADA], frequentemente consumia mais do que pretendia ? NÃO SIM 3
- d Tentou, sem conseguir, diminuir ou parar de usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA]? NÃO SIM 4
- e Nos dias em que usava [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], 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 SELECCIONADA], 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 SELECCIONADA] 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
**DEPENDÊNCIA DE
 SUBSTÂNCIA(S)
 ATUAL**

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 SELECCIONADA], quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na escola) ou em casa ? Isso lhe causou problemas? NÃO SIM 8
 COTAR "SIM" SOMENTE SE A INTOXICAÇÃO CAUSOU PROBLEMAS
- b Por várias vezes esteve sob o efeito de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA] 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 SELECCIONADA]? NÃO SIM 10
- d Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA] 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
**ABUSO DE SUBSTÂNCIA(S)
 ATUAL**

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.

AVALIAR 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.

		BIZARRO			
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	SIM	11
b	SE SIM : Ouviu essas coisas/ vozes no último mês?	NÃO	SIM	SIM →L8a	12

L7a	Alguma vez viu alguma coisa ou alguém que outras pessoas presentes não podiam ver, isto é, teve visões quando estava completamente acordado?	NÃO	SIM	13
	COTAR "SIM" SE AS VISÕES SÃO CULTURALMENTE INAPROPRIADAS OU DESTOANTES.			
b	SE SIM : Teve essas visões no último mês?	NÃO	SIM	14
	OBSERVAÇÕES DO CLÍNICO:			
L8b	ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM DISCURSO CLARAMENTE INCOERENTE OU DESORGANIZADO OU APRESENTA UMA PERDA EVIDENTE DAS ASSOCIAÇÕES ?	NÃO	SIM	15
L9b	ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM COMPORTAMENTO CLARAMENTE DESORGANIZADO OU CATATÔNICO?	NÃO	SIM	16
L10b	OS SINTOMAS NEGATIVOS TÍPICAMENTE ESQUIZOFRÊNICOS (EMBOTAMENTO AFETIVO, POBREZA DO DISCURSO, FALTA DE ENERGIA OU DE INTERESSE PARA INICIAR OU TERMINAR AS ATIVIDADES) SÃO PROEMINENTES DURANTE A ENTREVISTA?	NÃO	SIM	17
L11	DE L1 A L10 HÁ PELO MENOS : UMA QUESTÃO « b » COTADA "SIM" BIZARRO OU DUAS QUESTÕES « b » COTADAS "SIM" (NÃO BIZARRO) ?	NÃO SIM SÍNDROME PSICÓTICA ATUAL		
L12	DE L1 A L7 HÁ PELO MENOS: UMA QUESTÃO « a » COTADA "SIM" BIZARRO OU DUAS QUESTÕES « a » COTADAS "SIM" (NÃO BIZARRO) ? (VERIFICAR SE OS SINTOMAS OCORRERAM AO MESMO TEMPO) OU L11 É COTADA "SIM" ?	NÃO SIM SÍNDROME PSICÓTICA VIDA INTEIRA		
L13a	SE L12 É COTADA "SIM" E SE HÁ PELO MENOS UM "SIM" DE L1 A L7: O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL (A4 = SIM) OU PASSADO (A5b = SIM) OU UM EPISÓDIO MANÍACO ATUAL OU PASSADO (D4 = SIM) ?	→ NÃO SIM		
b	SE L13a É COTADA "SIM": Você me disse, há pouco, que teve um (vários) período(s) em que se sentiu deprimido (a) / eufórico(a) / continuamente irritável. Ao longo da sua vida, as idéias ou experiências das quais acabamos de falar, como (CITAR OS SINTOMAS COTADOS "SIM" DE L1 À L7) ocorreram somente durante esse(s) período(s) em que se sentia deprimido (a) / eufórico (a) / continuamente irritável ?	→ NÃO SIM 18		
c	SE L13a É COTADA "SIM": ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR (A4) OU UM EPISÓDIO MANÍACO (D4) ASSOCIADO A UMA SÍNDROME PSICÓTICA (L11) ?	NÃO SIM TRANSTORNO DO HUMOR com características psicóticas ATUAL		
d	L13b OU L13c SÃO COTADAS "SIM"?	NÃO SIM TRANSTORNO DO HUMOR com características psicóticas VIDA INTEIRA		

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 ?	cm			
b	Nos últimos 3 meses, qual foi seu peso mais baixo ?	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
BULIMIA NERVOSA ATUAL	

N7 É COTADA "SIM" ?

NÃO	SIM
ANOREXIA NERVOSA tipo Compulsão Periódica / Purgativa ATUAL	

O. TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA

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

- | | | | | | |
|--|---|--|----------|-----|---|
| 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 ATÉ 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) impede(m) 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 à 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 SEQUENTE

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 Denffer, 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		L.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-Garcia, J. Gilbert-Rahola, Y. Lecrubier	L. Ferrando, L. Franco-Alfonso, M. Soto, J. Bobes-Garcia, O. Soto, L. Franco, G. Heinze
Estonian	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. Kamijima, 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 Pawers 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 VII - Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital da Restauração, Recife-PE (CEP/HR).



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.

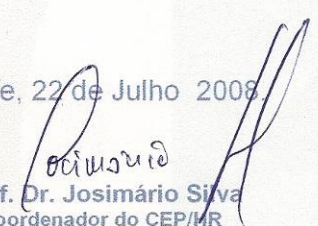
CAAE nº 0033.0.102.102-08

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 VIII - 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](#)